UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Departamento de Posgrados

Maestría en Bioética

Título: Comunicación médico-paciente en la formación bioética de estudiantes de sexto año de medicina de la Universidad Nacional de Loja año 2019 – 2020.

Tesis previa a la obtención del título de

Magister en Bioética

Autora:

Sandra Katerine Mejía Michay

Director:

Álvaro Manuel Quinche Suquilanda

Cuenca, Ecuador

2020

Dedicatoria

A Dios todopoderoso, por permitir que llegue este momento.

A mis ejemplares padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, son los mejores padres.

A mis cuatro amores, la razón de mis días, quienes a diario iluminan mi camino, son mi fortaleza, y por ellos mis triunfos.

A mis tres hermanos, que siempre me han cuidado y han estado presentes acompañándome a lo largo de mi vida.

Agradecimiento

Expreso mi gratitud a Dios, quien bendice siempre mi vida; a mis padres que me han apoyado en cada objetivo planteado; así mismo, a las autoridades, personal docente y administrativo del departamento de postgrado de la Universidad del Azuay, por todas las atenciones e información brindada; agradezco en estas líneas la ayuda de personas y colegas durante el desarrollo de esta investigación de manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

Resumen

El aprendizaje de habilidades comunicativas es fundamental para abordar adecuadamente la atención médica. El presente estudio fue prospectivo, mixto, tuvo la finalidad de diseñar un proyecto educativo de comunicación en salud a estudiantes de medicina de sexto año de la Universidad Nacional de Loja previa la determinación de necesidades comunicacionales, para lo cual se utilizó la escala CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar), diseñada para valorar la calidad de la entrevista clínica, en base a criterios de Kalamazoo, la evaluación la realizaron dos observadores con formación en ciencias médicas. Obteniendo que la atención duró en promedio 20 minutos, en su mayor parte fue amable y cordial, con mayor interés del dicente en manifestaciones clínicas de la patología y no en aspectos emocionales de los pacientes, con poca participación bidireccional en toma de decisiones diagnósticas y terapeúticas. La correlación interobservador fue moderada (Índice Kappa 0.28) e intraobservador apropiada (Fiabilidad CCI 0.70), las propiedades psicométricas fueron adecuadas (Índice de Cronbach >0.70) La formación en comunicación y bioética es fundamental para garantizar una atención médica de calidad.

Palabras Clave: *atención médica, calidad, proyecto educativo, observación.*

Abstract

Learning communication skills is critical to provide proper medical care. The objective of the present prospective mixed study was to design an educational project on health communication for sixth-year medical students of the National University of Loja. To determine the communicational needs, the CICAA scale was used (Connect, Identify, Understand, Agree, Help), which was designed to assess the quality of the clinical interview based on Kalamazoo criteria. The evaluation was carried out by two observers with training in medical sciences, who obtained that medical attention lasted an average of 20 minutes, was mostly kind and cordial, with a greater interest of the speaker in the pathological clinical manifestations and not the emotional aspects of patients, with little bi-directional participation in diagnostic and therapeutic decision-making. The interobserver correlation was moderate (Kappa Index 0.28) and intra-observer appropriate (CCI reliability 0.70), the psychometric properties were adequate (Cronbach Index > 0.70). Training in communication and bioethics is essential to ensure quality medical care.

Key words: *medical care, quality, educational project, observation.*

Firmado electrónicamente por:
SANDRA KATERINE MEJIA MICHAY

Sandra Katerine Mejía Michay

C.I. 1103939946

Índice

Carátula……i

Dedicatoria……ii

Agradecimiento……iii

Resumen……iv

Abstract……v

Índice……vi

Índice de tablas y figuras……viii

1. Introducción……1

1.1 Preguntas de investigación……3

1.2 Objetivos……3

1.2.1 Objetivo General……3

1.2.2 Objetivos Específicos……3

2. Capítulo 1: Materiales y Métodos……4

2.1 Sitio y objeto de estudio……4

2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión……4

2.3 Métodos, Instrumentos y Procedimientos……4

2.4 Plan de tabulación y análisis de datos……6

2.5 Recursos……6

2.5.1 Recursos Humanos……6

2.5.2 Recursos Materiales……6

2.6 Plan de trabajo o esquema tentativo utilizado……7

2.7 Resultados esperados……7

2.8 Supuestos y riesgos……7

3. Capítulo 2: Resultados……8

3.1 Resultados para el primer objetivo……8

3.1.1 Identificación del problema y la evaluación general de las necesidades……8

3.1.1.1 Un problema social de comunicación sanitaria……8

3.1.1.2 Enfoque actual de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja……9

3.1.1.3 Perfil de egreso en relación a la Bioética……10

3.1.1.4 Contenidos Académicos Bioéticos y Habilidades Comunicacionales……10

3.2 Resultados para el segundo objetivo……14

3.2.1 Fundamentos bioéticos / Escala CICAA……14

3.2.2 Características de los involucrados en el estudio……15

3.2.3 Relación de concordancia……17

3.2.4 Diferencia de puntuaciones……..20

3.2.5 Propiedades psicométricas.……21

3.3 Resultados para el tercer objetivo……31

4. Capítulo 3: Discusión……..39

5. Conclusiones……42

6. Bibliografía.……43

7. Anexos……46

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Descripción de las consultas……..15

Tabla 2. Relación del número de acuerdos, coeficiente kappa y fiabilidad interobservador...17

Tabla 3. Diferencia entre puntuaciones según sexo del dicente…….20

Tabla 4. Medición de propiedades psicométricas de la escala CICAA por tareas y puntuación total……21

Tabla 5. Correlación ítem relacionados entre observadores……22

Tabla 6. Correlación ítem interobservadores con el total……..25

Tabla 7. Diferencia entre las proporciones de comunicación aceptable por tarea y sexo del dicente……..29

Figura 1. Diferencia entre las proporciones de comunicación aceptable…….....30

Sandra Katerine Mejía Michay

"Trabajo de graduación"

Álvaro Manuel Quinche Suquilanda

Septiembre 2020

Título: Comunicación médico-paciente en la formación bioética de estudiantes de sexto año de medicina de la Universidad Nacional de Loja año 2019 – 2020.

1 INTRODUCCIÓN

La ética tiene su inicio desde el nacimiento del ser humano, pero se remonta a la Grecia Antigua. Sócrates entendió a la ética dentro de la filosofía como un proceso por el cual el humano tiene la capacidad de entender la sociedad y sus características (Sierra, 2015).

La ética médica se considera en la formación de profesionales para que las decisiones en torno al beneficio del paciente sean acertadas, por eso se introduce temáticas que se han abordado en asignaturas como ética médica, deontología médica, Socioantropología o medicina legal. A la bioética se la vincula al análisis de problemas normativos, morales y sociales dentro de los contextos del quehacer médico tanto investigativo como asistencial. El diseño de los cursos de bioética ha obedecido a la necesidad de complementar la formación de los profesionales, haciéndolos idóneos científica y humanamente, en base a la correcta relación médico-paciente. La problemática se fundamenta en la inadecuada valoración humana y la falta de interés a las temáticas, se cree que el tiempo dedicado a la valoración de la subjetividad del paciente en base a la correcta comunicación y la calidad de la atención es muy acortada en relación a las expectativas. Se desencadena así un desequilibrio al interior de la atención médica que finalmente desemboca en la crisis de la educación médica actual, que conlleva a repercusiones para el paciente (Farias R, 2017) (Favlai A, 2017).

El médico se caracteriza por una función exclusiva dentro de la sociedad, la misma que no siempre es divisada por las personas que forman parte de la misma; sin embargo, esta percepción puede variar entre personas. Si bien, es complejo investigar y determinar sobre las cualidades por el cual un "buen médico" se debería caracterizar; últimamente, mediante las necesidades de la salud de la población se han reportado varios aspectos que podrían caracterizar a un médico; los cuales han sido aportadas por sí mismos y resaltadas por la sociedad, siendo el único objetivo alcanzar el completo bienestar (Terezinha, 2011) (Vélez, 2013) (Luna, 2019).

Los principios éticos y los valores como la actitud de servicio, humildad y amor por la profesión son relevantes, pues generan mayor confianza por parte del paciente. Además, la capacidad del médico para comunicarse con los demás juega un rol vital en su desarrollo profesional, puesto que conlleva a un mayor nivel de empatía, donde la escucha activa permite mantener una mejor relación médico-paciente (Mejías, 2019).

Las habilidades y formas de comunicación clínica establecen la herramienta necesaria y primordial para todo personal sanitario, en especial para el médico, porque se constituye como el instrumento más usado por el clínico en su trabajo, mediante el cual consigue información, decisiones y planes. Si bien es cierto, la comunicación es una competencia personal, requiere preparación, cualidades y habilidades que pueden dictarse, instruirse, y evaluarse durante el proceso formativo médico, bajo un enfoque moderno, en el que se incluye el lenguaje, la relación, el contexto y la experiencia de quienes participan en el mismo (Cleries X, 2010) (Cáceres, 2003).

Alrededor de 1970 solo el 4% de las escuelas médicas americanas contemplaban la bioética como un curso formal dentro del currículo de estudios. Desde 1994 todas las facultades médicas en Estados Unidos incorporan la bioética como requisito del currículo médico. En 1998, el Consejo Médico general del Reino Unido introdujo los temas éticos como componente de la formación médica. Actualmente la bioética debe constar en el plan de estudios médicos de todas las universidades (Sánchez F. 2009).

Los médicos se enfrentan a retos bioéticos, poniendo a prueba su capacidad humana; la formación en valores, comportamiento y toma de decisiones, son trascendentales para promover salud mediante la relación médico-paciente, la misma que ha quedado desvinculada del sistema de formación médica, siendo necesario instaurar un plan de estudios en el que intervengan capacidades y competencias para el cuidado del paciente.(Farias R, 2017) (Flavia A, 2017) (Alonso M, 2003).

El Código deontológico médico y las líneas filosóficas, concuerdan que la relación médico paciente, debería tener veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad (Dôres de Armendane, 2018).

Las escuelas de medicina tienen la obligación de formar profesionales comprometidos con la salud de la población, siendo el resultado del proceso enseñanza-aprendizaje como parte de la instrucción académica universitaria. La necesidad por aumentar factores protectores y disminuir factores de riesgo, es una meta de la Organización Mundial de la Salud. Para lo cual es necesario la educación, concientización, práctica de valores y principios bioéticos tanto del médico como del paciente, mediante una comunicación acertada y eficiente. (Manfrini, 2018) (Galdames, 2018). Ante esta problemática, la presente investigación se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo se puede diseñar un proyecto educativo de comunicación en la formación profesional bioética para el fortalecimiento de la relación médico-paciente de los estudiantes de sexto año de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja?

1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Existen contenidos mínimos sobre bioética y comunicación médico paciente en el plan de estudios académico de la carrera de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja?

¿Cuáles son las necesidades comunicacionales, en relación a fundamentos bioéticos, de los estudiantes de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja?

¿Cómo elaborar un proyecto educativo para el desarrollo y mejoramiento de habilidades comunicacionales de estudiantes de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general:

Diseñar un proyecto educativo de comunicación en la formación profesional bioética para el fortalecimiento de la relación médico-paciente de los estudiantes de sexto año de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, año 2019-2020.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar el plan de estudios académico de la carrera, para la formación bioética en comunicación médico-paciente de los estudiantes de sexto año de la carrera de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Determinar las necesidades comunicacionales, en relación a fundamentos bioéticos de los estudiantes de sexto año de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Elaborar un proyecto educativo para el desarrollo y mejoramiento de habilidades comunicacionales de estudiantes de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

2. CAPÍTULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Sitio y objeto de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, de enfoque mixto y de corte transversal. Se desarrolló en estudiantes de sexto año de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión

2.2.1 Criterios de Inclusión

- Estudiantes de sexto año de la carrera de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Estudiantes del sexto año de la carrera de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, que acepten participar en el estudio.

2.2.2 Criterios de Exclusión

- Estudiantes que presenten alguna enfermedad concomitante que les impida participar en el estudio.
- Estudiantes que el día de ejecución del presente estudio se encuentren ausentes.
- Entrevista clínica con fuente de información indirecta.

2.3 Métodos, Instrumentos y Procedimientos

2.3.1 Métodos. Para el cumplimiento de los objetivos, se utilizó la revisión crítica de la información académica del plan de estudios y la malla curricular régimen 2009 de la carrera de Medicina Humana y la valoración de tipo sistemática, no participante, como método principal de recolección de información, la misma se enfocó en determinar las capacidades, competencias, habilidades, destrezas, métodos y procedimientos comunicacionales, por el cual el estudiante de medicina se relacionó con un paciente.

2.3.2 Instrumentos. La presente investigación se llevó a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado el cual estuvo elaborado según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mismo que contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente. Luego del análisis del plan de estudios y malla curricular régimen 2009, para la valoración de las tareas y habilidades comunicacionales, se utilizó la escala “CICAA” (Anexo 3) la misma que cumple con los elementos esenciales de comunicación recomendados en el consenso de Kalamazoo, como instrumento para valorar

la relación clínica durante el proceso asistencial, el cual consta de 29 ítems; divididos en cuatro tareas comunicacionales (las mismas hacen referencia a las siglas del instrumento):

2.3.2.1 Conectar. Consta de 6 ítems, que tiene como objetivos establecer y mantener una relación clínica, los mismo son: 1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente? 2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación? 3.- ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista? 4.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado? 5.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos? 6.- ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?

2.3.2.2 Identificar y Comprender los problemas. Consta de 14 ítems, se divide en cuatro aspectos fundamentales para obtener información relevante, el primero es la escucha activa del médico al paciente, mediante las siguientes preguntas: 7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? 8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? 9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual -facial adecuado? 10.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?; el segundo aspecto se enfoca en el tipo y formas de elaborar preguntas: 11.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?; y el tercer aspecto, se encamina a la información psicosocial personal relevante en una entrevista clínica: 12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso? 13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente? 14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral? 15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta? 16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente? 17.- ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente? 18.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar? 19.- ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?; y el último aspecto se orienta al ordenamiento e interpretación de información para obtener una información personalizada, comprensible y útil: 20.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?

2.3.2.3 Acordar y Ayudar a actuar. Consta de 9 ítems, encaminados al debate entre el médico y el paciente, la negociación, uso de guías anticipatorias, riesgos, complicaciones, compromisos, beneficios y planes para el mejoramiento del estado clínico, social y emocional del paciente: 25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo? 26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas? 27.-Si se produce alguna

discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente? 28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada? 29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?

Con base a los resultados obtenidos se elaboró un proyecto educativo para el fortalecimiento de habilidades comunicacionales de los estudiantes de medicina de la Facultad de la salud de la Universidad Nacional de Loja.

2.3.3 Procedimiento. El presente estudio se llevó a cabo luego de la correspondiente aprobación del proyecto de investigación por parte del Director del Departamento de Postgrados, Maestría Bioética la Universidad del Azuay, luego se solicitó la pertinencia y la asignación del director de tesis. Posterior a ello, se realizaron los trámites pertinentes dirigidos al Decano de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja donde se obtuvo la autorización para la recolección de datos de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana, previa la obtención de consentimiento informado (Anexo 5). Se les informó el propósito del estudio; consecutivamente se procedió a la socialización del consentimiento informado y su respectiva autorización.

2.4 Plan de tabulación y análisis de datos. Luego de la recolección de información con el instrumento, se procesaron y almacenaron los datos obtenidos en el programa (EXCEL) y SPSS, luego de lo cual se representó gráficamente los resultados obtenidos en tablas de frecuencia; además se utilizó análisis estadístico para publicación de resultados finales.

2.5 Recursos

2.5.1 Recursos humanos

Autoridades: Director de Maestría de Bioética de la Universidad del Azuay, Decano de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Autora: Sandra Katerine Mejía Michay

2.5.2 Recursos materiales:

2.5.2.1 Equipos, suministros, reactivos e instalaciones

2.5.2.1.1 Suministros:

- Impresora (propio)
- Material de escritorio (propio)
- Textos/bibliografía
- Laptop (propio)
- Transporte (Propio)

2.5.2.1.2 Instalaciones:

- Campus de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
- Campus de la Universidad del Azuay.

2.6 Plan de trabajo o Esquema tentativo utilizado.

Plan de estudios de la Carrera de Medicina

- Objetivos de la carrera
- Requisitos y perfil de ingreso
- Perfil profesional
- Plan curricular
- Descripción microcurricular de la carrera/programa (malla curricular)

La Comunicación en el cuidado de la salud

- Proceso de Comunicación

Relación Médico-Paciente

- Comunicación en la relación médico-paciente
- Principios básicos de la comunicación

Habilidades Comunicacionales

- Habilidades basadas en evidencia para comunicarse con los pacientes
- Evaluación de las habilidades comunicacionales para la comunicación

Plan de formación en comunicación en la relación médico-paciente

- Dimensiones de la competencia profesional médica
- Competencias básicas
- Principales actividades docentes en habilidades de comunicación

2.7 Resultados esperados

- Encontrar contenidos en las asignaturas del plan de estudios de la carrera de medicina sobre temáticas en comunicación relación médico – paciente.
- Instrumento habilidades comunicacionales positivas en los estudiantes de medicina.
- Se presenta los resultados en concordancia con los objetivos específicos según normas APA en tablas o gráficos según la conveniencia del investigador.

2.8 Supuestos y riesgos

- La falta de colaboración de los estudiantes por su tiempo, es por ello que se sugiere hacerlo en la rotación de Salud comunitaria con apertura del docente tutor de dicha rotación, para la evaluación de las habilidades comunicacionales.

3. CAPÍTULO 2: RESULTADOS

El objetivo general fue diseñar un plan/proyecto educativo de habilidades comunicacionales enfocado en la formación profesional bioética para el fortalecimiento de la relación médico-paciente de los estudiantes de sexto año de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja; para realizarlo, se basó en el modelo de Kern en su tercera edición, caracterizado por proponer un protocolo objetivo de elaborar un proyecto curricular, tiene como rol esencial la participación de los estudiantes mediante la valoración de la problemática general, necesidades de aprendizaje, plan de acción y evaluación; este modelo propone seis etapas:

1. Identificación del problema y la evaluación general de las necesidades.
2. Evaluación de las necesidades específicas de los estudiantes.
3. Definición del propósito y los objetivos del aprendizaje.
4. Selección de las metodologías y estrategias educacionales.
5. Implementación del plan de acción.
6. Evaluación.

A partir de los objetivos específicos planteados, los dos primeros corresponden a las etapas 1 y 2 del modelo de Kern y el tercer objetivo corresponde al resto de las etapas propuestas.

3.1 Resultado para el primer objetivo:

Identificar el plan de estudios académico de la carrera para la formación bioética en comunicación médico-paciente de los estudiantes de sexto año de la carrera de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

3.1.1 Identificación del problema y la evaluación general de las necesidades.

3.1.1.1 Un problema social de comunicación sanitaria. La situación mundial actual limitada por las necesidades sociales, políticas, económicas y sanitarias, apunta la necesidad obstinada por las entidades estatales de implementar procesos complejos de transformación y cambio en la sociedad, parte de estos ajustes se vinculan en el modelo educativo, específicamente mejorar las habilidades comunicacionales como elementos cognoscitivo conductuales para una interacción óptima de las personas, relaciones funcionales, buscar soluciones y objetivos a los problemas mencionados.

En salud, es indispensable llegar al diagnóstico para establecer terapéutica, para ello se debe obtener una relación clínica interpersonal con el paciente que implique respeto, consideración, veracidad, lealtad, transparencia, tolerancia, intimidad y confidencialidad que potencien la habilidad comunicativa para llegar a un fin. A partir, del cambio de la medicina del modelo paternalista a un modelo integral autonomista, se evidencia la necesidad de una participación activa de un enfermo que se convierte en paciente, en la concepción del proceso salud enfermedad, comprensión de métodos, procedimientos diagnósticos, y medidas terapéuticas disponibles para logar el bienestar total anhelado; para ello es vital la

comunicación eficaz entre el paciente y el personal sanitario, en la actualidad considerada ineficiente debido a la ausencia de impacto global del problema, por la inexperiencia del tema por el personal sanitario secundario a la carencia de contenidos teórico prácticos en temas propuestos por las escuelas de medicina durante la formación académica. En el Ecuador, incluso hasta hace menos de diez años ninguna universidad contemplaba la necesidad de instaurar contenidos bioéticos. Ante esta necesidad social-sanitaria, compromiso de la educación superior para la sociedad, se necesita implementar proyectos académicos bioéticos en habilidades y estrategias comunicativas que el médico en su práctica cotidiana enfrenta al analizar al paciente como una unidad integral.

Los diseños curriculares de la mayoría de facultades de medicina no incorporan instrumentos y contenidos mínimos aplicados a la necesidad de comunicarse de forma eficaz y eficiente de los estudiantes de medicina con el paciente y su familia durante la relación médico paciente, acto que van a desarrollar en su actividad médica futura.

3.1.1.2 Enfoque actual de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. La Universidad Nacional de Loja dentro de sus competencias ha sido partícipe de la formación de profesionales sanitarios encargados de la salud de la sociedad, dentro de su diseño metodológico se encuentran:

- **Visión.**

La Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, es una unidad académica debidamente reconocida; abierta a las corrientes de pensamiento universal, cultivadora de valores éticos, promotora del ejercicio del derecho a la salud y a la vida, del cuidado del ambiente y respetuosa de las expresiones culturales; integrada al sistema nacional de salud y forma parte de las redes internacionales de tele salud y tele medicina, que incide en el desarrollo humano sustentable de la Región Sur del Ecuador y del país a través de la formación de médicos y médicas generales socialmente comprometidos; generando nuevos conocimientos científicos y rescatando los saberes ancestrales en salud; interactuando con diferentes actores sociales y dinamizando los servicios públicos de atención en salud.

- **Misión.**

La Carrera de Medicina Humana forma profesionales de la medicina general, con elevado rigor científico, técnico, tecnológico y humanista, capaces de insertarse críticamente en el modelo de salud nacional, para impulsar el desarrollo de la Región Sur y del país; ejercer su profesión en cualquier ámbito nacional o internacional, propiciando el análisis, construcción y difusión de alternativas de solución ante las problemáticas de salud – enfermedad, a través de la investigación científica; apoyando la gestión de los servicios de salud; orientando a mejorar la calidad de vida de las personas, familiar y comunidades, y respetando los saberes ancestrales.

3.1.1.3 Perfil de egreso en relación a la bioética.

- Diagnóstica, trata y rehabilita a las personas enfermas, utilizando la historia clínica, análisis, interpretación, evaluación de datos, elaboración de hipótesis, utilizando fuentes de información, estudios de laboratorio e imagen, observando normas de bioseguridad y bioética.
- Promueve la salud individual, familiar, comunitaria, con estrategias de comunicación y trabajo intersectorial, respetando los derechos de las personas y comunidades; y prevenir las enfermedades prevalentes, a través de la identificación de factores de riesgo, bio-psico-social, cultural y ambiental, mediante la aplicación de estrategias establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

3.1.1.4 Contenidos Académicos Bioéticos y Habilidades Comunicacionales.

La revisión, reconocimiento y análisis de los documentos guía (malla curricular, plan de estudios, sílabos de cada asignatura) y bibliografía utilizada permitió precisar los siguientes elementos:

La visión y misión de la carrera no mencionan la formación de profesionales médicos con conocimientos bioéticos necesarios para resolver problemas sociales y sanitarios, mediante habilidades, técnicas y estrategias comunicativas encaminadas a mejorar la relación médico paciente en el proceso salud-enfermedad.

El perfil de egreso de la carrera indica: **"*Promueve la salud individual, familiar, comunitaria con estrategias de comunicación",*** además asegura que se realiza en base a normas bioéticas, sin embargo, el cumplimiento de lo mencionado no está explícito en los contenidos ni bibliografía del diseño curricular.

Existen pocos contenidos de habilidades de comunicación y relación médico paciente, se encuentran dispersos en asignaturas de diferentes ciclos, con mayor énfasis en el segundo y tercer año, de la siguiente manera:

- **Socioantropología Médica**: incluida en segundo ciclo, cuenta con 29 temas generales a desarrollar, dentro de ellos se incluye:
    - Técnicas cualitativas: observación participante en entrevistas en profundidad e historia de vida.
    - Estudio del comportamiento histórico del ser humano frente al continuo salud enfermedad.
    - La participación comunitaria en salud.
    - El rol médico en la sociedad.
    - La relación médico-paciente.
    - Comunicación médico-paciente.

Se evidencia contenidos importantes en la formación bioética médica y habilidades comunicacionales; la asignatura es complementaria dentro de la malla curricular, cuenta con 3 créditos, correspondientes a 2 horas semanales con un total de 40 horas durante el periodo académico, además, los contenidos mencionados corresponden al 20 % de la materia, y están destinadas 8 horas para los mismos; por tal razón, dichos temas no pueden ser considerados como contenidos mínimos en la formación bioética de estudiantes de medicina.

- **Epistemología y metodología de la investigación:** incluida en tercer ciclo, como objetivo se alude: "*Utilizar el sustento epistemológico, científico, técnico, **humanista y ético**, en la identificación y construcción de problemáticas de salud enfermedad desde diferentes enfoques, respetando las normas bioéticas";* se evidenció que no hay correlación con los contenidos, instrumentos y bibliografía planteada en la cátedra, por lo tanto, no se obtiene como logro o resultado de aprendizaje; además, no se han considerado contenidos de comunicación de procesos investigativos y consentimiento informado, fundamental en la realización de investigación ética en seres humanos.

- **Psicología médica:** asignatura que se desenvuelve durante el tercer ciclo, dentro de sus objetivos indica: *"Aplicar los conocimientos teóricos de psicología en la relación médico paciente, con observancia de los principios bioéticos",* la segunda unidad académica es: *"La Relación Médico Paciente"*; se afirma que el estudiante:

    - Realizará entrevistas a sus compañeros de clase y pacientes con diferentes enfermedades, bajo supervisión del profesor encargado de cada grupo.
    - Reconocerá las características de una relación médico-paciente, así como los cambios biopsicosociales que se han producido en una persona que padece una enfermedad.
    - Realizará una visita a domicilio a familias de personas que sufran una enfermedad y presentará un informe siguiendo el esquema de caso crítico, pero agregando sus hallazgos con respecto a las creencias, mitos, tipo de familia y su influencia en el afronte de la enfermedad.

  No se pudo determinar en forma objetiva como se desarrolló dichos contenidos de aprendizaje, no hay evidencia de instrumentos, formas de evaluación, revisión crítica y esquemática, observación analítica y evaluación de lo mencionado; por lo que solo constan dentro de plan educativo sin un proceso de enseñanza-aprendizaje de seguimiento para dar cumplimiento al mismo.

  Si bien, todos los contenidos descritos para entender la psicología de la persona sana y enferma, sirven de base para formar una habilidad apropiada de comunicación en la relación médico paciente, no tiene un esquema definido en torno

a guías y consensos que se deben utilizar para establecer objetivos comunicativos y planes educativos, durante este ciclo los estudiantes no se relacionan con los pacientes, no conocen la historia clínica (contenido que se imparte a partir de 4to ciclo en Semiología); por otro lado, la asignatura cuenta con 3 créditos correspondientes a 2 horas semanales con un total de 40 horas durante el periodo académico, debido a la extensión y complejidad de abordar los temas bioéticos, se considera escaso para abordar las necesidades básicas.

- **Semiología/Fisiopatología I y II:** asignatura teórico-práctica fundamental para la obtención de cuadros sindrómicos y diagnósticos mediante el contacto con el paciente y la adquisición de información a través de la historia clínica, se dicta en cuarto y quinto ciclo; dentro de sus objetivos se menciona: *"Elaborar la Historia Clínica en base al interrogatorio y examen físico utilizando las técnicas de exploración para el diagnóstico sindrómico respetando las normas éticas y de bioseguridad";* conocedores de que parte de la historia clínica es la anamnesis/interrogatorio en donde las habilidades de comunicación y normas éticas son la piedra angular, se determinó la ausencia de los contenidos y material bibliográfico necesario.

- **Investigación Científica, Proyecto de Tesis, Titulación I y II:** incluidas en sexto, octavo, noveno y décimo ciclo, no toman en cuenta dentro de sus objetivos, resultados de aprendizaje, unidades y contenidos propuestos, temas concernientes al vínculo de la ética y consentimiento informado con la investigación en seres humanos.

- **Ramas Clínicas:** Durante el sexto y séptimo ciclo se imparten asignaturas clínicas; dentro de los objetivos se menciona:

    - Establecer los factores protectores y de riesgos individuales, familiares, colectivos de las enfermedades gastrointestinales, respiratorias, nefrológicas, hematológicas, oncológicas, cardiovasculares, dermatológicas, endocrino-metabólicas, reumatológicas, psiquiátricas y neurológicas prevalentes de la zona y del país, basados en el sistema Nacional de salud y aplicando normas de bioseguridad y bioéticas.
    - Argumentar la clínica de las enfermedades gastrointestinales, respiratorias, nefrológicas, hematológicas, oncológicas, cardiovasculares, dermatológicas, endocrino-metabólicas, reumatológicas, psiquiátricas y neurológicas prevalentes de la zona y del país, basados en el sistema nacional de salud y aplicando normas de bioseguridad y bioéticas.

No hay información objetiva de como el estudiante se desenvuelve en la sociedad para comunicar factores de protección y de riesgo, como establece y comunica diagnósticos, información de la enfermedad, consentimiento informado y planes terapéuticos.

- **Ramas Clínico - Quirúrgicas:** Dentro de los objetivos se menciona el abordaje de normas bioéticas, sin embargo, no hay relación con los contenidos y bibliografía; además, hay ausencia de información objetiva de como el estudiante se desenvuelve en la sociedad para comunicar factores de protección y de riesgo, como establece y comunica diagnósticos, información de la enfermedad, consentimiento informado y planes terapéuticos.

- **Salud Familiar y Comunitaria:** temáticas desarrolladas durante el Internado Rotativo, los objetivos académicos señalan la importancia de establecer estrategias de prevención de enfermedades y promoción de salud para la sociedad, no obstante, la enseñanza y metodología para efectuarlo no constan dentro de los contenidos y bibliografía utilizadas como modelo de enseñanza aprendizaje.

3.2 Resultado para el segundo objetivo:

Determinar las necesidades comunicacionales, en relación a fundamentos bioéticos de los estudiantes de sexto año de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

3.2.1 Fundamentos bioéticos / Escala CICAA:

La comunicación es una compleja característica de los seres humanos que puede enfocarse desde diferentes puntos de vista, explicados por diversas teorías. Bajo un enfoque moderno, incluye el lenguaje, la relación, el contexto y la experiencia de quienes participan. La comunicación del profesional de la salud, vista como una competencia, precisa conocimientos, actitudes y habilidades que pueden enseñarse, aprenderse y evaluarse durante el proceso formativo, en los últimos años se han desarrollado numerosos métodos para analizar la comunicación asistencial. Los que valoran las conductas comunicativas del profesional son los que más se utilizan, por ser más simples y prácticos que los de codificación y de análisis interaccional. La valoración puede realizarse por un observador externo o por los implicados en el encuentro clínico. Aunque la percepción de los pacientes guarda una relación estrecha con diversos resultados, parece que los observadores externos son más objetivos.

Estos se valen generalmente de cuestionarios, tanto en forma de listados de comprobación (check lists), que valoran dicotómicamente si se dan o no las conductas comunicativas, como de escalas (rating scales), que permiten valorar el grado en que el profesional desarrolla determinados comportamientos. Algunos autores apuntan que muchos de estos cuestionarios no parten de un modelo teórico bien definido, pocos han documentado su validez y fiabilidad, la correspondencia con los componentes de los modelos y definiciones actuales del método centrado en el paciente no suele ser alta y algunos de estos fallan en valorar aspectos contextuales y de comunicación no verbal.

En la presente investigación el instrumento utilizado fue el cuestionario CICAA. La escala CICAA es un instrumento diseñado para valorar la relación clínica (RC) desarrollada entre un profesional de la salud y un paciente. Puede ser utilizada para evaluar aspectos globales o parciales de la RC, se fundamenta en una evaluación externa mediante observación de la interacción y puede ser usada con fines de enseñanza (formativos), sumativos o para la investigación. El diseño del CICAA es adecuado para la evaluación de la RC de cualquier clínico, psicólogo o profesional de la salud humana, en el ámbito del proceso asistencial que tiene lugar en una consulta.

La escala CICAA presenta una estructura conformada por tareas, lo cual es muy amplio para ser valorado por sí mismas y de entrada; por esto el cuestionario incluye las grandes habilidades (denominadas estratégicas) y en algunos casos ciertos elementos comunicativos muy importantes en la interacción comunicativa (basado en pruebas científicas) (p. ej. "contacto visual-facial" o "explorar expectativas"). La escala es de carácter multidisciplinar. Esto quiere decir que incluye esquemas de más de una metaclase (o

categoría) y se usarán cada uno independientemente. Entre las categorías utilizadas (metaclase), se considera aquella que son: de contenido; de actos de habla; de comunicación no verbal; y, de valoración afectiva.

De igual forma, se considera tiempo de consulta desde que el profesional o el paciente comienzan a hablar en relación a la entrevista, hasta que alguno de ellos diga la última palabra. Se considerará inicio o final, también, algún gesto o expresión inicial de contacto claro por alguno de los interlocutores. Debe aparecer el tiempo global y existe la posibilidad, en función de los objetivos del evaluador, de diferenciar el tiempo transcurrido antes, durante y tras la exploración, ya que se ha visto que la distribución de los tiempos está asociada al grado en que el profesional se centra en el paciente.

Es importante conocer los datos sobre el profesional, se recoge el sexo, el tipo (médico, residente, enfermero o estudiante), la especialidad y la condición de docente. Datos del paciente, en especial el sexo. El motivo principal de la consulta (la causa que a juicio del observador la genera, generalmente es la que transcurre más tiempo su discusión). Se pueden especificar otros motivos secundarios. Proceso: si se trata de uno agudo o crónico. En lo que tiene que ver a la visita, si es la primera que ha generado, el motivo principal de la misma o ya ha sido visitado el paciente en otra ocasión por ese mismo motivo (revisión).

Los resultados de la aplicación del CICAA se presentan en los cuadros subsiguientes.

3.2.2 Características de los involucrados en el estudio

Considerando las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables cualitativas nominales y ordinales, se establecieron frecuencias y porcentajes absolutos y acumulados. Dadas las características aditivas de las puntuaciones total y por tareas de la escala CICAA.

Tabla 1. Descripción de las consultas

VARIABLES	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
GENERO DEL DICENTE					
GENERO DEL ESTUDIANTE	MASCULINO	32	45,7	45,7	45,7
	FEMENINO	38	54,3	54,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
SEXO PACIENTE					
SEXO DEL PACIENTE	MASCULINO	63	90,0	90,0	90,0
	FEMENINO	7	10,0	10,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
DOCENTE PRESENTE EN LA CONSULTA					
DOCENTE 1 y 2	SI	70	100,0	100,0	100,0
	NO	0	0,0	0,0	100,0

VARIABLES	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Total	70	100,0	100,0	
AGUDO Y CRONICO					
TIPO DE PROCESO	AGUDO	66	94,3	94,3	94,3
	CRONICO	4	5,7	5,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
MOTIVO DE CONSULTA					
MOTIVO DE CONSULTA	CONTROL DE DIABETES	70	100,0	100,0	100,0
	OTROS	0	0,0	0,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
ESPECIALIDAD					
ESPECIALIDAD	MEDICINA FAMILIAR	70	100,0	100,0	100,0
	OTRA	0	0,0	0,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
CODIFICACION TIEMPO CONSULTA (EN BASE A CUARTILES)					
TIEMPO DE CONSULTA	< 17,75	17	24,3	24,3	24,3
	17,75 - 20,00	26	37,1	37,1	61,4
	20,01 - 23,00	12	17,1	17,1	78,6
	> 23.00	15	21,4	21,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
DESCIPCIÓN DEL TIEMPO UTILIZADO EN LA CONSULTA (MEDIA +/- DESVIACIÓN ESTANDAR)	TIEMPO TOTAL DE CONSULTA	19,99 ± 4,08			

Fuente: Investigación directa (2020)

Elaboración: Sandra Katerine Mejía Michay

Análisis e interpretación:

El número final de participantes fue de 70 estudiantes, de los cuales 32 son hombres y 38 mujeres. En cuanto al sexo de los pacientes se tuvo mayor proporción en la categoría masculino (90,00%) en comparación con la categoría femenino (10,00%). Considerando el proceso se puede observar mayor proporción en la categoría agudo (94,30%) en comparación con procesos crónicos (5,70%); finalmente en lo que tiene que ver al motivo de consulta y especialidad, la totalidad de los pacientes se ubican en las categorías de control

de diabetes y medicina familiar respectivamente. Se tuvo la participación de dos observadores médicos en las atenciones.

En la variable cuantitativa tiempo de consulta se calculó la media aritmética (19,99 minutos) y la desviación estándar que se corresponde a 4,08; para una mejor comprensión se determinaron puntos de corte como intervalos, tomando como base los cuartiles, estableciéndose mayor proporción en la categoría de 17,75 – 20,00 minutos (37,10%), lo expuesto se presenta en el cuadro 1.

3.2.3 Relación de concordancia

Tabla 2. Relación del número de acuerdos, coeficiente kappa y fiabilidad interobservador

Tareas	Ítem	Descripción	N° de acuerdos (n = 70)	Kappa	IC 95%	Fiabilidad Inter Observador (CCI)	Interpretación KAPPA	Interpretación CCI
Tarea 1: Conectar con el paciente	1	Recibimiento de paciente	36	0,139	(-0,055 a 0,341)	0,708	Leve	Bueno - excelente
	2	Uso de ordenador	46	0,455	(0,260 a 0,634)	0,734	Moderado	Bueno - excelente
	3	Cortesía en la entrevista	48	0,813	(0,677 a 0,940)	0,749	Casi perfecto	Bueno - excelente
	4	Uso de lenguaje no verbal	53	0,879	(0,754 a 0,972)	0,728	Casi perfecto	Bueno - excelente
	5	Empatía	54	0,670	(0,488 a 0,825)	0,741	Bueno	Bueno - excelente
	6	Cierre de la entrevista	47	0,590	(0,390 a 0,776)	0,726	Moderado	Bueno - excelente
Tarea 2: Identificar y comprender los problemas del paciente	7	Reactividad	62	0,698	(0,443 a 0,884)	0,722	Bueno	Bueno - excelente
	8	Facilitación del discurso	24	0,969	(0,881 a 1,000)	0,729	Casi perfecto	Bueno - excelente
	9	Contacto visual - facial	61	0,733	(0,455 a 0,917)	0,732	Bueno	Bueno - excelente
	10	Captación y respuesta de pistas del paciente	19	0,636	(0,419 a 0,819)	0,738	Bueno	Bueno - excelente
	11	Empleo de preguntas abiertas	62	0,000	(0,000 a 0,000)	0,000	Menor	
	12	Exploración de la idea de	66	0,386	(0,000 a 0,881)	0,740	Bajo	Bueno - excelente

Tareas	Ítem	Descripción	N° de acuerdos (n = 70)	Kappa	IC 95%	Fiabilidad Inter Observador (CCI)	Interpretación KAPPA	Interpretación CCI
		origen de la enfermedad						
	13	Exploración de emociones y sentimientos	50	0,560	(0,352 a 0,741)	0,739	Moderado	Bueno - excelente
	14	Exploración de afectación por el síntoma	66	0,349	(-0,036 a 0,650)	0,733	Bajo	Bueno - excelente
	15	Exploración de expectativas en la consulta	30	0,436	(0,257 a 0,606)	0,723	Moderado	Bueno - excelente
	16	Exploración del estado de ánimo	52	0,219	(-0,038 a 0,465)	0,742	Bajo	Bueno - excelente
	17	Exploración de acontecimientos vitales estresantes	0	0,000	(0,000 a 0,000)	0,000	Menor	
	18	Exploración del entorno sociofamiliar	47	0,445	(0,202 a 0,667)	0,746	Moderado	Bueno - excelente
	19	Exploración de factores de riesgo	25	0,557	(0.342 a 0,752)	0,737	Bueno	Bueno - excelente
	20	Resumen de la información	56	0,381	((0,091 a 0,624)	0,759	Bajo	Bueno - excelente
Tareas 3 y 4: acordar y ayudad a actuar al paciente	21	Explicación del proceso	51	0,287	(0,085 a 0,475)	0,720	Bajo	Bueno - excelente
	22	Explicación de la evolución	61	0,304	(-0.047 a 0,618)	0,735	Bajo	Bueno - excelente
	23	Información adaptada al problema y necesidades	31	0,324	(0,119 a 0,522)	0,747	Bajo	Bueno - excelente

Tareas	Ítem	Descripción	N° de acuerdos (n = 70)	Kappa	IC 95%	Fiabilidad Inter Observador (CCI)	Interpretación KAPPA	Interpretación CCI
	24	Claridad de la información	43	0,161	(-0,006 a 0,360)	0,734	Leve	Bueno - excelente
	25	Participación del paciente	26	0,133	(-0,071 a 0,338)	0,749	Leve	Bueno - excelente
	26	Expresión de dudas del paciente	35	0,229	(0,016 a 0,457)	0,727	Bajo	Bueno - excelente
	27	Búsqueda de acuerdos	44	0,102	(-0,087 a 0,300)	0,725	Leve	Bueno - excelente
	28	Verificación de la comprensión de la información	48	0,487	(0,263 a 0,706)	0,737	Moderado	Bueno - excelente
	29	Compromiso del paciente	35	0,305	(0,082 a 0,519)	0,724	Bajo	Bueno - excelente
Acuerdo Global		Kappa Global		0,28	(0,027 a 0,028)	0,708	Leves	Bueno - excelente

CCI: Coeficiente de correlación intraclase; IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Fuente: Investigación directa (2020)

Elaboración: Sandra Katerine Mejía Michay

Análisis e interpretación:

Para medir el acuerdo interobservador por ítem, se calculó el coeficiente kappa de Cohen[1]. Los valores de kappa inferiores a 0 se consideraron menores que el acuerdo por azar; valores de 0,01-0,20 se consideran leves; de 0,21- 0,40, bajos; de 0,41-0,60 moderados; de 0,61-0,80 buenos; y, superiores a 0,81 casi perfectos. La fiabilidad interobservador tipo acuerdo absoluto se midió con el coeficiente de correlación intraclase (CCI)[2]. El acuerdo se interpretó como pobre si el CCI fue ≤ 0,40; moderado, de 0,41-0,60; y, bueno a excelente si el CCI fue ≥ 0,61.

[1] El **Coeficiente kappa de Cohen** es una medida estadística que ajusta el efecto del azar en la proporción de la concordancia observada para elementos cualitativos (variables categóricas). Para hacerlo con eficacia se requeriría un modelo explícito de cómo afecta el azar a las decisiones de los observadores.

[2] El **CCI** se define como la proporción de variabilidad total debida a la variabilidad de los pacientes. Como en el caso de cualquier proporción, los valores del CCI pueden oscilar entre 0 y 1: donde el 0 indica ausencia de concordancia y el 1, la concordancia o fiabilidad absoluta de los resultados obtenidos.

En cuanto a la tarea 1, referente al coeficiente Kappa la mayor proporción de ítem se interpretan como moderado y casi perfectos, destacándose el ítem 3 y 4 en la categoría casi perfecto, en comparación con el ítem 1 y 5 que se interpretan como leve y bueno; en la tarea 2, se establece mayores correspondencias en la categoría bueno y moderado, destacándose en el ítem 8 la categoría casi perfecto y en el ítem 11 menor; en la tarea 3 – 4 sobresale la categoría bajo seguida de la leve y menor escala moderado; en cuanto a los acuerdos globales son leve.

Considerando el coeficiente de correlación intra clase - CCI, la totalidad de los resultados fue mayor a 0,62 por lo cual se ubicaron en la categoría de bueno a excelente (ver cuadro 2).

De forma general, la concordancia entre observadores, medida con el índice Kappa de Cohen fue en mayor proporción en la categoría bajo (9), existiendo una diferencia marcada con el resto de ítem que en su orden se ubicaron en las categorías moderado (6), bueno (5), leve (4), casi perfecto (3), menor (2).

3.2.4 Diferencia de puntuaciones

Tabla 3. Diferencia entre las puntuaciones según sexo del dicente

DESCRIPCIÓN	OBSERVADORES	SEXO DEL DICENTE				p
		MASCULINO		FEMENINO		
		MEDIANA	RIC	MEDIANA	RIC	
TAREA 1	OBSERVADOR MEDICO 1	4	7	5	8	0,046
	OBSERVADOR MEDICO 2	4	7	4	7	0,703
TAREA 2	OBSERVADOR MEDICO 1	9	10	11	7	0,020
	OBSERVADOR MEDICO 2	9	7	9	14	0,322
TAREA 3 Y 4	OBSERVADOR MEDICO 1	6	6	7	10	0,233
	OBSERVADOR MEDICO 2	5	6	5	10	0,629
PUNTUACIÓN TOTAL	OBSERVADOR MEDICO 1	19	21	22	21	0,041
	OBSERVADOR MEDICO 2	19	11	20	25	0,338

RIC: Rango intercuartílico

p: Mann - Whitney

Fuente: Investigación directa (2020)

Elaboración: Sandra Katerine Mejía Michay

Análisis e interpretación:

La prueba U de Mann-Whitney[3] se utilizó para la comparación de las puntuaciones por tarea y total se hizo por sexo de los estudiantes, mostró diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones para ambos observadores médicos ($p < 0,05$), específicamente para la tarea 1 observador médico 1 (0,046), tarea 2 observador médico 1 (0,020); y, en la puntuación totales en el observador médico 1 (0,041), lo expuesto se presenta en cuadro 3 y figura 1.

3.2.5 Propiedades psicométricas

Tabla 4. Medición de propiedades psicométricas de la escala CICAA por tareas y puntuación total.

DESCRIPCIÓN	OBSERVADOR	CONSISTENCIA INTERNA (ALFA DE CRONBACH)	FIABILIDAD INTEROBSERVADOR	
			CCI	IC 95%
TAREA 1	OBSERVADOR MEDICO 1	0,528	0,517	0,323 - 0,671
	OBSERVADOR MEDICO 2	0,191		
TAREA 2	OBSERVADOR MEDICO 1	0,460	0,387	0,191 - 0,561
	OBSERVADOR MEDICO 2	0,481		
TAREA 3, 4	OBSERVADOR MEDICO 1	0,624	0,590	0,436 - 0,717
	OBSERVADOR MEDICO 2	0,444		
PUNTUACIÓN TOTAL	OBSERVADOR MEDICO 1	0,742	0,708	0,604 - 0,796
	OBSERVADOR MEDICO 2	0,616		

CCI: Coeficiente de correlación intraclase; IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Fuente: Investigación directa (2020)

Elaboración: Sandra Katerine Mejía Michay

[3] En estadística la prueba ***U de Mann-Whitney*** (también llamada de Mann-Whitney-Wilcoxon, prueba de suma de rangos Wilcoxon, o prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney) es una prueba no paramétrica aplicada a dos muestras independientes. Es, de hecho, la versión no paramétrica de la habitual prueba "**t**" de Student.

Tabla 5. Correlación ítem relacionados entre observadores

PAREJAS	ITEM	N	Correlación	Sig.
Par 1	1 ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente? & 2 ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	70	0,276	0,021
Par 2	2 ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación? & 2 ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	70	0,517	0,000
Par 3	3 ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista? & 3 ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?	70	0,904	0,000
Par 4	4 ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado? & 4 ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?	70	0,908	0,000
Par 5	5 ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos? & 5 ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?	70	0,729	0,000
Par 6	6 ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente? & 6 ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?	70	0,664	0,000
Par 7	7 ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? & 7 ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	70	0,757	0,000
Par 8	8 ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? & 8 ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?	70	0,969	0,000
Par 9	9 ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado? & 9 ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?	70	0,784	0,000

PAREJAS	ITEM	N	Correlación	Sig.
Par 10	10 ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente? & 10 ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?	70	0,677	0,000
Par 11	11 ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas? & 11 ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?	70		
Par 12	12 ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso? & 12 ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?	70	0,489	0,000
Par 13	13 ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente? & 13 ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?	70	0,456	0,000
Par 14	14 ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral? & 14 ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?	70	0,407	0,000
Par 15	15 ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta? & 15 ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	70	0,353	0,003
Par 16	16 ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente? & 16 ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?	70	0,223	**0,063**
Par 17	17 ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente? & 17 ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?	70		

PAREJAS	ITEM	N	Correlación	Sig.
Par 18	18 ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar? & 18 ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?	70	0,455	0,000
Par 19	19 ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda? & 19 ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?	70	0,558	0,000
Par 20	20 ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? & 20 ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?	70	0,377	0,001
Par 21	21 ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente? & 21 ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?	70	0,306	0,010
Par 22	22 ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso? & 22 ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?	70	0,328	0,006
Par 23	23 ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente? & 23 ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	70	0,413	0,000
Par 24	24 ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara? & 24 ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?	70	0,225	**0,061**
Par 25	25 ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo? & 25 ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?	70	0,162	**0,180**

PAREJAS	ITEM	N	Correlación	Sig.
Par 26	26 ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas? & 26 ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?	70	0,229	**0,056**
Par 27	27 ¿Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (¿entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente? & 27 ¿Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (¿entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?	70	0,154	**0,204**
Par 28	28 ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada? & 28 ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?	70	0,567	0,000
Par 29	29 ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir? & 29 ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?	70	0,353	0,003

Fuente: Investigación directa (2020)

Elaboración: Sandra Katerine Mejía Michay

Tabla 6. Correlación ítem interobservadores con el total

ITEM	ESTADISTICO	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 1	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 2
SUMA TOTAL O GLOBAL	Correlación de Pearson	1	1
	p		
	N	70,00	70
1 ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?	Correlación de Pearson	**0,672****	**0,195****
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000

ITEM	ESTADISTICO	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 1	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 2
2 ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	Correlación de Pearson	0,383**	0,277**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000
3 ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?	Correlación de Pearson	0,248*	0,184**
	Sig. (bilateral)	0,039	0,000
4 ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?	Correlación de Pearson	0,460**	0,395**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
5 ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?	Correlación de Pearson	0,313**	0,225**
	Sig. (bilateral)	0,008	0,000
6 ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?	Correlación de Pearson	0,484**	0,307**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
7 ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	Correlación de Pearson	0,547**	0,449**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
8 ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?	Correlación de Pearson	0,440**	0,347**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
9 ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?	Correlación de Pearson	0,405**	0,304**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000
10 ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?	Correlación de Pearson	0,352**	0,219**
	Sig. (bilateral)	0,003	0,000
11 ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?	Correlación de Pearson	.c	0,237**
	Sig. (bilateral)		0,000
12 ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?	Correlación de Pearson	0,257*	0,328**
	Sig. (bilateral)	0,032	0,000

ITEM	ESTADISTICO	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 1	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 2
13 ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?	Correlación de Pearson	0,298*	0,285**
	Sig. (bilateral)	0,012	0,000
14 ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?	Correlación de Pearson	0,378**	0,444**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000
15 ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	Correlación de Pearson	0,531**	0,261**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
16 ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?	Correlación de Pearson	0,208	*0,468***
	Sig. (bilateral)	0,085	0,000
17 ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?	Correlación de Pearson	.c	0,024**
	Sig. (bilateral)		0,000
18 ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?	Correlación de Pearson	0,142	0,287**
	Sig. (bilateral)	0,242	0,000
19 ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?	Correlación de Pearson	0,320**	0,306**
	Sig. (bilateral)	0,007	0,000
20 ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?	Correlación de Pearson	-0,044	0,251
	Sig. (bilateral)	0,716	0,000
21 ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?	Correlación de Pearson	0,552**	0,436
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
22 ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?	Correlación de Pearson	0,343**	0,451**
	Sig. (bilateral)	0,004	0,000

ITEM	ESTADISTICO	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 1	SUMA TOTAL O GLOBAL OBSERVADOR 2
23 ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	Correlación de Pearson	0,209	-0,051**
	Sig. (bilateral)	0,082	0,000
24 ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?	Correlación de Pearson	0,374**	0,290**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000
25 ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?	Correlación de Pearson	0,151	0,273**
	Sig. (bilateral)	0,213	0,000
26 ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?	Correlación de Pearson	0,465**	0,433**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
27 ¿Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (¿entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?	Correlación de Pearson	0,510**	0,395**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
28 ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?	Correlación de Pearson	0,292*	0,244**
	Sig. (bilateral)	0,014	0,000
29 ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?	Correlación de Pearson	0,513**	0,414**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).			
c. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es constante.			

Fuente: Investigación directa (2020)

Elaboración: Sandra Katerine Mejía Michay

Análisis e interpretación:

En la evaluación de la consistencia interna de la escala CICAA para ambos observadores, el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total específicamente en la categoría observador médico 1 fue aceptable (> 0,70), para la categoría observador médico 2 y tarea 3 – 4 para el observador médico 1 es cuestionable (> 0,60); para las demás tareas entre ambos observadores va desde pobre a inaceptable (ver cuadro 4).

Se correlacionaron los ítems entre observadores, encontrándose una relación estadística significativa en 24 de los 29 ítem del cuestionario utilizado, en el 16, 24, 25, 26 y 27 no se encontró una relación estadística significativa, para ello se utilizó la prueba de t para muestras aparejadas o relacionadas (ver cuadro 5).

El CCI para la fiabilidad interobservador de las puntuaciones por tareas fue menor a 0,70 y para el total fue superior a 0,7; los ítems que tuvieron una mayor correlación con la puntuación final de la escala fueron, en el caso del observador médico 1, los ítems 1, 7, 15, 21, 27 y 29 ($r = 0,672$; $r = 0,547$; $r = 0,531$; $r = 0,552$; $r = 0,510$; y, $r = 0,613$; respectivamente $p \leq 0,001$), ubicándose en correlación positiva considerable; en cuanto al observador médico 2 los ítems que tuvieron una mayor correlación con la puntuación final de la escala fueron la mayoría de los 29, ubicándose en correlación positiva media, a excepción de los ítem 17 y 23 que tuvieron correlación positiva débil y correlación negativa débil en su orden. Los menores valores son los que exploran acontecimientos vitales estresantes, como resumen la información del paciente y el ofrecimiento de información adaptada. (ver cuadro 6).

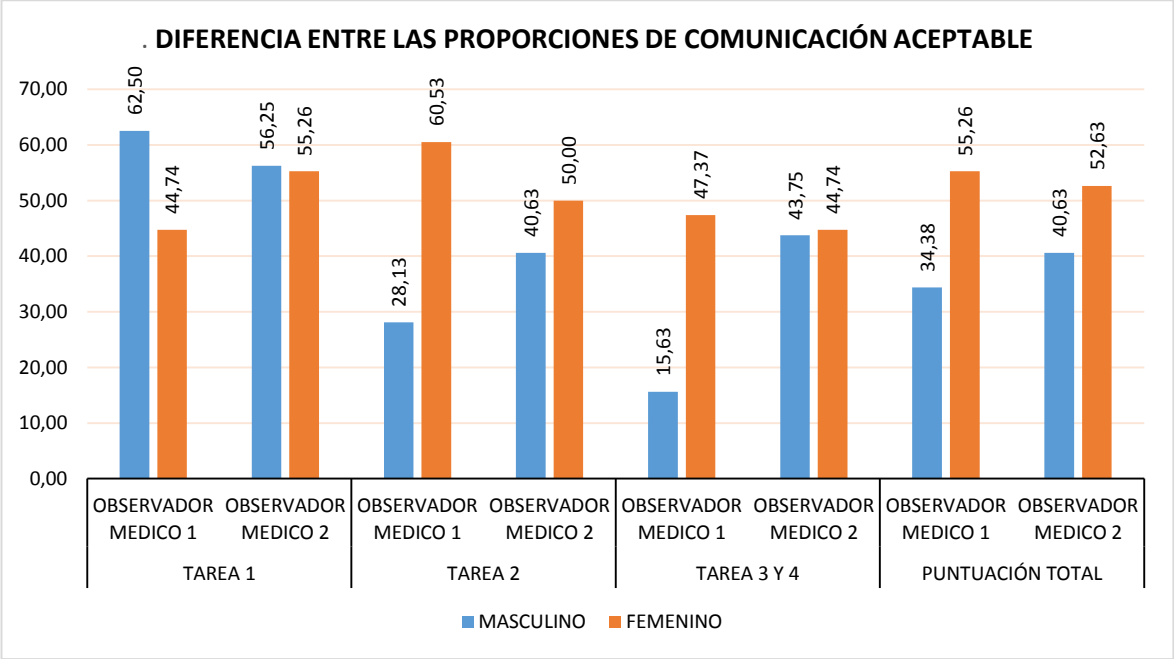
Tabla 7. Diferencia entre las proporciones de comunicación aceptable por tarea y sexo del dicente.

DESCRIPCIÓN	OBSERVADORES	SEXO DEL DICENTE		P
		MASCULINO	FEMENINO	
TAREA 1	OBSERVADOR MEDICO 1	62,50	44,74	0,138
	OBSERVADOR MEDICO 2	56,25	55,26	0,934
TAREA 2	OBSERVADOR MEDICO 1	28,13	60,53	**0,007**
	OBSERVADOR MEDICO 2	40,63	50,00	0,572
TAREA 3 Y 4	OBSERVADOR MEDICO 1	15,63	47,37	**0,005**
	OBSERVADOR MEDICO 2	43,75	44,74	0,934
PUNTUACIÓN TOTAL	OBSERVADOR MEDICO 1	34,38	55,26	**0,081**
	OBSERVADOR MEDICO 2	40,63	52,63	0,316

Fuente: Investigación directa (2020)

Elaboración: Sandra Katerine Mejía Michay

Figura 1. Diferencia entre las proporciones de comunicación aceptable.



Análisis e interpretación:

La tarea 3 (acordar y ayudar a actuar al paciente) y la tarea 2 (identificar y comprender los problemas de salud del paciente) tuvieron la menor frecuencia de calificaciones aceptables, especialmente en el observador médico 1, esto cuando se analizó por género a los dicentes. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre dicentes, en la tarea 2 y tarea 3 – 4, con el observador médico 1 ($p < 0,05$), siendo más alta la proporción de mujeres que tuvieron una calificación global aceptable (cuadro 7). Aunque en varias tareas la diferencia entre hombres y mujeres no resultó estadísticamente significativa, la frecuencia de calificaciones aceptable de las mujeres fue superior a la de los hombres (Fig. 2).

En la puntuación total, se puede considerar significativa para el observador médico 1, pese a haberse calculado un $p < 0,05$.

Para encontrar las diferencias entre las proporciones de comunicación aceptable por tarea y sexo del dicente, de acuerdo a los observadores médico 1 y 2 se aplicó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado.

3.3 Resultado para el tercer objetivo:

Elaborar un proyecto educativo para el desarrollo y mejoramiento de habilidades comunicacionales de estudiantes de medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AVAL ACADÉMICO

Nro. de trámite	
Nro. de oficio	
Fecha de origen	21 de julio del 2020
Representante	Gestor académico de la Carrera de Medicina Humana
Responsable	Md. Mgs. Sandra Katerine Mejía Michay
Tipo evento:	Habilidades comunicacionales en salud.
Programa/Proyecto	Proyecto educativo para el desarrollo y mejoramiento de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.
Unidad ejecutora	Carrera de Medicina Humana.
Organiza	Md. Mgs. Sandra Katerine Mejía Michay
Período de ejecución	Continuo
Horario	Vespertino adaptado al distributivo académico estudiantil.
Duración	20 horas (2 horas diarias durante 10 días por cada rotación), en total 100 horas para cada cohorte de internado.
Lugar	Carrera de Medicina Humana, Facultad de la Salud Humana.
Costo	Gratuito.
Destinatarios	Estudiantes de la Carrera de Medicina Humana.
Expositores	Md. Mgs. Sandra Katerine Mejía Michay.
Propósito	1. Fortalecer los conocimientos científicos en habilidades comunicacionales en salud de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. 2. Aportar conocimientos mínimos sobre bioética y comunicación médico paciente al plan de estudios académico de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.
Objetivos	1. Mejorar los conocimientos científicos de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana en bioética y comunicación médico paciente. 2. Determinar las necesidades comunicacionales de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana antes y después de ejecutar el proyecto. 3. Promover un espacio para compartir experiencias en relación médico paciente.
Contenidos	- Principios bioéticos. - Relación clínica médico paciente.

(temas)	- Principios básicos de comunicación. - Metas de la comunicación médica. - Modelo Paternalista. - Modelo Autonomista. - Objeción de conciencia. - Consentimiento informado. - Capacidad de elección. - Comunicación en diferentes etapas de la vida. - Métodos de deliberación y toma de decisiones. - Comunicación de la verdad, lealtad, intimidad y confidencialidad. - Técnicas y habilidades de comunicación efectiva en salud.
Metodología	Conferencias magistrales.
Resultados esperados	1. Mejora los conocimientos científicos de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana en bioética y comunicación médico paciente. 2. Determina las necesidades comunicacionales de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana antes y después de ejecutar el proyecto. 3. Promueve un espacio para compartir experiencias en relación médico paciente.
Evaluación	Se realizará evaluación al inicio y final del curso para determinar los conocimientos adquiridos. Es obligatoria la asistencia al 80%.

[X] Aprobado [ ] Negado Fecha de aprobación: 7 de agosto del 2020.

Firmado electrónicamente por:
SANTOS AMABLE BERMEO FLORES

f)

DR. AMABLE BERMEO FLORES

DECANO FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

Firmado electrónicamente por:
TANIA VERONICA CABRERA PARRA

f)

DRA. TANIA CABRERA PARRA

GESTORA ACADÉMICO DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

c.c. Decanato Facultad de la Salud Humana
Responsable del evento
Archivo

Curso de "Habilidades comunicacionales en Salud"

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 NOMBRE DEL EVENTO	:	***Curso de "Habilidades Comunicacionales en Salud"***
1.2 UNIDAD EJECUTORA	:	Carrera de Medicina Humana
1.3 FECHA DE INICIO	:	Periodo académico septiembre 2020 – marzo 2021.
1.6 FECHA DE FINALIZACIÓN	:	Continuo.
1.1 DURACION	:	20 horas / 10 días por cada rotación. Total: 100 horas para cada cohorte de internado.
1.2 DESTINATARIOS	:	Estudiantes de sexto año de Medicina Humana.
1.3 EXPOSITOR	:	Md. Mgs. Sandra Katerine Mejía Michay

Md. Mgs. Sandra Katerine Mejía Michay
Médico General por la Universidad Nacional de Loja.
Magister en Gerencia de Salud para el desarrollo local otorgado por la Universidad Técnica Particular de Loja.
Diplomado Superior en desarrollo local y salud otorgado por la Universidad Técnica Particular de Loja.
Docente de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.
Maestrante de Bioética, Universidad del Azuay.

2. PRESENTACIÓN

La carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, con una trayectoria de cinco décadas de formación de médicos; se ha caracterizado por supervisar la adquisición de conocimientos teórico-prácticos como parte del proceso enseñanza-aprendizaje en los diferentes campos de la salud a estudiantes y futuros médicos del Ecuador.

Es misión de la Universidad Nacional de Loja la formación académica y profesional, con sólidas bases científicas, éticas, humanas, pertinencia social y valores; la generación y aplicación de conocimientos científicos, tecnológicos y técnicos, que aporten al desarrollo integral del entorno; el fortalecimiento del pensamiento, promoción, desarrollo, difusión y comunicación de los saberes y culturas; y, la prestación de servicios para brindar salud de excelencia.

Actualmente, la bioética es fundamental para el ejercicio médico, la promoción de habilidades de comunicación a los profesionales sanitarios en formación es importante para fortalecer la relación médico-paciente, considerada el núcleo de la atención clínica. Las escuelas de medicina tienen la obligación de formar profesionales comprometidos con la salud de la población, como resultado del proceso enseñanza-aprendizaje en la instrucción académica universitaria (Farias R, 2017) (Flavia A, 2017).. Es necesaria la educación, concientización, práctica de valores y principios bioéticos tanto del médico como del paciente, mediante una comunicación acertada y eficiente. La falta de visión horizontal y detallada, la deficiente importancia que presta el personal de salud, y la carencia de contenidos mínimos en bioética y comunicación en salud que constan en la malla curricular, hace

que la formación médica en bioética sea un completo reto (Manfrini, 2018) (Galdames, 2018). Por tal motivo, se convierte en pilar primordial en la formación de los estudiantes de medicina; por lo que se considera necesario realizar un curso de habilidades comunicativas en salud para el mejoramiento de la atención, la calidad científica y académica de nuestros estudiantes y egresados.

El cumplimiento del Plan en mención, cuenta con el apoyo de las autoridades de la Carrera de Medicina Humana, por lo que se aspira la participación activa de todos los estudiantes, para impulsar una serie de actividades de fortalecimiento de habilidades comunicacionales que les permite a los estudiantes mejorar sus conocimientos en el aspecto teórico y práctico de la relación médico paciente.

3. PROPÓSITO:

- Fortalecer los conocimientos científicos en habilidades comunicacionales en salud de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

- Aportar conocimientos mínimos sobre bioética y comunicación médico paciente al plan de estudios académico de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

4. OBJETIVOS

- Mejorar los conocimientos científicos de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana en bioética y comunicación médico paciente.

- Determinar las necesidades comunicacionales de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana antes y después de ejecutar el proyecto.

- Promover un espacio para compartir experiencias en relación médico paciente.

5. CONTENIDOS

- Principios bioéticos.
- Relación clínica médico paciente.
- Principios básicos de comunicación.
- Metas de la comunicación médica.
- Modelo Paternalista.
- Modelo Autonomista.
- Objeción de conciencia.
- Consentimiento informado.
- Capacidad de elección.
- Comunicación en diferentes etapas de la vida.
- Métodos de deliberación y toma de decisiones.
- Comunicación de la verdad, lealtad, intimidad y confidencialidad.
- Técnicas y habilidades de comunicación efectiva en salud.

6. METODOLOGÍA

El Curso de “Habilidades Comunicacionales en Salud” se realizará en diez días laborables a partir de septiembre de 2020, se llevará a cabo en la Facultad de la Salud Humana y tendrá una duración total de 20 horas (2 horas diarias durante 10 días) para cada rotación, en total 100 horas por cada cohorte de internado rotativo, dividido por temáticas mínimas necesarias que un médico general debe conocer sobre bioética y comunicación en salud; para la realización del mismo se tomará en cuenta a estudiantes que cursen sus estudios en la malla curricular régimen 2009 cohorte 2014, debido a que los contenidos antes mencionados son insuficientes frente a las necesidades sociales. Antes de iniciar, se realizará una evaluación de conocimientos básicos en bioética y comunicación médica para cumplimiento de los objetivos propuestos. Para cada día se presentará charlas magistrales utilizando tecnologías de información y comunicación (TICS) en base a los elementos esenciales de comunicación recomendados en el consenso de Kalamazoo y el marco de la Guía Calgary Cambridge (Moore, et al, 2010), como instrumento para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial a través de plataforma virtual ZOOM (en el caso de superar emergencia sanitaria, será de modo presencial); en total 13 ponencias, así mismo, al final de las cátedras impartidas se realizará una evaluación sin calificación con el fin de analizar el conocimiento adquirido de los estudiantes de Medicina y la eficacia del presente proyecto educativo.

Para el desarrollo del cronograma se analizó el orden de actividades a favor de la realización del curso, la duración, los requisitos, recursos, responsable, donde se generó el mismo con fechas de inicio y finalización.

7. RESPONSABLE

Md. Mgs. Sandra Katerine Mejía Michay (sandra.mejia@unl.edu.ec).

8. CRONOGRAMA/ PROGRAMA:

Día 1:

- Evaluación inicial
- Principios bioéticos.

Día 2:

- Relación clínica médico paciente.

Día 3:

- Principios básicos de comunicación.

Día 4:

- Metas de la comunicación médica.

Día 5:

- Modelo Paternalista.
- Modelo Autonomista.

Día 6:

- Objeción de conciencia.
- Consentimiento informado.

Día 7:

- Capacidad de elección.
- Comunicación en diferentes etapas de la vida.

Día 8:

- Métodos de deliberación y toma de decisiones.

Día 9:

- Comunicación de la verdad, lealtad, intimidad y confidencialidad.

Día 10:

- Técnicas y habilidades de comunicación efectiva en salud.
- Evaluación final.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alonso M, et al. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Rev Cubana Educ Med Super.

Cleries X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. Educ Med 2010; 13: 25-31.

Flavia Ana, et al. (2012). Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. Ambiente & Sociedade São Paulo v. XV, n. 2 _ p. 133-150.

Farias R, et al. (2017). O Compromisso Pró-Ecológico nas Palavras de Seus Praticantes. Paidéia, Vol. 27, Suppl. 1, 395-403. doi:10.1590/1982-432727s1201704.

Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. (2019). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. Hacia Promoc. Salud. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.4

Geraldo das Dôres de Armendane. (2018). Por un cuidado respetuoso. Brasilia: Rev. Bioét. vol.26 no.3. Doi: 10.1590/1983-80422018263253.

Guillén O, Más G, Reto B, Torvisco D. (2017). Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de Medicina. Perú. Revista Social Perú Medicina Interna; vol 30 (2).

Luna-Solis Y. (2019). Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. Perú: Rev Perú Med Exp Salud Pública.

Manfrini G. (2011). Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 803-11.7. doi:10.17843/rpmesp.2019.361.3921.

Mejías Vizcarro & Beltrán Hernández. (2019). Utilidad de la historia médico-psicológica en estudiantes que inician ciclos clínicos en la carrera de medicina como instrumento para la comprensión integral del paciente y facilitador de la alianza terapéutica. México DF: Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México.

Moore P, Gómez G. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. Santiago – Chile. Rev Med Chile; 138: 1047-1054

Molinuevo B, et al. (2014). Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. FEM; 17(2):115-122.

Sánchez González Miguel (2013). Bioética en Ciencias de la Salud. Humanidades en Ciencias de la Salud. Barcelona España, Elsevier Masson. Parte III, Pag: 189-401.

Sierra D, et al. (2016). Bioética y evolución del desarrollo moral en estudiantes de medicina. Análisis de caso en la escuela de medicina de la universidad. Pedagógica y tecnológica de colombia. Colombia: Pontificia universidad javeriana instituto de bioética bogotá, d.c.

Siurana C, et al. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Verintas.

Terezinha, M. (2011). Cuidado ecológico como um fenômeno amplo e complexo.Brasilia: Rev Bras Enferm.

Vélez Segovia, et al. (2013). Concordancia entre las habilidades, conocimientos y labores de médicos peruanos recién egresados con respecto a su propia percepción de las características de un buen médico. Perú: Rev. Méd. Risaral.

4. CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN

La evaluación de las habilidades comunicacionales en salud a estudiantes de pregrado de medicina tiene como objetivo determinar actitudes, aptitudes, valores, virtudes y un buen uso de los conocimientos médicos durante la relación médico paciente. A grandes rasgos y nivel global la actitud es jovial y amable, aunque el dicente en todos los casos, mostró mayor interés en las manifestaciones clínicas de la patología, y menos en la relación comunicativa con el paciente, basado en que cuando se reconoce a un paciente como una persona integral, se establece una relación que garantizan la compresión de ambas personas, buscando la cooperación, planes, estrategias y seguimiento para llegar a acuerdos que busquen el bienestar (Habermas, 2001) (Peralta, 2010). En relación a este enfoque, Moore et al, menciona que se debe asegurar una interacción en lugar de la transmisión directa, reducir la incertidumbre innecesaria, planificación en términos de logros requeridos, y demostrar dinamismo (Moore, et al, 2010).

La segunda parte evaluada en la escala CICAA, donde se valora la identificación y comprensión de problemas a través de la escucha activa, fue la peor puntuada. Se observaron atenciones médicas predominantemente prescriptivas de medicación, enfocados en aspectos orgánicos, dejando de lado la comprensión del paciente, conocimiento de la enfermedad, objetivo del tratamiento, riesgos, beneficios y relación emocional que promueve el modelo biopsicosocial amparado en la atención integral de salud (Habermas, 2001) (Velez, 2012). Este modelo es menos visible y considerado poco importante por el personal sanitario en la práctica de los profesionales de la salud, formados más en un modelo biomédico favorecido por la industria farmacéutica, en la organización de los sistemas sanitarios y políticos que privilegian la producción y no el bienestar del ser humano (Tizón, 2007). Como ya se comentó anteriormente, en las entrevistas evaluadas se determinó preferencia de una comunicación basada en la obtención de la información médica, y ausencia en preguntar aspectos emocionales del sujeto y por la comunicación no verbal, caracterizada por la expresión de mensajes a través de gestos, señales, fascies, indicios o signos; y pues bien, se sabe que no es fácil su interpretación, como bien propone Ray Birdwhistell “estudiar comunicación no verbal es como estudiar fisiología no cardíaca” por esa razón se hace tan difícil proponer una definición única de la misma, por más facilidad se trata de comunicarse verbalmente, este fenómeno dentro de la relación médico paciente ya fue descrita por Bensing et al, quienes encontraron que con periodicidad los pacientes no dicen verbalmente la ansiedad y sentimientos personales, en su lugar utilizan comunicación no verbal, y como se ha mencionado, si no se tiene experticia y conocimiento en ello, no siempre será comprendido por el médico, por otro lado, se infravalora la importancia en la fisiología normal de una salud mental de calidad, las diferencias entre personas que reciben una atención médica activa y participativa, en cuestión de adherencia al tratamiento es abismal en relación a las que no la tienen, y en la mayoría de casos, la falla en la adherencia terapéutica se debe a la ausencia de un proceso comunicativo ideal, más que a la falta de colaboración de un paciente; por esto, se requiere la anamnesis

dirigida a conocer aspectos emocionales, con igual importancia que de comprender la influencia de la patología (Bensing, 2008) (Salazar-Blanco, 2014).

Pese a que hubo interés del estudiante por las manifestaciones clínicas de la patología motivo de consulta, en la sección de terapia, se estimó mínima intervención del paciente en la comprensión del diagnóstico, selección de decisiones y compromisos terapéuticos; esta situación ya ha sido descrita, considerando que la participación del paciente es difícil, determinado por la actitud no sólo del médico, quien está en capacidad de decidir fomentar el paternalismo o el autonomismo, pero también depende del paciente, nivel de instrucción, compromiso sanitario, cultura, motivación y apresto para asumirlo con responsabilidad; así mismo, se ha podido determinar que en países con escasos recursos económicos, donde el aporte del capital a la salud es limitado, mencionadas determinaciones están condicionadas directamente por la falta de tiempo necesario para brindar atención de calidad y sobrecarga laborar del personal sanitario; por lo tanto, asumiendo que en nuestro país, el ente regulador sanitario considera 20 minutos el tiempo de la atención médica, se lo referenció para la evaluación de los estudiantes, en el que se puede determinar que el tiempo empleado por ellos fue de 19,9, +/- 4,06 minutos. Si bien, todos los pacientes evaluados, son pacientes independientes con plena capacidad de comunicación; sería adecuado realizar la valoración del desenvolvimiento del estudiante con el paciente, en la que las limitantes comunicativas sería un reto adicional a los ya mencionados, por ejemplo, adultos mayores dependientes de terceros, problemas de salud mental, niños, discapacitados, etc (Casasbuenas, 2010) (Borrel-Carrión, 2004) (Tates, 1988) (Tates 2002) (Salazar-Blanco, 2014).

La relación entre observadores fue en promedio moderada (Índice Kappa de 0,28), y con fiabilidad interobservador excelente (CCI de 0,70), es lógico pensar que las diferencias encontradas por ambos observadores se deben a la relación entre lo observado durante las entrevistas con experiencias personales adquiridas durante la formación personal y profesional, si bien ambos observadores son profesionales en salud, el sistema cultural de la región tiene claro conceptos como gentileza, atención, escucha activa y dialogo, que fueron los parámetros con puntajes parecidos que se pudo evidenciar, es decir, con mayor relación interobservador.

Es de vital importancia recordar que la evaluación se realizó a estudiantes de sexto año de medicina humana, los cuales cursan el internado rotativo, es decir, parte de sus primeras prácticas asistenciales, por lo que son personas sin experiencia laboral y sin antecedentes de recibir docencia en habilidades comunicacionales, por tal razón, la instrucción formal en aspectos mínimo bioéticos, es importante para moldear su formación profesional priorizando la atención de pacientes, enriqueciendo su práctica clínica y la calidad de la atención a la sociedad en un futuro. A su vez, como ya se ha mencionado las diferencias en relación interobservador, no se analizó la apreciación y conclusión de cada observador con respecto a la evaluación, tampoco la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención recibida, variable que sirviese para determinar el grado de eficacia de la atención médica integral. Además, cada estudiante fue observado sólo en una consulta, lo que no permite

una evaluación definitiva de la habilidad comunicativa, dicho seguimiento se lo realizará posterior a la ejecución del proyecto educativo diseñado “Habilidades comunicacionales en Salud”, el mismo que se encuentra en ejecución y como parte de su metodología presenta evaluación final. Por último, se considera que otros factores externos pueden interferir y ser modificantes de los resultados, como el tipo de paciente, nivel de instrucción, situación médica, el nerviosismo ante la presencia de observadores pudieron modificar el desempeño del estudiante durante la evaluación y los resultados finales (Tates, 2000) (Laidlaw 2006) (Wrigth, 2006) (Coleman, 2000) (Salazar-Blanco, 2014).

5. CONCLUSIONES

- El plan de estudios, régimen 2009, de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, no cuenta con los contenidos mínimos necesarios para la formación bioética enfocada a comunicación en salud.
- La comunicación de los estudiantes de medicina de sexto año de la Universidad Nacional de Loja durante el proceso de relación médico paciente, se caracteriza por ser amable, enfocada a determinar características clínicas y con menos interés en comunicación y compresión de aspectos emocionales del paciente, por lo que la cooperación, planes, estrategias y seguimiento para llegar a acuerdos que busquen el bienestar del paciente, fueron escasos por parte del estudiante.
- A partir de las necesidades comunicacionales y la ausencia de conocimiento de contenidos mínimos bioéticos de los estudiantes de medicina, determinado como problema sanitario y social actual, se realizó el proyecto educativo, con el fin de mejorar las habilidades comunicativas básicas necesarias durante la relación médico paciente, el mismo fue aprobado y se encuentra en ejecución.

6. BIBLIOGRAFÍA

Alonso M, et al. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Rev Cubana Educ Med Super.

Bensing JM, Verheul W, Van Dulmen AM. (2008). Patient anxiety in the medical encounter: a study of verbal and nonverbal communication in general practice. Health Educ; 108: 373-83.

Borrell-Carrión F, Suchman AL, Epstein RM. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med; 2: 576-82.

Casasbuenas-Duarte L. (2010). Reflexiones en torno a la enseñanza de la comunicación para la salud. Iatreia; 23: 400-4.

Cleries X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. Educ Med 2010; 13: 25-31.

Coleman T. (2000). Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. Fam Pract; 17: 422-7.

Crossley J, Eiser C, Davies H. (2005). Children and their parentsassessing the doctor-patient interaction: a rating system for doctors' communication skills. Med Educ; 39: 820-8.

Flavia Ana, et al. (2012). Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. Ambiente & Sociedade São Paulo v. XV, n. 2 _ p. 133-150.

Farias R, et al. (2017). O Compromisso Pró-Ecológico nas Palavras de Seus Praticantes. Paidéia, Vol. 27, Suppl. 1, 395-403. doi:10.1590/1982-432727s1201704.

Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. (2019). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. Hacia Promoc. Salud. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.4

Geraldo das Dôres de Armendane. (2018). Por un cuidado respetuoso. Brasilia: Rev. Bioét. vol.26 no.3. Doi: 10.1590/1983-80422018263253.

Guillén O, Más G, Reto B, Torvisco D. (2017). Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de Medicina. Perú. Revista Social Perú Medicina Interna; vol 30 (2).

Habermas J. (2001). Teoría de la acción comunicativa I. 2 ed. Madrid: Taurus.

Laidlaw TS, Kaufman DM, MacLeod H, Van Zanten S, Simpson D, Wrixon W. (2006). Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance. Med Educ; 40: 18-25.

Luna-Solis Y. (2019). Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. Perú: Rev Perú Med Exp Salud Pública.

Manfrini G. (2011). Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 803-11.7. doi:10.17843/rpmesp.2019.361.3921.

Mejías Vizcarro & Beltrán Hernández. (2019). Utilidad de la historia médico-psicológica en estudiantes que inician ciclos clínicos en la carrera de medicina como instrumento para

la comprensión integral del paciente y facilitador de la alianza terapéutica. México DF: Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México.

Moore P, Gómez G. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. Santiago – Chile. Rev Med Chile; 138: 1047-1054

Molinuevo B, et al. (2014). Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. FEM; 17(2):115-122.

Peralta M. (2010). La participación del paciente en la toma de 3decisiones en las consultas de atención primaria. Bucaramanga, Colombia: Universidad Industrial de Santander.

Salazar-Blanco, Luis Casasbuenas-Duarte, Carolina Idárraga-Arenas, Claudia Marcela-Vélez. (2014). 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. www.fundacioneducacionmedica.org FEM; 17 (4): 239-248

Sánchez González Miguel. (2013). Bioética en Ciencias de la Salud. Humanidades en Ciencias de la Salud. Barcelona España, Elsevier Masson. Parte III, Pag: 189-401.

Sierra D, et al. (2016). Bioética y evolución del desarrollo moral en estudiantes de medicina. Análisis de caso en la escuela de medicina de la universidad. Pedagógica y tecnológica de colombia. Colombia: Pontificia universidad javeriana instituto de bioética bogotá, d.c.

Siurana C, et al. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Verintas.

Tates K, Meeuwesen L. (1982). Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Social Sci Med; 52: 839-51.

Tates K, Meeuwesen L. (2000). 'Let mum have her say': turntaking in doctor-parent-child communication. Patient Educ Couns; 40: 151-62.

Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. (2002). Doctor-parent-child elationships: a 'pas de trois'. Patient Educ Couns; 48: 5-14.

Terezinha, M. (2011). Cuidado ecológico como um fenômeno amplo e complexo.Brasilia: Rev Bras Enferm.

Tizón-García JL. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. Atención Primaria; 39: 93-7.

Tizón JL. (2007). El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica [author reply]. Aten Primaria; 39: 1-3.

Vélez CM, Lugo LH, García HI. (2012). Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida Kidscreen-27 versión padres, en Medellín, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr; 41: 588-605.

Vélez Segovia, et al. (2013). Concordancia entre las habilidades, conocimientos y labores de médicos peruanos recién egresados con respecto a su propia percepción de las características de un buen médico. Perú: Rev. Méd. Risaral.

Wright KB, Bylund C, Ware J, Parker P, Query JL, Baile W. (2006). Medical student attitudes toward communication skills training and knowledge of appropriate provider-patient

communication: a comparison of first-year and fourth-year medical students. Med Educ; 11: 1-10.

7. ANEXOS

7.1 Anexo Nro. 1

Consentimiento Informado

Universidad del Azuay

Maestría de Bioética

Consentimiento Informado

Sandra Katerine Mejía Michay, estudiante de la Maestría de Bioética de la Universidad del Azuay, me encuentro investigando sobre la comunicación médico-paciente en la formación bioética de estudiantes de medicina. Informaré e invitaré a participar de esta investigación, considerando que no tiene ningún riesgo hacerlo. Para participar es necesario que sea autorizado. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me avisa para darme tiempo a explicarle.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Tanto si elige participar o no, continuarán normalmente y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y decidir que abandonará la investigación, aun cuando haya aceptado antes.

Se necesita valorar y determinar las capacidades, competencias, habilidades, destrezas, métodos y procedimientos comunicacionales, por el cual el estudiante de medicina se relaciona con un paciente.

Se considera importante que debe saber que no se compartirá la identidad de aquellos que participen en este proyecto y que la información que se recoja en el transcurso de la investigación se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarme por medio del teléfono celular 0995703694, o al correo electrónico smejiambe@es.uazuay.edu.ec

He sido invitado a participar en la investigación “La comunicación médico-paciente en la formación bioética de estudiantes de medicina.” Sé que no se me recompensará

económicamente. Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, número telefónico y su correo electrónico.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente que participaré en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cédula del participante_____

Firma del participante_____

Fecha _____

7.2 Anexo Nro. 2

Escala CICAA

Universidad del Azuay

Maestría de Bioética

Escala CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar).

Datos Globales:

Estudiante (Cédula): Docente:

Tiempo total de Consulta (s y min):	
Género del discente: M F	**Tipo: Med Resi Enfer Est**
Motivo de consulta:	
Especialidad:	**Proceso: Agudo Crónico**
Paciente: M F / Re. Es.	**Acompaña: Si No Visita: Inicial Revisión**

Tarea 1. CONECTAR	Np	0	1	2
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				

Tarea 2 y 3. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	Np	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				

12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				

Tarea 3 y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	Np	0	1	2
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?				
28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

7.3 Anexo Nro. 3

Aprobación de Proyecto educativo por el Consejo Consultivo de la Carrera de Medicina de UNL.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA — CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 802-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 5 de agosto de 2020

Señora
Sandra Mejia Michay, Md.Mgs.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito hacer conocer usted que el Consejo Consultivo de la Carrera de Medicina Humana, en sesión virtual extraordinaria del 5 de agosto de 2020, conoció la comunicación de 31 de julio de 2020 suscrita por la Md.Mg. Sandra Mejia Michay, Docente de la Carrera de Medicina, que en su parte pertinente señala: "*...me encuentro cursando la Maestría de Bioética en la Universidad del Azuay, y, para finalizar mi trabajo de titulación: COMUNICACIÓN MEDICO-PACIENTE EN LA FORMACION BIOETICA DE ESTUDIANTES DE SEXTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AÑO 2019 – 2020, me he planteado un proyecto educativo como parte de los objetivos titulado: Proyecto educativo para el desarrollo y mejoramiento de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitarle se dé su aprobación para iniciar su ejecución, dicho proyecto servirá para fortalecer los conocimientos de los internos rotativos en el componente Bioético reflejado en el Examen de Habilitación para el Ejercicio Profesional...*", luego del análisis respectivo y considerando que este proyecto es de gran apoyo para el fortalecimiento de los conocimientos de estudiantes de nuestra carrera, RESOLVIO: acoger favorablemente el pedido de la Md.Mg. Sandra Mejia Michay, y hacer conocer a su autoridad para que se digne autorizar la ejecución del mismo.

Con mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera Parra
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

TCP/G.Rey.
c.c.: Archivo
Md. Mg. Sandra Mejia Michay

7.4 Anexo Nro. 4

Aprobación de Proyecto educativo por el Decanato de la Facultad de la Salud de la UNL.

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Of. No. 2020-0340-DFSH-UNL
Loja, 07 de agosto de 2020

Doctora
Tania Cabrera Parra
GESTORA ACADEMICA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
Ciudad.-

De mi consideración:

En atención a Of. No. 802-D-CMH-FSH-UNL, en mi calidad de Autoridad Académica de esta Facultad, con base la resolución adoptada por el Consejo Consultivo de la Carrera de Medicina de 5 de Agosto de 2020; y con la finalidad de fortalecer los conocimientos científicos en habilidades comunicacionales en salud de los estudiantes de sexto año de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, bajo la modalidad de conferencias magistrales, acojo y apruebo la ejecución del Proyecto denominado "**COMUNICACIÓN MEDICO-PACIENTE EN LA FORMACION BIOETICA DE ESTUDIANTES DE SEXTO AÑO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AÑO 2019 – 2020**", de autoría de la Med. Sandra Mejía Michay, previo a la titulación de Maestría de Bioética – Universidad del Azuay.

Aprovecho la oportunidad para reiterar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.

SANTOS AMABLE BERMEO FLORES

Dr. Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA – UNL

cc. Med. Sandra Mejía Michay, Mg. Sc.
Archivo