

La relación médico-paciente en el grado de medicina. Una necesidad formativa vista por los protagonistas

Marta Elorduy Hernández-Vaquero

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA

**La relación médico-paciente en el grado en medicina. Una necesidad
formativa vista por los protagonistas**

Marta Elorduy Hernández-Vaquero

Director: **Ramon Pujol Farriols**

Codirector: **Joan Bosch Sabater**



Sant Cugat del Vallès, Marzo 2017

Agradezco a todos los que de algún modo me han acompañado durante la realización de este trabajo. Muy especialmente a M^a Dolores Navarro en los inicios, a Joan Bosch y Nerea Amorós por su colaboración inestimable, a Ramon Pujol por su orientación y consejos, a Albert, Montse, Verónica, Almudena, María, Anna, Lluís, Joan A, Mieria, Jordi A, Judith, Jordi F y todos mis hermanos, por su colaboración, cada uno en su momento.

También a quienes han participado como pacientes, familiares o cuidadores: Javi, Chalo, Ana, Isabel, Javier, Carola, María, Conchi, Iñaki, Carme, M^a Josefa, Blanca, Susana, Manolo, Anna, Palmira, Raquel, Silvia, Marta, Olga, Fina, Joan Lluís, Marina, Dani, M. Rosa, Sonia, Juani y Núria.

Y, se la dedico a los pacientes que se beneficiarán de que la formación de los médicos del futuro esté más centrada en la persona.

Aumentar un año más la vida de los ciudadanos de los países occidentales no es el principal problema de los sistemas sanitarios. Afortunadamente, la expectativa de vida de nuestros conciudadanos supera los 80 años. Y debo añadir que a ello contribuye poco la medicina curativa. Sin embargo, vaya donde vaya, hable con quien hable, siempre escucho lo mismo: "El problema es la comunicación". Da igual que sean pacientes o profesionales, sanitarios o gestores. Siempre es lo mismo. Porque la comunicación es el acto primario de la asistencia sanitaria. La relación entre los profesionales sanitarios y el paciente, su diagnóstico, el pronóstico e incluso el tratamiento descansan sobre la comunicación. Incluso el soporte en la recuperación tiene el mismo fundamento.

Crear un mejor futuro es un reto del presente"

blog de Julio Mayol - Diario Médico 2011

Ante la pregunta "¿Qué hace a un médico ser buen médico?" realizada a 102 personas de 24 países de todo el mundo, se comprobó que casi todos los encuestados tenían algo diferente que decir, lo que indica, como dijo uno de los entrevistados, que "un buen médico será diferente cosas para diferentes personas en diferentes momentos".(107)

Del artículo de Alison Tonks

Monográfico de comunicación en el BMJ en 2002

ÁMBITO DE ESTUDIO:

Educativo competencial. Investigación orientada al paciente.

PALABRAS CLAVE:

Se han utilizado las siguientes palabras clave para hacer las búsquedas bibliográficas en las diversas fuentes de información.

- Comunicación/relación médico-paciente.
Doctor-patient relationship / Physician-patient relationship.
- Atención centrada en el paciente.
Patient centered care.
- Percepción del paciente sobre la atención médica.
Patient perception of medical care.
- Competencias comunicativas de profesionales de la salud.
Communication skills for health professionals.
- Formación basada en competencias.
Competence-based training.

ABREVIATURAS:

AACH	American Academy for Communication in healthcare
AAMC	Association of American Medical Colleges
AECS	Asociación Española de Comunicación Sanitaria
AMEE	International Association for Medical Education in Europe
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación
AQU	Agència de Qualitat Universitària
ASME	Association of Medical Education
CEEM	Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina
CMP	Comunicación medico paciente
COMECE	Comisión de Medicina para la Convergencia Europea
DAC	Dirección de Atención al Ciudadano
EACH	European Association for Communication in Healthcare
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
GCYS	Grupo de Comunicación y Salud
IIME	Institute of International Medical Education
LAPS-CCC	Consenso latinoamericano, portugués y español sobre el núcleo curricular de comunicación en el Grado en Medicina
SEDEM	Sociedad Española de Educación Médica
SEMFCY	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
UAU	Unidad de Atención al Usuario
WFME	World Federation of Medical Education

ÍNDICE:

1) INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	1
1.1. Marco conceptual de la CMP	2
1.2. Evolución histórica de la CMP	5
1.3. Aspectos destacables de la CMP identificados en la literatura. “Variables de la literatura”	9
1.4. Orientaciones para una buena formación en CMP	11
1.5. La formación en CMP en las facultades de medicina en España	18
2) HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	21
2.1. Hipótesis	21
2.2. Objetivo principal	21
2.3. Objetivos específicos (1-4)	21
3) METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:	22
3.1. CONSULTA A LOS PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES. (Obj. 1 y 2)	23
3.1.1. Elección de la metodología y método de estudio	23
3.1.2. Método cualitativo de análisis de la información	26
3.1.2.1. Técnica de recogida de información y generación de datos	26
3.1.2.1.1. Concreción del objetivo	27
3.1.2.1.2. Preparación del guion de las entrevistas	27
3.1.2.1.3. Características y Representatividad de la muestra	28
3.1.2.1.4. Reclutamiento de participantes	29
3.1.2.1.5. Lugar de encuentro de los grupos focales	30
3.1.2.1.6. Desarrollo de los grupos focales	31
3.1.2.1.7. Recogida de la información	32
3.1.2.2. Etapa de categorización y conceptualización	33
3.1.2.3. Etapa de estructuración y agrupación	35
3.1.2.4. Etapa de contraste y triangulación	36
3.1.2.5. Etapa de teorización	37
3.1.3. Consideraciones éticas de la consulta a los pacientes	37
3.2. CONSULTA A ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS (Obj. 3 y 4)	39
3.2.1. Elección del método e instrumento para la consulta	39
3.2.1.1. Elaboración del cuestionario	40

3.2.1.2.	Preparación de la base de datos y envío del cuestionario	41
3.2.1.3.	Población de estudio	42
3.2.1.4.	Criterios de inclusión y exclusión de la muestra	42
3.2.1.5.	Cálculo de la muestra	43
3.2.2.	Consideraciones éticas de la consulta cuantitativa	44
3.2.3.	Recogida de datos	44
4)	RESULTADOS:	45
4.1.	RESULTADOS DE LA CONSULTA A LOS PACIENTES	45
4.1.1.	Características de la muestra	45
4.1.2.	Resultados de la categorización y conceptualización	47
4.1.3.	Resultados de la estructuración y agrupación de datos	52
4.1.3.1.	Primera agrupación	52
4.1.3.2.	Segunda agrupación	54
4.1.3.3.	Tercera agrupación	55
4.1.4.	Resultados del contraste y la triangulación	57
4.1.5.	Resultados de la etapa de teorización	60
4.2.	RESULTADOS DE LA CONSULTA A LOS ESTUDIANTES	62
4.2.1.	Características de la muestra	62
4.2.2.	Validez y fiabilidad del cuestionario	64
4.2.3.	Importancia que dan los estudiantes a recibir formación en comunicación	73
4.2.4.	Nivel de formación en comunicación recibida por los estudiantes	76
4.2.5.	Prioridad que dan los estudiantes a las “variables de la literatura”	79
4.2.6.	Métodos formativos útiles según los estudiantes	87
5)	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	91
6)	DISCUSIÓN	92
6.1.	¿Qué debe ser enseñado? Obj. específico 1	95
6.1.1.	Desde el punto de vista de los pacientes	95
6.1.2.	Desde el punto de vista de los estudiantes	97
6.2.	Priorización de lo que debe ser enseñado Obj. específico 2	100
6.3.	¿Cuándo debe ser enseñado? Obj. específico 3	103
6.4.	¿Cómo debe ser enseñado? Obj. específico 4	104
7)	LÍNEAS DE CONTINUIDAD	108
8)	CONCLUSIONES	110
9)	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

INDICE DE TABLAS:

Tabla 1	Los 12 autores de referencia y los trabajos de los que se extraen las "variables de la literatura	8
Tabla 2	Los 23 características de la comunicación del médico en el encuentro clínico, valoradas positivamente por los pacientes.	9
Tabla 3	Los 15 características de la comunicación del médico en el encuentro clínico, valoradas negativamente por los pacientes.	10
Tabla 4	Resumen de la muestra de la consulta a los pacientes	45
Tabla 5	Categorización de la información recogida en las entrevistas y grupos focales	47
Tabla 6	Tabla de triangulación pacientes/literatura características positivas	57
Tabla 7	Tabla de triangulación pacientes/literatura características negativas	57
Tabla 8	Decálogo del médico buen comunicador	61
Tabla 9	Distribución de la muestra por universidades	63
Tabla 10	Distribución de la muestra por cursos	63
Tabla 11	Tabla de distribución de la muestra por	64
Tabla 12	Estudio de fiabilidad y validez de la subescala "sensibilidad"	65
Tabla 13	Análisis factorial de la sensibilidad de los estudiantes a la formación en comunicación.	65
Tabla 14	Estudio de fiabilidad y validez de la subescala "variables de la literatura"	66
Tabla 15	Análisis factorial de la ponderación de las variables de la literatura.	69
Tabla 16	Estudio de fiabilidad y validez de la subescala "métodos formativos"	70
Tabla 17	Análisis factorial del interés por los métodos formativos en comunicación	72
Tabla 18	Diferencia de sensibilidad a la formación en comunicación, por género.	73
Tabla 19	Nivel de importancia que dan los estudiantes a las diversas habilidades comunicativas por género	75
Tabla 20	Nivel de importancia a la formación en comunicación por cursos.	76
Tabla 21	Nivel de formación recibida en relación a las características comunicativas consultadas diferenciado por género	78
Tabla 22	Nivel de acuerdo de los estudiantes, globalmente, con los enunciados de las variables de la literatura	79

Tabla 23	Nivel de acuerdo con las variables de la literatura diferenciada por género	82
Tabla 24	Comparativa de la importancia que dan pacientes y estudiantes a las variables de la literatura.	86
Tabla 25	Variación del nivel de acuerdo con las apreciaciones diferenciado por curso	87
Tabla 26	Utilidad de las actividades formativas para mejorar la comunicación, según los estudiantes de medicina	87
Tabla 27	Utilidad de las actividades formativas para desarrollar las capacidades comunicativas, según los estudiantes de medicina, diferenciada por género.	89
Tabla 28	Variación en el orden de preferencia de actividades formativas por género	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Esquema del teórico de la CMP. Adaptado de Ong et al, 1995	3
Figura 2	Evolución histórica de la CMP.	7
Figura 3	Referentes del libro blanco. Parte del círculo de influencia en la formación en comunicación en el grado en medicina español.	19
Figura 4	Expertos en comunicación y en educación médica, parte del círculo de influencia de la formación en el grado en medicina español.	20
Figura 5	Esquema de los objetivos de estudio.	21
Figura 6	Círculo completo de los referentes que influyen en la formación en CMP.	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Crecimiento de los artículos relacionados con la comunicación y la percepción de los pacientes	6
Gráfico 2	Atributos <i>positivos</i> según la valoración de los pacientes	49
Gráfico 3	Atributos <i>negativos</i> según la valoración de los pacientes	51
Gráfico 4	Agrupación de los atributos positivos según características comunicativas de B. Burford	53
Gráfico 5	Agrupación de los atributos negativos según las características comunicativas de B. Burford	53
Gráfico 6	Agrupación de los atributos positivos según las dimensiones comunicativas del encuentro clínico	54
Gráfico 7	Agrupación de los atributos negativos según las dimensiones comunicativas del encuentro clínico	55

Gráfico 8	Agrupación de los atributos positivos según la variables de Ong.	56
Gráfico 9	Agrupación de los atributos negativos según la variables de Ong.	56
Gráfico 10	Gráfico de codo del apartado de sensibilidad ante la formación en comunicación	66
Gráfico 11	Gráfico de codo del apartado de ponderación de las variables de la literatura	68
Gráfico 12	Gráfico de codo del apartado de interés de los diversos métodos formativos	71

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1	Diagrama de caja que recoge la sensibilidad respecto a la formación en comunicación, por género	73
Diagrama 2	Diagrama de la sensibilidad por cursos respecto a la formación en comunicación.	76

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Selección de las competencias del grado en medicina relacionadas con la comunicación	a
Anexo 2	Guion para las entrevistas y grupos focales	c
Anexo 3	Carta de invitación a participar en una entrevista para un estudio de la mejora de la relación médico-paciente	d
Anexo 4	Consentimiento informado para los participantes en entrevistas a grupos focales	e
Anexo 5	Detalle de los invitados, participantes y representatividad de los grupos focales realizados	h
Anexo 6	Enunciados positivos recogidos de las entrevistas y grupos focales	i
Anexo 7	Enunciados negativos recogidos en las entrevistas y grupos focales	l
Anexo 8	Otros aspectos no específicamente comunicativos identificados en las entrevistas a los pacientes	n
Anexo 9	Introducción del correo enviado a los estudiantes de medicina con el cuestionario	p
Anexo 10	Información entregada a los estudiantes para que respondan al cuestionario sobre relación médico-paciente	q
Anexo 11	Cuestionario a los estudiantes de las facultades de medicina y ciencias de la salud españolas	r
Anexo 12	Competencias, objetivos educativos y resultados de aprendizaje seleccionados para responder a las expectativas comunicativas de los pacientes.	w

1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN y ANTECEDENTES

En la 18ª edición de Harrison, libro central e indispensable en el estudio de la medicina se hace una reflexión que orienta la formación de los médicos del futuro:

“El ejercicio de la medicina ha cambiado de manera significativa... con una proliferación de los conocimientos científicos de forma incesante y acelerada.

El uso generalizado de expedientes médicos electrónicos y de Internet ha modificado la manera en que los médicos practican la medicina, así como la forma en que obtienen e intercambian información. Es muy importante que el médico actual, al tiempo que busca integrar en su práctica diaria los volúmenes impresionantes de conocimientos científicos, no pierda de vista que la finalidad primordial de la medicina radica en dos factores: el primero, prevenir la enfermedad y tratar a las personas enfermas; y el segundo, el fundamento de la atención clínica óptima consiste en cultivar la relación cercana entre el médico y el enfermo.”

Introducción al libro “Harrison – Principios de Medicina Interna 18ª edición” (63).

Con estas frases, Harrison nos expresa dos claves de la formación médica: adquirir conocimientos científicos y cultivar la relación entre médico y paciente. La segunda considerada, cada vez más, como una competencia* fundamental de cualquier profesional de la salud (41).

A pesar de que “comunicación” y “relación” no son sinónimos, a lo largo de este estudio ambos aspectos se van a incluir en el concepto de: “comunicación médico-paciente” (CMP). Siendo CMP todo tipo de relación y comunicación interpersonal (verbal, no verbal, escrita, etc.) que se establece en los encuentros clínicos (9). Por “encuentro clínico” se entienden los momentos en que el paciente está un tiempo, en un espacio concreto, junto al profesional por un problema de salud, esperando obtener información, pedir consejo, o recibir una recomendación terapéutica, pudiéndose producir en un contexto educativo, preventivo o de atención y en una situación urgente o programada.

La CMP condiciona la atención médica sobremanera, por lo que, mejorar la formación en dicha competencia favorecerá la satisfacción de los pacientes y los resultados en salud (94,105).

* **Competencia:** Se describe con detalle en el apartado 1.4. Se refiere al conjunto de conocimientos, destrezas, actitudes, aptitudes y valores necesarios para ejercer una profesión.

Según las investigaciones de Bryan Burford, tanto médicos como pacientes consideran un encuentro clínico adecuado, aquel que combina tres aspectos: "conocimientos", "confianza" y "afectividad" (16). Por ello, es crítico que la formación en la universidad enseñe conocimientos médicos suficientes y actualizados, así como habilidades**, actitudes y valores que permitan al estudiante tener seguridad en sí mismo y establecer relaciones satisfactorias con los pacientes.

Por lo tanto, para conseguir un encuentro clínico adecuado primero debemos saber cuáles son, para pacientes y médicos, los aspectos más relevantes de esta relación. Y segundo, debemos saber cómo educarlos. Por lo tanto, necesitamos conocer qué aspectos deben ser priorizados en la enseñanza en comunicación en los estudios del grado en medicina, cómo estos deben ser enseñados y cuándo es más adecuada su incorporación.

1.1. Marco conceptual de la comunicación médico-paciente (CMP):

Los avances científicos y tecnológicos constantes afectan a la medicina y al cuidado de la salud, produciendo cambios en los roles de los pacientes, los profesionales e incluso de las instituciones. Se van dejando atrás modelos de CMP paternalistas, orientándose hacia un modelo más participativo y colaborativo entre los tres estamentos que la co-gestionan: profesionales, pacientes y gestores/financiadores.

La relación que se establece entre médicos, pacientes, familiares y cuidadores está influenciada por progresos en los conocimientos médicos, cambios tecnológicos de la ciencia y la comunicación y, la creación de distintas vías de acceso a la información de ambos, profesionales y pacientes. Y, más recientemente, por la posibilidad de mantener contactos efectivos no presenciales. Todos estos cambios obligan a revisar los tipos de relación profesional, con los pacientes y entre los propios profesionales.

El marco teórico de la CMP, que propusieron Ong y su equipo en 1995 (75) se mantiene vigente en la actualidad avalado por diversos autores (22,96,112).

Ong presenta el marco de la comunicación diferenciando tres apartados: el de las variables previas a la comunicación, el de las variables que se refieren al contexto del acto comunicativo y el de las variables de los resultados después de la comunicación. (Figura 1)

** **Habilidad en contexto educativo:** Se describe con detalle en el apartado 1.4. Se refiere a tener maña, talento, pericia o aptitud para desarrollar una tarea.

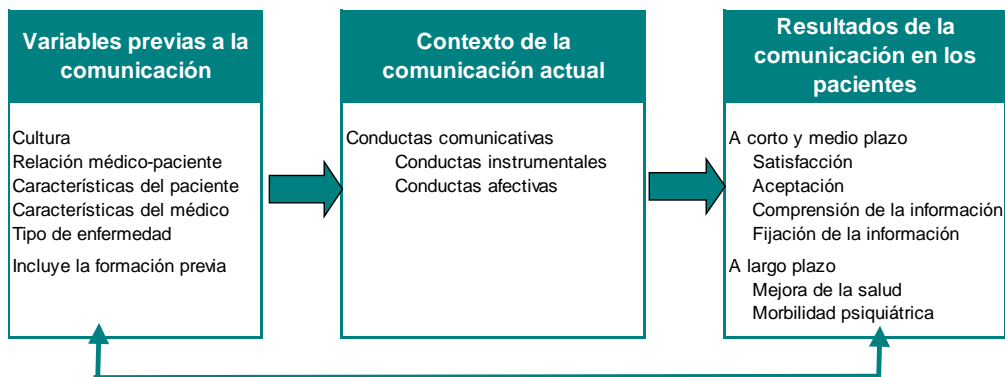


Figura 1 – Esquema del teórico de la CMP. Adaptado de Ong et al, 1995

Las variables identificadas en este marco teórico orientan hacia la forma y momentos más adecuados para incorporarlas a la formación del grado. Por ejemplo: en cuanto a las variables *previas* convendrá trabajarlas antes de que los estudiantes inicien los encuentros clínicos, es decir, en los cursos preclínicos, lo que supone fomentar el desarrollo de habilidades y aptitudes de tipo personal del estudiante como el control emocional, la concentración, la capacidad de comprensión e interpretación, etc. (1,104).

Las del *contexto* deben desplegarse principalmente cuando el estudiante entra en contacto con los pacientes en los encuentros clínicos. Por lo tanto, se deben enseñar en un contexto práctico ya sea simulado o real. Estas dan valor al acto comunicativo en sí y requieren del desarrollo de características de tipo afectivo o instrumental de la comunicación como son la empatía, la asertividad, la comunicación verbal y no verbal, la capacidad de análisis y de síntesis de la información, ... En este sentido, el consenso de Kalamazoo I firmado en 1999 (64), identifica 7 estadios relacionados directamente con el contexto: 1) el encuentro en sí; 2) la apertura a la discusión; 3) la recogida de información; 4) la visión de la perspectiva del paciente; 5) el intercambio de información; 6) el acuerdo en los problemas y plan de acción, y finalmente, 7) la conclusión del encuentro. Por lo tanto, una vez identificados, se deberá formar a los futuros médicos en las variables propias de cada uno de estos estadios para conseguir una comunicación de calidad.

Las variables del apartado de *resultados*, engloban la percepción, la comprensión y la fijación de la información, todos estos, aspectos cruciales para obtener buenos resultados en salud y en la satisfacción de los pacientes.

Justamente esta percepción de los pacientes es la base del estudio actual: Conocer lo que consideran importante los pacientes, en el contexto y cultura de nuestro país, para después priorizarlo en la formación de los estudiantes de medicina. Por lo tanto, en la primera parte de este estudio, se interroga a los pacientes para identificar qué características, según ellos, permiten establecer

una relación de confianza y contribuyen a su percepción positiva del encuentro clínico. De la narrativa de los pacientes y mediante el análisis de la información, se llegarán a concretar características o atributos* comunicativos manejables que sintetizan las expectativas de los pacientes respecto a la comunicación que esperan en los encuentros clínicos. De esta manera se recoge, por primera vez en España, la visión del paciente, y a partir de esta se propone lo que debe ser priorizado en la formación de los médicos.

Es indiscutible que los pacientes y sus familiares valoran la buena comunicación con el médico que les atiende y esperan que además de ser experto técnicamente, sea capaz de mostrar compasión por medio de sus acciones, gestos y palabras, especialmente cuando se trata de pacientes gravemente enfermos o dependientes(74). Por eso, es necesario que los estudiantes de medicina egresen con una buena base en formación comunicativa. La revisión de las variables contenidas en el marco teórico de Ong, muestra que es posible formar a los estudiantes en casi todas ellas. De lo que trata este estudio es de, teniendo en cuenta la visión de los pacientes, identificar las características que permiten establecer una comunicación de calidad, real y percibida.

Estas variables se pueden abordar formando a los estudiantes en habilidades comunicativas y de relación(11,105) que les permita establecer una comunicación efectiva**, basada en relaciones de confianza con los pacientes y familiares favoreciendo aspectos tan relevantes como: (i) la satisfacción de los pacientes, (ii) el posterior comportamiento, actitudes y bienestar del paciente y familiares, (iii) el seguimiento y adherencia a los tratamientos propuestos, (iv) el afrontamiento a la enfermedad, (v) la mejora de la calidad de vida o del estado de salud, (8,24,35,54,56,75,114), teniendo en cuenta la afectividad, la cual variará según el tipo de encuentros.

Según Burford(16), hay dos tipos de relaciones en los encuentros médicos que requieren diferentes niveles de confianza: Por un lado están las “consultas transaccionales” en encuentros básicamente técnicos, concretos y puntuales. Por otro, las “consultas relacionales” que requieren una relación de mayor confianza. Esto es importante pues en cada caso se debe establecer un estilo diferente de comunicación de acuerdo al contenido y tipo de consulta.

La consulta transaccional se establece en un contacto ambulatorio puntual o una visita urgente. En ella, las habilidades de tipo técnico, como son los conocimientos, la resolución del problema y la toma de decisiones ágil y

* **Atributo:** Cualidad o propiedad de algo. En el estudio hace referencia a rasgo comunicativo específico. Cada atributo tiene una definición concreta y específica que se expone en el apartado de “Resultados”.

** **Comunicación efectiva:** es aquella que mediante la forma y habilidad de comunicar, logra el propósito de lo que se quiere transmitir o recibir.

apropiada, están en primer lugar y las habilidades comunicativas, sin dejar de tener importancia, pasan a un segundo plano.

En cambio, la consulta relacional se establece cuando la atención es más continuada, como es el caso de visitas de seguimiento o ingresos hospitalarios. En este caso las habilidades comunicativas son clave y es imprescindible saber establecer una relación, adaptada a las necesidades y características particulares del paciente

La comunicación efectiva y adaptada a las necesidades de cada paciente, requiere de formación, hábito y destreza, no es algo innato ni se basa simplemente en la amabilidad. Es imprescindible planificar su inclusión de forma específica en el currículo del Grado en medicina (8,11,120) y actualizarla a lo largo de la vida laboral de todos los profesionales de la salud.

Por tanto, la formación en comunicación deberá, no sólo cubrir aspectos de tipo técnico, sino formar en actitudes del estudiante, desarrollar su capacidad de adaptación y, sensibilidad por las necesidades psicológicas y sociales del paciente y, dotarle de los recursos que le permitan ver, escuchar, sentir, hablar, transmitir y acompañar a los pacientes.

1.2. Evolución histórica de "CMP".

La CMP ha evolucionado en el mundo occidental, de forma evidente, en las últimas décadas. A principios de los años 60 se empezó a cuestionar el tipo de relación entre médicos y pacientes, basada, hasta el momento, en actitudes autoritarias o paternalistas, con una participación mínima del paciente y de su entorno en las decisiones y centrada, principalmente, en resolver el motivo de consulta. A partir de ese cuestionamiento se revisa el rol que hasta ese momento asumían ambos protagonistas, iniciándose investigaciones de mayor profundidad.

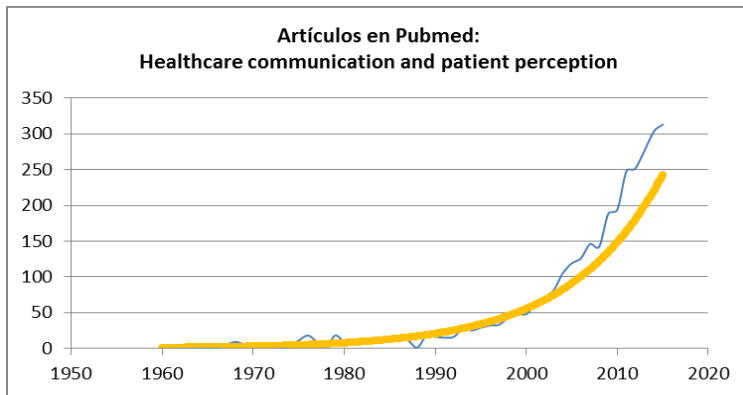
En los años 80 se tiende hacia un cambio del modelo en la atención, identificando un nuevo rol del paciente, que empieza a participar en algunas decisiones como, por ejemplo, en la elección del tratamiento. A nivel científico, se evidencia un incremento en el número de estudios empíricos relacionados con la CMP, como se recoge en la revisión bibliográfica de Roter y sus colaboradores(87,88).

Durante los años 90 y principios de este siglo, coincidiendo con el cambio de modelo educativo orientado a formar en competencias y habilidades, se produce también un cambio en las estrategias de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de las competencias comunicativas de los profesionales de la salud y se orienta hacia una relación médico-paciente más colaborativa. Desde 1995 el

interés científico por la CMP crece todavía más como se evidencia en diversas revisiones sistemáticas de la literatura(4,11,22,75).

En los últimos 15 años se ha incrementado notablemente la producción científica en relación a la CMP. En una búsqueda general de citas en la base de datos de Pubmed con las palabras clave: "Communication in healthcare" and "patient perception", no se encuentra ninguna cita antes del año 1960, se observa el incremento en los años 80 y 90 y a partir del año 2000 a la actualidad se encuentran publicados 2.804 estudios, evidenciando el creciente interés de la comunidad científica y educativa en cuanto a la CMP (Gráfico 1)

Gráfico 1 -Crecimiento de los artículos relacionados con la comunicación y la percepción de los pacientes



Esta evolución lleva a una CMP actual, más centrada en las necesidades del paciente y a la incorporación explícita de la formación en comunicación en el grado en medicina(58). La investigación en CMP hasta hoy, ha permitido establecer diversos avances como: la definición del marco conceptual de la CMP (75), la definición de directrices para incorporar la formación en comunicación en el grado en medicina (58) o identificar métodos de formación en comunicación que han demostrado ser eficaces (7,11,25,30,89,118).

También se ha desarrollado la denominada "investigación orientada al paciente" (91), basada en la identificación de actuaciones adecuadas para cada paciente en particular, teniendo en cuenta la heterogeneidad y la diferencia de valor de las observaciones y las situaciones excepcionales.

La medicina en general se va orientando hacia la denominada: "atención centrada en el paciente" (39,85,103), facilitando el cambio de paradigma en la CMP. En este tipo de medicina, se considera al paciente de una forma integral, dentro de su contexto familiar, laboral y social. Se le escucha, informa y respeta. El médico busca el diálogo y el entendimiento, compartiendo el control y la responsabilidad en el proceso de atención, y ambos establecen un vínculo,

desarrollando una adecuada CMP, que permite, de forma real y efectiva, obtener mejoras evidentes en los resultados de salud. (103)

El paciente tiene acceso a más información y formación en salud. Todo ello ha supuesto un claro acercamiento de visiones, a nivel teórico, intelectual y social, como se expresa gráficamente en la Figura 2.

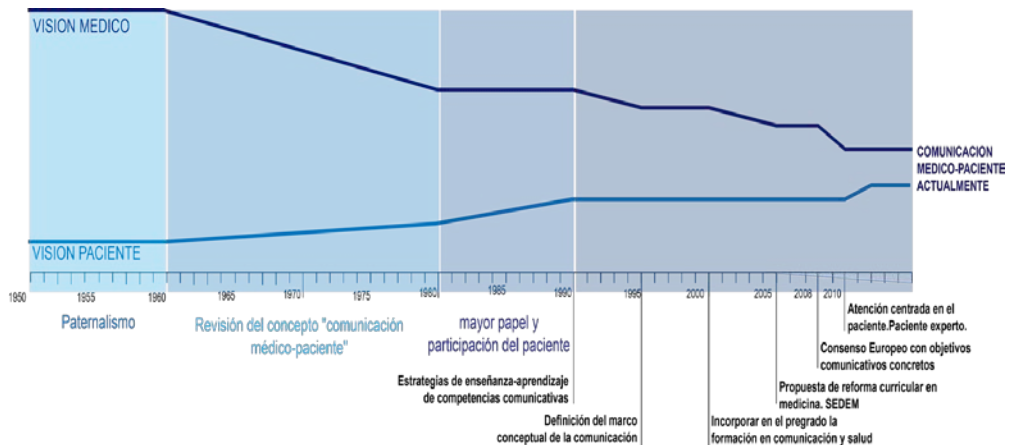


Figura 2 - Evolución histórica de la CMP.

Cuadro de elaboración propia

No obstante, este acercamiento entre médico y paciente no siempre es percibido de forma tan evidente por los protagonistas cuando se les consulta a ambos.

La medicina se va especializando y tecnificando cada vez más. El paciente tiene una participación más activa en su cuidado y mayor acceso a diversas fuentes de información, lo que no siempre significa que está bien informado. Esto lleva a un cambio en el tipo de relación y de expectativas por parte del paciente y por tanto, requiere un cambio en la formación del médico para adaptarse a él. Algo que se evidencia al revisar la literatura es que no existe un tipo de CMP perfecta sino que las habilidades comunicativas desarrolladas por el profesional deben permitirle conocerse bien a sí mismo y tener capacidad para adaptarse al tipo y situación del paciente.

Los artículos y otra documentación gris* revisados, versan no sólo sobre la CMP, sino también la comunicación interprofesional y multidisciplinar como aspecto que influye en la comunicación con el paciente(19). La escucha activa y la atención plena de los profesionales se presenta como base para la mejora de la

* **Documentación gris:** conjunto de documentos, de muy diversa tipología, que no son editados o que se publican pero distribuyen a través de canales poco convencionales (tesis doctorales, actas de congresos, informes de investigación, memorias, proyectos, patentes, normas, traducciones científicas, etc.)

comunicación(38,39,48) y, la consideración de la participación activa del paciente en la evaluación de las competencias comunicativas de los estudiantes(24,26,28,37,99-102,108). Con todo, se hace evidente la necesidad de incorporar la formación en habilidades comunicativas en los grados de salud(97,105,108).Pero en la revisión se encuentran pocos estudios que recojan la visión de los estudiantes de medicina ante la CMP (54,73) y, menos los que recogen de forma directa la voz y perspectiva del paciente para tenerlo en cuenta en el contexto clínico. (86)

Concretamente se han localizado 14 trabajos (de 12 autores) que estudian de forma específica las valoraciones de los pacientes respecto de la CMP y ninguno de ellos de autores españoles. De estos se extraen las que van a denominarse a lo largo del trabajo: "variables de la literatura" (8,13,16-18,20,28,29,41,49,60,105,110,111) (Tabla 1)

Tabla 1 - Los 12 autores de referencia y los trabajos de los que se extraen las "variables de la literatura"

1. Bendapudi, Nelly M. (2006) Patients' perspectives on ideal physician behaviors.
2. Brown, Ronda F (2002) <i>Responding to the active and passive patient: flexibility is the key.</i>
3. Burford, Bryan, (2011). <i>Does questionnaire-based patient feedback reflect the important qualities of clinical consultations? Context, benefits and risks.</i>
4. Burke, Sarah E (2007 y 2008). "The experiences and preferences of people receiving genetic information from healthcare professionals". "The doctor-patient relationship: an exploration of trainee doctors' views"
5. Campbell, Michele. (2009). <i>Relationship based care is here!</i>
6. Coulter, Angela, (2006). <i>Can patients assess the quality of health care?: Patients' surveys should ask about real experiences of medical care.</i>
7. Cox, Kate, (2007). <i>Patients' involvement in decisions about medicines: GPs' perceptions of their preferences.</i>
8. Essers, Geurt, (2011). <i>Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice.</i>
9. Frostholm, Lisbeth, (2005). <i>The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills.</i>
10. Kenny, David. A (2010). <i>Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication.</i>
11. Teutsch, Carol (2003). <i>Patient-doctor communication.</i>
12. Towle, Angela. (1999 y 2006). "Framework for teaching and learning informed shared decisions making" "Where's the patient's voice in health professional education?"

1.3. Aspectos destacables de “CMP” identificados en la literatura. “Variables de la literatura”

Del análisis en profundidad de estos 14 trabajos, se extraen 50 aspectos comunicativos diferentes que se concretan en 38 enunciados* que a partir de este momento, se denominan en el contexto de este trabajo: variables de la literatura. Se diferencian: 23 variables que se corresponden con valoraciones positivas (Tabla 2), y 15 con valoraciones negativas (Tabla 3). En las tablas se han ordenan en función del número de autores que lo mencionan.

Tabla 2- Los 23 características de la comunicación del médico en el encuentro clínico, valoradas positivamente por los pacientes.

Inspirar confianza y seguridad, llevando el control de la situación. Mostrar seguridad en que domina lo que hace. (8,16-18,28,105)
Ser su soporte y guía en el proceso de su problema de salud y orientar a fuentes de información fiables y seguras cuando el paciente necesita mayor información de la que dispone o conoce el médico. (8,17,20,105,110)
Hablar de forma directa y clara. (8,17,18,49,110)
Asegurar la comprensión por parte del paciente del mensaje emitido, de la información, el tratamiento y el seguimiento. (13,17,18,60,105)
Ser empático, respetar los sentimientos, emociones y sensibilidad del paciente (8,13,17,18,41)
Escuchar y tratar de entender más allá de los síntomas que expresa. (8,13,41,49,60)
Dirigirse al paciente con franqueza y seriedad, compartiendo lo que hace, dejándole participar en las decisiones y valoraciones y, teniendo en cuenta su visión. (16-18,28,105)
Dar un trato personal, aclarando inquietudes, dudas. (8,16,41,60)
Dar una respuesta profesional, técnica y al mismo tiempo con sensibilidad hacia el paciente. (16,20,28)
Respetar la dignidad y no juzgar al paciente. (18,28,105)
Ser humano (en aspectos médicos y no médicos), comprensivo, compasivo y amable. (8,13,105)
Actuar con método y diligencia centrado en resolver el/los problemas que manifiesta el paciente. (8,41,105)
Dar la información que requiere el paciente hasta el nivel de implicación que este desee, según la necesidad que muestre. (13,16,29)
Utilizar lenguaje y términos comprensibles y adecuados a edad, capacidad, nivel cultural y otras características del paciente. (8,13)
Tener visión de conjunto del paciente y no únicamente en un aspecto excesivamente concreto. (17,18)
Hacer sentir cómodo al paciente durante el encuentro clínico. (13,60)
Dar sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales que tratan al paciente y también, entre los diferentes niveles

* **Enunciado:** Se refieren a frases con valor comunicativo y sentido completo.

asistenciales. (8,17)
Dar la atención en el momento necesario según la urgencia. (41,60)
Ser accesible cuando sea requerido o informar de cómo acceder a la atención. (8)
Dedicar su tiempo sin apresuramiento. (8)
Explicar lo que hace o va a hacer y para qué. (60)
Respetar su intimidad y su pudor, especialmente en las exploraciones. (41)
Recordar y conocer la historia clínica previa. (41)

Tabla 3- Los 15 características de la comunicación del médico en el encuentro clínico, valoradas negativamente por los pacientes.

Falta de sensibilidad. (8,13,105)
Falta de respeto o consideración. (8,13,105) <input type="checkbox"/>
Actitud arrogante al dar información o al responder a preguntas. (8,13) <input type="checkbox"/>
No dar información de lo que se le va a hacer, pruebas que se van a pedir,... (8,105) <input type="checkbox"/>
Uso del lenguaje excesivamente técnico. (8,13) <input type="checkbox"/>
Desinterés del paciente como individuo. (8,13) <input type="checkbox"/>
Impaciencia para responder a ciertas preguntas. (8) <input type="checkbox"/>
No analizar el pronóstico con el paciente. (8) <input type="checkbox"/>
Mostrar diferente nivel de implicación en las primeras visitas que en las de seguimiento. (8) <input type="checkbox"/>
Sensación de trato con prisa, con tiempo insuficiente. (8) <input type="checkbox"/>
Mostrar duda o inseguridad. (Intranquiliza al paciente). (8) <input type="checkbox"/>
Falta de entusiasmo o traslado del mal humor por causas no relacionadas con el paciente. (8) <input type="checkbox"/>
Sensación de que no da toda la información. (8) <input type="checkbox"/>
No se preocupa de la comprensión de paciente. (8) <input type="checkbox"/>
Sensación de desamparo cuando se cambia a otro especialista o nivel asistencial. (8) <input type="checkbox"/>

En la literatura se han identificado más características positivas que negativas. Estas últimas únicamente se han identificado en 3 de los 12 autores seleccionados (8,13,105).

Con este análisis de la literatura se evidencian tres elementos importantes: Primero, hay características concretas que favorecen o entorpecen la relación entre médicos y pacientes. Segundo, la buena atención clínica está favorecida por la relación cercana entre el médico y el paciente (63) y, tercero, la competencia clínica, así como las características relacionales y de comunicación se adquieren y desarrollan con formación, hábito y destreza (16,71).

Viendo el interés en mejorar la comunicación en el contexto clínico y la posibilidad de actuar en la formación, es deber de las facultades de medicina revisar los programas educativos para dar respuesta a los nuevos roles, expectativas y necesidades tanto de médicos como de pacientes.

1.4. Orientaciones para una buena formación en “CMP”

Para orientar hacia una buena formación, es necesario definir algunos conceptos clave del modelo educativo propuesto por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)*, como son: Competencia, objetivo educativo, resultados de aprendizaje y habilidad.

Estos conceptos son reconocidos y utilizados internacionalmente, y son imprescindibles para planificar adecuadamente cualquier actividad educativa, por lo tanto conocer su significado y diferenciación, permite comprender mejor este estudio y sus conclusiones.

¿Qué es COMPETENCIA?:

La competencia ha pasado de ser un concepto empresarial a ser la base del paradigma educativo actual (51,66,106). La definición más extendida actualmente y la que se utiliza a lo largo del estudio es la siguiente: “competencia es el conjunto de conocimientos, destrezas, actitudes, aptitudes y valores necesarios para ejercer una profesión, que permitan al profesional resolver los problemas de forma autónoma y flexible, con capacidad para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo” (15).

En particular, la competencia comunicativa, abarca capacidades cognitivas, actitudes ante la relación, control de los sentimientos y de las emociones, capacidad de comprensión holística, capacidad de expresión adaptada al nivel del paciente, entre otros aspectos, como se irá viendo a lo largo del estudio.

¿A qué llamamos OBJETIVOS EDUCATIVOS o DOCENTES?:

Los objetivos educativos están relacionados con las intenciones del profesor, se trata de declaraciones generales que indican los contenidos fundamentales, el enfoque, la dirección y los propósitos que hay detrás de la asignatura o del programa, desde el punto de vista de quien planifica la docencia y se describen en función del aprendizaje previsto.

(de la “Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados de aprendizaje” Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación- ANECA).

¿Qué son los RESULTADOS DE APRENDIZAJE?:

* **EEES: Espacio Europeo de Educación Superior** es un ambicioso y complejo plan que han puesto en marcha los países del viejo continente a final del siglo XX, para favorecer la convergencia europea en materia de educación.

Se pueden definir como los “enunciados acerca de lo que se espera que el estudiante sea capaz de hacer, comprender y/o demostrar una vez terminado un proceso de aprendizaje” (113). Se utilizan para evidenciar que una competencia ha sido adquirida.

La diferencia entre objetivo educativo y resultados de aprendizaje radica en que el objetivo docente es lo que planifica y espera enseñar el profesor y el resultado de aprendizaje es lo que se espera que el alumno sea capaz de realizar o mostrar al finalizar el proceso de aprendizaje.

¿Qué se entiende por HABILIDAD en el entorno educativo?

Habilidad según el Diccionario de la Real Academia Española significa: “tener maña, talento, pericia o aptitud para desarrollar una tarea”. La habilidad es por tanto la destreza o capacidad para solucionar problemas, la comprensión de acciones y consecuencias o la realización de una secuencia de acciones intencionadas que conducen hacia un objetivo concreto. Las habilidades pueden ser aptitudes innatas o bien se pueden desarrollar y adquirir mediante entrenamiento y práctica. De algún modo, adquirir o tener habilidad supone también tener un cierto nivel de competencia.

En cuanto a la habilidad comunicativa no se adquiere únicamente con la experiencia clínica sino que requiere de un aprendizaje expreso, una consciencia de lo que se desea desarrollar, poniéndola en práctica en los distintos contextos y situaciones para integrarla como un hábito o una virtud, entendiendo esta como la capacidad de que la comunicación establecida produzca un determinado efecto.

Para asegurar que el estudiante va alcanzando conocimientos, habilidades o un nivel de competencia adecuado, se deben comprobar los resultados de aprendizaje demostrados. Si estos están claramente definidos, ayudan al estudiante a conocer qué logros debe ir alcanzando a lo largo de su formación para demostrar un cierto nivel competencial. Los resultados se centran en lo que el estudiante ha adquirido, no en lo que el profesor tiene intención de enseñar. Por ello deben ser, en lo posible, definibles, observables, medibles y demostrables (68), favoreciendo la adquisición de conocimientos, aptitudes, valores o talento.

De esta forma, se puede decir que las competencias son “posibilidades” en tanto que los resultados de aprendizaje son “actos, hechos sensibles, reales” que se pueden objetivar.

Tomando una frase de la guía de evaluación de competencias de la AQU (Agencia de la calidad universitaria) *“La formación integrada de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, desarrollados a partir de experiencias de*

aprendizaje que se demuestran y midan en la acción, es decir, en el contexto lo más cercano posible al real profesional, permitirá que al final del proceso educativo se puedan medir los resultados de aprendizaje esperados e indicar el nivel de competencia adquirido" (21).

La competencia no se considera completamente adquirida hasta finalizada la formación, en nuestro caso, al graduarse en medicina. A lo largo de los cursos del grado, se miden los resultados de aprendizaje que indican el nivel alcanzado hasta ese momento en una competencia concreta.

Una vez se han definido los conceptos clave, se revisa de qué modo se está introduciendo la formación en competencia comunicativa en el grado en medicina, hasta hoy.

El cambio de paradigma educativo en España, se propició con la implantación de las directrices de la Declaración de Bolonia suscrita por 30 estados europeos el 19 de junio de 1999. (32) Esta primera declaración, fue completada con los comunicados que le siguieron: el de Praga en 2001, el de Berlín en 2003 y el de Bergen en 2005 (10,31,34). Las declaraciones en sí, no fijan deberes exigibles, pero sí que enuncian una serie de objetivos e instrumentos para lograr unificar las bases de la formación en Europa. Los estados europeos que se incorporan al EEES, se comprometen a ir adecuando a los nuevos requerimientos, metodologías y sistemas de evaluación, de los currículos de los grados universitarios existentes, velando por el desarrollo completo de los estudiantes a nivel cognitivo, humano y emocional, haciéndolos aptos para el mundo laboral.

Este nuevo enfoque educativo, afecta a la enseñanza de la medicina en cuanto a que un médico íntegramente formado, debe haber adquirido, en la universidad, la formación intelectual y científica, así como desarrollar habilidades, valores y actitudes relacionados con las competencias médicas, a nivel técnico y también humanístico.

Los conocimientos científicos de la medicina han ido aumentando de forma exponencial en las últimas décadas. Los planes educativos se han ido adaptando y han incorporado dichos avances, pero no así, de forma tan evidente aquellos avances relacionados con las competencias generales o transversales*, que son las que determinan, en buena parte, el denominado profesionalismo**. La buena y eficiente relación profesional-paciente y profesional-profesional es imprescindible en el trabajo clínico cotidiano y en cualquier encuentro

* **Competencias generales o transversales:** Son aquellas competencias transferibles a una gran variedad de funciones y tareas que no van unidas a una disciplina concreta.

** **Profesionalismo:** forma de actuar al ejercer la tarea o actividad propia de la profesión, de acuerdo a los parámetros específicamente establecidos para la misma a nivel técnico y a nivel general, en cuanto a conducta y moral, que por supuesto incluye las habilidades relacionales y comunicativas

asistencial. Por lo tanto, el esfuerzo de transformación educativa debe centrarse principalmente en incorporar de forma adecuada, las habilidades y competencias transversales, en la que se incluye la comunicación. En el contexto clínico, está demostrado que los resultados en salud mejoran claramente cuando el profesional además de tener conocimientos médicos, posee capacidades comunicativas y relacionales que influyen tanto en llegar al diagnóstico como, también poderosamente, en el tratamiento y además permiten realizar una práctica asistencial más humana y satisfactoria desde la perspectiva de los pacientes. (36,42,46,47,52,56,59,62,97,98)

Los foros de expertos en Educación Médica*** tanto nacionales como de los países promotores del cambio (Estados Unidos, Holanda, Dinamarca y Reino Unido), han impulsado iniciativas que definen pautas específicas que orientan a las facultades de medicina de todo el mundo a incorporar factiblemente las competencias transversales, propias de la profesión, concretamente las de tipo comunicativo y relacional. España no es excepción y se están introduciendo algunos créditos de formación en comunicación o bien se evalúan las competencias comunicativas, en casi todas las facultades de medicina españolas(45).

Las orientaciones de los expertos se difunden mediante Declaraciones y Consensos. En ellos se propone cómo debe ser la formación en comunicación clínica impartida en las facultades de medicina. En ocasiones estos consensos se dirigen a países concretos, aunque según este estudio, las orientaciones generales que proponen, son aplicables y extrapolables a cualquier facultad de medicina del mundo.

Son especialmente interesantes para el estudio actual, los consensos realizados para Europa, Alemania y Latinoamérica, pues en estos se definen objetivos educativos y resultados de aprendizaje muy concretos que responden bien a las necesidades y expectativas de los pacientes.

A continuación se presentan por orden cronológico, los consensos sobre la enseñanza de la comunicación clínica en el grado en medicina y las conclusiones más destacables de cada uno:

➤ **Consenso de Toronto** (59,98). EEUU, 1991.

Aplicación: General - Canadá i EEUU

Conclusiones – Recomendaciones: Este consenso considera la comunicación e interrelación efectiva entre médico y paciente una “función clínica central” que no puede ser delegada a otros estamentos. Concreta que puede ser enseñada y evaluada. Las competencias

*** **Educación Médica**: Se encarga de promocionar y mejorar la formación, el ejercicio profesional y el desarrollo general en torno a la medicina.

comunicativas influyen positivamente en los resultados de salud y por el contrario, en caso de fallar la comunicación, afectan negativamente al manejo de los pacientes. Las claves de este consenso son: i) la actualización de las características más importantes que se conocían hasta el momento en cuanto a CMP, ii) las deficiencias que se producían en la práctica clínica por una comunicación deficiente, y iii) los métodos de enseñanza recomendados para mejorar la comunicación.

- **Consenso de Kalamazoo I** (36,64). EEUU, 1999.
Aplicación: General - EEUU
Conclusiones – Recomendaciones: En este consenso se concretaron algunos elementos esenciales de la CMP para facilitar su desarrollo, implementación y evaluación en los currículos de medicina. En él se constituyó un marco conceptual en el que se determinaron siete “elementos esenciales de los encuentros entre médicos y pacientes”, que son: i) el encuentro en sí; ii) la apertura a la discusión; iii) la recogida de información; iv) la visión de la perspectiva del paciente; v) el momento de compartir la información; vi) el acuerdo en los problemas y plan de acción y vii) la conclusión del encuentro

- **Declaración de Barcelona** (58). Barcelona, 2000.
Aplicación: General - España
Conclusiones – Recomendaciones: Esta declaración destaca cuatro recomendaciones específicas que atañen a las facultades de medicina: i) la necesidad de integrar las habilidades de comunicación en la enseñanza de las materias médicas de pregrado, sin perjuicio de que pudieran asignarse créditos docentes específicos, ii) la introducción en el pre y posgrado de los principios de una atención centrada en el paciente en la relación asistencial, iii) La incorporación, en todos los niveles educativos, de formación en habilidades de comunicación, desde pregrado hasta posgrado, pasando por la formación continuada, iv) la evaluación directa de las habilidades de comunicación

- **Consenso de Kalamazoo II** (36). Michigan, 2002.
Aplicación: EEUU
Conclusiones – Recomendaciones: Este consenso resume los métodos e instrumentos más utilizados por los educadores, evaluadores e investigadores en el campo de la CMP.
Diferencia dos tipos de competencias: a) las “competencias de comunicación” y b) las “competencias interpersonales”.
Algunas de sus conclusiones deberían aplicarse en todas las facultades de medicina, y se deben tener en cuenta en la respuesta a cómo debe ser formada y evaluada la competencia comunicativa.
 - La competencia no debe considerarse adquirida hasta finalizar el proceso formativo.

- Para evaluar adecuadamente la competencia comunicativa hay que utilizar de forma simultánea diversos métodos de evaluación, siempre con suficiente retroalimentación al alumno, informándole tanto de lo que se espera como de lo que se observa y las áreas a mejorar, haciendo, al mismo tiempo e incluso con el mismo instrumento, una evaluación formativa, sumativa y feed-back.
 - Es importante la percepción del paciente, considerando que él mismo puede ser un buen juez para valorar la efectividad de las características interpersonales de los médicos.
- **Consenso Británico (116).** Reino Unido, 2008
Aplicación: Europa - Reino Unido
Conclusiones – Recomendaciones: Este consenso propone el “Core Currículum en Comunicación en las Facultades de Medicina del Reino Unido” con la intención de que sea aplicable a cualquier facultad de salud de otros países, incluso de otras disciplinas. Su núcleo central y base de toda relación es el “respeto por los demás”.
Una de las conclusiones del consenso es que la clave para la práctica clínica integrada está en la “comunicación efectiva”, “centrada en el paciente” y en la “relación interprofesional”. Establece que la comunicación es tan importante para el adecuado cuidado del paciente como los conocimientos y el dominio técnico.
- **Consenso Alemán o Basel Consensus (61).** Basilea, 2010.
Aplicación: Dirigido a Alemania, Austria y Suiza
Conclusiones – Recomendaciones: Este consenso concreta hasta 131 objetivos educativos para incluir en la medida de lo posible en los currículos de medicina de estos países. Los objetivos se agrupan en cuatro áreas: i) Relación médico-paciente; ii) Relación con el equipo; iii) Desarrollo personal y profesional y iv) Razonamiento y toma de decisiones.
- **Consenso Europeo (5)** Alemania, 2012.
Aplicación: Europa
Conclusiones – Recomendaciones: Este consenso define 61 objetivos educativos agrupados en 3 sub-áreas: i) la comunicación con los pacientes, ii) el profesionalismo y la reflexión personal y iii) la comunicación en los equipos interprofesionales. Se trata de una propuesta flexible, no obligatoria, que cada universidad y facultad europea puede adaptar, utilizando el marco como un todo o haciendo uso únicamente de alguna de sus partes.
- **Consenso Latinoamericano, portugués, español (LAPS-CCC) (33).** Madrid, 2016.

Aplicación: España, Portugal y los países de Latinoamérica de habla hispana y lusa

Conclusiones – Recomendaciones: Este consenso incluye 136 objetivos docentes, de los que se destacan 34, agrupados en 6 áreas: i) Comunicación con los pacientes, ii) Comunicación con la familia, iii) Comunicación intrapersonal, iv) Comunicación intra-inter profesional, v) Canales de comunicación, vi) Comunicación en situaciones especiales.

Este consenso es fundamental para el estudio actual, no solo por estar específicamente orientado a las facultades de medicina españolas, sino porque concreta objetivos docentes y resultados de aprendizaje de forma detallada.

Además de las aportaciones de los consensos, son destacables las propuestas de organizaciones especializadas en Educación médica o en Comunicación y Salud, que en sus webs disponen de guías actualizadas, que orientan sobre los avances en métodos educativos de mejora del profesionalismo y la comunicación:

- Organizaciones Internacionales de Educación médica:

AAMC *The Association for American Medical Colleges.*

(<https://www.aamc.org/>)

AMEE *The International Association for Medical Education in Europe.*

(<https://www.amee.org/home>).

ASME *The Association for Medical Education.* (<http://www.asme.org.uk/>).

IIME *The Institute for International Medical Education.*

(<http://www.iime.org/activities.htm>)

WFME *The World Federation of Medical Education.* (<http://wfme.org/>)

- Organizaciones Internacionales especializadas en Comunicación en salud:

AACH *American Academy on Communication in Healthcare.*

(<http://www.aachonline.org/dnn/default.aspx>)

EACH *The European Association of Communication in*

Healthcare. (<http://www.each.eu/>)

- Organizaciones en España:

SEDEM *Sociedad Española de Educación Médica.*

GCyS *Grupo de Comunicación y Salud dentro de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC).*

AECSA *Asociación Española de comunicación sanitaria.*

La finalidad de los consensos y las organizaciones mencionadas es, que las facultades de medicina de todo el mundo revisen sus planes de estudio, con el fin de asegurar que las competencias se trabajen de forma evidente y efectiva. Proponen orientaciones, uqe no obligaciones, por lo que cada facultad escoge diferentes adaptaciones, a diferentes velocidades y según sus posibilidades. Los cambios no siempre se implantan con facilidad, por una parte debido a la dificultad que supone modificar los planes de estudio y por otra por la necesidad

de concienciar y formar específicamente a los docentes, los cuales deben ser los que implementen el cambio.

Es relevante destacar, que en las conclusiones del LAPS-CCC*, se sugiere que los hallazgos de su estudio se hubieran enriquecido con una mayor participación de los pacientes o la inclusión de los estudiantes de medicina de manera más amplia. Esto da mayor sentido al estudio actual, en el cual se da un paso importante en este sentido, recogiendo ambas perspectivas.

1.5. La formación en “CMP” en las facultades de medicina en España

Al incorporarse nuestro país al EEES e implantarse la Declaración de Bolonia, la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) promueve desde el año 2000 la reforma curricular en las facultades de medicina, abriendo foros y encuentros para el impulso y promoción del profesionalismo y la mejora competencial de los médicos.

En 2003 la Conferencia Nacional de Decanos constituye la “Comisión de Medicina para la Convergencia Europea” (COMECE) entre cuyos objetivos se encuentra la elaboración del “Libro Blanco del Título de Grado en Medicina” (79). Para realizar esta tarea, se consultan profesionales de diversos ámbitos sanitarios y docentes (clínicos y no clínicos) con el propósito de identificar las competencias esenciales a trabajar en el grado en medicina y especificar lo que debe ser enseñado, aprendido y practicado para llegar a formarse como médico.

El Libro Blanco se completa en 2004 concretando las “competencias específicas”** y las “competencias generales o transversales” del Grado en medicina como base para adaptarse al EEES y unificar el cambio curricular en las facultades españolas.

En 2006 la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad Educativa (ANECA), avala dicho documento y lo publica, dándole mayor validez. Como consecuencia de ello, en febrero de 2008, se publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE) la lista de las competencias específicas del Grado en Medicina (concretamente 37 competencias), momento en que la formación médica universitaria española comienza a pasar de forma generalizada de las “licenciaturas” a los “grados”.

Después de revisar con detenimiento las competencias propuestas por el Libro Blanco, (específicas y transversales), se identifican hasta 23 competencias relacionadas, directa o indirectamente, con alguna habilidad comunicativa o de

* **LAPS-CCCC:** Consenso Latinoamericano, portugués, español, Core curriculum de competencias comunicativas.

** **Competencias específicas:** Son las propias de la titulación, especialización o perfil profesional para los que se prepara el estudiante.

relación, las cuales se pueden encontrar en el **ANEXO 1**. Esta revisión confirma que el libro blanco de medicina español, tiene en cuenta las recomendaciones de expertos internacionales e incorpora aspectos técnicos y humanísticos que favorecen el profesionalismo y la formación integral de los médicos. No obstante, estos aspectos se enuncian de forma muy genérica, haciendo imprescindible concretar “resultados de aprendizaje” específicos que aseguren que el desarrollo y adquisición de dichas competencias satisfice, a nivel suficiente, las necesidades de los interlocutores (otros profesionales, familiares y pacientes).

Concretamente, para elaborar el libro blanco, fueron consultados los siguientes profesionales: médicos (docentes y no docentes), docentes universitarios (clínicos y no clínicos), y gestores del entorno sanitario.

Si dibujásemos un círculo en cuyo centro se encuentra la enseñanza en CMP en el grado en medicina, y fuéramos incorporando a su alrededor los actores que influyen en esta formación, tendríamos a los profesionales consultados para elaborar el Libro Blanco como figuras referentes. (Figura 3)

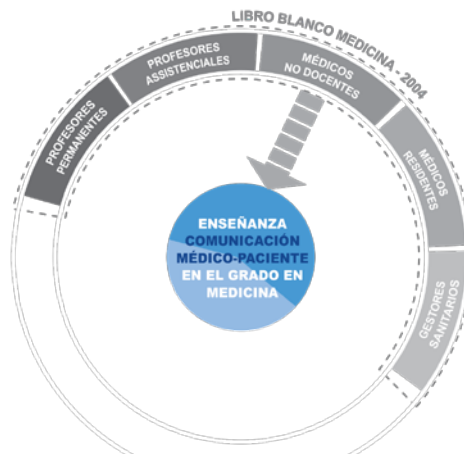


Figura 3 – Referentes del libro blanco. Parte del círculo de influencia en la formación en comunicación en el grado en medicina español.

(elaboración propia)

En el mismo texto, se indica que el Libro Blanco del grado en medicina se elaboró para suscitar y favorecer el debate en la comunidad académica, profesional y sanitaria y para ampliar o ajustar sus contenidos, como así ha sido desde su difusión.

Las aportaciones de los consensos internacionales, y de los expertos en comunicación y en educación médica, también influyen sobre este núcleo, incorporando nuevas orientaciones para la mejora de la formación competencial comunicativa (33,69,72,76) y se incorporan al círculo de referentes. (Figura 4).

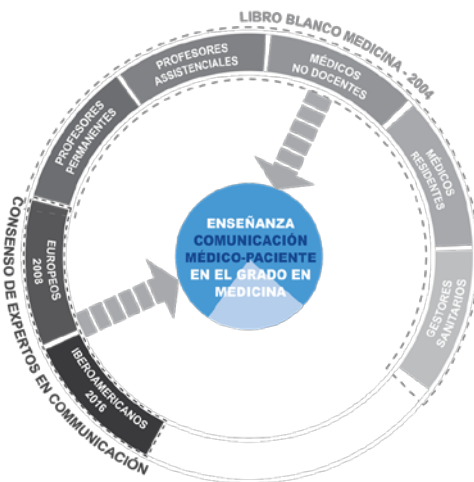


Figura 4- Expertos en comunicación y en educación médica, parte del círculo de influencia de la formación en el grado en medicina español.

Este estudio, argumenta que el círculo de influencia está incompleto. El vacío correspondería a los protagonistas de esta CMP: pacientes y estudiantes de medicina. Los pacientes por ser los receptores del acto comunicativo y los estudiantes de medicina, como discentes, porque sus aportaciones y su visión pueden orientar a cuáles son los momentos más apropiados para proponer la formación en CMP y los métodos más efectivos para realizar este formación.

Hasta el momento, no hay España ningún estudio que incorpore al mismo tiempo la visión de pacientes y estudiantes para revisar el diseño del currículo formativo de los médicos. Más aún, incluso internacionalmente hay muy pocos estudios que incorporen la visión de los pacientes o lo hacen de forma parcial.

Las facultades de medicina españolas, deberían formar en CMP basándose en a) las directrices del libro blanco, b) en las aportaciones de los expertos y de forma particular, c) en las expectativas y visión de pacientes y estudiantes.

Y, en este estudio se recoge de forma directa la visión de los estudiantes de medicina y de los pacientes y sus familiares, contribuyendo a que la formación en comunicación impartida en las facultades españolas se adapte a las necesidades y expectativas de sus protagonistas

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

2.1. HIPÓTESIS:

HP – Hay algunas características comunicativas de los médicos que son más valoradas por los pacientes y pueden incorporarse en los planes de estudio del grado en medicina. Para que los métodos educativos sean efectivos deben tener en cuenta las necesidades de los pacientes y las preferencias de los estudiantes.

2.2. OBJETIVO PRINCIPAL:

OP - Identificar las características comunicativas de los médicos mejor valoradas por los pacientes y el modo de incorporarlas de forma efectiva en el currículo del Grado en medicina

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: (Figura 5)

Para responder al **QUÉ**:

OE1- Identificar las características comunicativas de los médicos que son más y menos valoradas por los pacientes.

OE2- Identificar qué competencias, objetivos educativos, resultados de aprendizaje, habilidades y aptitudes deben priorizarse en el plan de estudios del Grado en medicina para dar respuesta a las expectativas y necesidades de los pacientes

Para responder al **CUÁNDO**:

OE3- Detectar los momentos más oportunos para incorporar formación en comunicación en el Grado en medicina y qué tipo de formación es la más adecuada para cada momento concreto.

Para responder al **CÓMO**:

OE4- Identificar los medios más eficaces para formar en competencia comunicativa, considerando también la visión de los estudiantes de medicina.

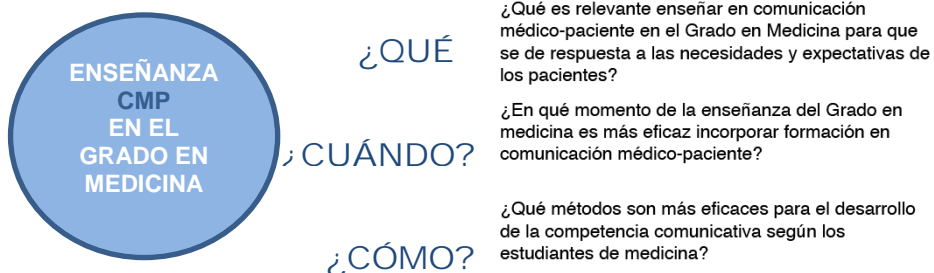


Figura 5 - Esquema de los objetivos de estudio

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

El punto de partida ha sido la revisión de la literatura en base a las siguientes palabras clave (en castellano y en inglés): Competencias comunicativas; Competencias comunicativas de profesionales de la salud; Formación basada en competencias; Comunicación/relación médico-paciente; Atención centrada en el paciente.

La búsqueda se ha realizado en las siguientes fuentes: ISI Web of Knowledge; PubMed y Goggle Scholar y también se ha ampliado con la bibliografía recomendada en las webs de las Organizaciones internacionales de comunicación en salud y en Educación Médica mencionadas.

Al tratarse de un estudio del ámbito educativo-competencial, alguno de los autores referenciados se ha localizado en bases de datos no especializadas en salud, sino en educación.

En base a la información obtenida, se realiza la consulta iterativa a los siguientes colectivos, por una parte pacientes, familiares y cuidadores y por otra a los estudiantes de medicina españoles. Cada consulta es independiente y se utiliza distinta metodología, analizándose los resultados obtenidos en cada una, por separado. Por este motivo, cada consulta se presenta en un capítulo distinto:

- **Consulta a los pacientes, familiares y cuidadores:** Estudio **cuantitativo** para conocer de forma directa las percepciones y expectativas de los pacientes, familiares y cuidadores respecto a su comunicación con los médicos.
- **Consulta a los estudiantes de las facultades de medicina españolas:** Estudio **cuantitativo** mediante respuesta a un cuestionario elaborado específicamente, con el objeto de conocer la opinión de los estudiantes de medicina españoles respecto a la formación en comunicación que reciben durante el Grado y los métodos educativos empleados.

Las dos consultas se realizan casi en paralelo: la consulta a los pacientes entre los años 2013 y 2014 y la consulta a los estudiantes, de marzo a noviembre de 2014.

La discusión y conclusiones de ambas consultas se realizan de forma conjunta.

3.1. CONSULTA A LOS PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES

Es importante diseñar cuidadosamente la consulta y seleccionar el método más adecuado para responder al objetivo planteado que consiste en identificar las características comunicativas de los médicos que son más y menos valoradas por los pacientes.

3.1.1. Elección de metodología.

Al introducir el marco conceptual de la CMP se ha visto que la relación entre médicos y pacientes es compleja, asimétrica e influenciada por múltiples variables. Por eso es importante elegir bien el método que permita recoger el máximo de variables y responder a la pregunta planteada.

Será necesario estudiar e interpretar adecuadamente los sentimientos y las percepciones de los pacientes cuando se comunican con un médico y su variabilidad según el paciente, el tipo de situación o el estado de gravedad. Para ello, el método ha de permitir generar un conocimiento que se asume que es subjetivo, de un contexto, pero basado en la propia experiencia. Debe por tanto considerar múltiples variables a un mismo tiempo, captando la diversidad para generar, con la mínima intervención del investigador, la máxima información y datos. En cuanto a la elección se va a diferenciar la **metodología** seleccionada (como medio teórico y conceptual para acceder a la realidad), el **método** (como proceso para llevarla a cabo) y la **técnica** concreta de generación de datos (como procedimiento específico) (80).

Se elige **metodología cualitativa** de tipo **interpretativo** porque va a permitir responder mejor a las preguntas del porqué siente eso el paciente y cómo lo siente, bajo una **perspectiva fenomenológica** que es la que mejor se adapta para captar el significado subjetivo de la CMP como acto social(40), estudiando la experiencia individual de los sujetos desde su propia narración. Esta metodología permite, partiendo de la vivencia y experiencia de los propios sujetos estudiados, generar conocimiento mediante la interpretación del mundo social con los fenómenos y relaciones que lleva implícitos. En este caso, en cuanto a lo que vive el paciente en su relación con los médicos. Se parte de lo que se observa para interpretar y comprender la realidad del pensamiento que expresan los pacientes. El enfoque cualitativo no tiene pretensiones de alta generalización de sus conclusiones, sino que, más bien, desea ofrecer resultados y sugerencias para instaurar cambios en una institución, en una empresa, en una escuela o en un grupo (65), en este caso en la formación en comunicación en el Grado en Medicina.

No se buscan explicaciones de los hechos, sino interpretarlos para posteriormente conceptualizarlos y aprovechar este nuevo concepto para

encontrar las claves de mejora de la formación en comunicación de los futuros médicos.

Bajo esta perspectiva y entre los diversos métodos posibles en el contexto de la investigación cualitativa (método etnográfico, teoría fundamentada, investigación-acción, método biográfico, análisis de discurso,...) se opta por el **método fenomenológico** que estudia los fenómenos tal y como se presentan y de la forma en que lo viven los protagonistas, permitiendo recoger las percepciones de los participantes desde dentro, mediante una comprensión empática, con implicación tanto en la generación de datos como en la interpretación y análisis de lo que se observa y de lo que se escucha. Éste método se adapta perfectamente a las características del estudio, dado que hay una interacción continua y mutua entre la relación médico-paciente y las condiciones que los rodean, sin pretender establecer conexiones de causa a efecto entre los sucesos.

El método posibilita estudiar la conducta humana, la vivencia del ser humano desde una determinada situación (57) pasando a tener el investigador el rol de intérprete, centrado en entender las experiencias de los participantes. El método fenomenológico interroga la vivencia y los significados que atribuye el propio sujeto (55). Se realiza una investigación sistemática de la subjetividad, las que aporta la propia preconcepción como investigador y las de la realidad explicitada por los pacientes. A continuación se busca la esencia e interpretación como base del conocimiento, es decir, a partir de los datos observados y analizados se construye el conocimiento que amplía el que existía hasta la actualidad (50).

La mayoría de los estudios que se han seleccionados como referentes utilizan principalmente métodos cualitativos de investigación, bien como método único o combinado con métodos cuantitativos.

Es importante tener presente el marco donde se produce el fenómeno de estudio, y sobre este, identificar las diversas perspectivas de los pacientes (paciente sano, enfermo o gravemente enfermo, cuidador, familiar, padres en representación de niños enfermos, hijos en representación de padres ancianos...), de forma que la muestra recoja una visión lo más amplia y representativa posible de los pacientes en su conjunto.

Para ello, es importante seleccionar la **técnica** de recogida de información para la generación de datos. De las diversas opciones, se selecciona una de las **técnicas de interlocución grupal**, en concreto, entrevistas en **grupo focal***.

* **Grupo focal:** grupo de discusión con un número limitado de personas que reúnen ciertas características comunes para su selección y son guiados por un moderador que conduce la sesión en base a una guía informal semiestructurada o estructurada. Esta técnica permite a través de las discusiones y opiniones, conocer cómo piensan los participantes respecto a un asunto o tema determinado. Deben ser lo suficientemente pequeños para que puedan

En dos casos concretos se realizará una **entrevista en profundidad**** con un diálogo más estrecho entre el investigador y un paciente/cuidador. Esto se ha producido en dos ocasiones, por detectar que el integrante de un grupo podría hacer aportaciones valiosas y diferenciales fuera del contexto del grupo focal y en otro caso porque un invitado a participar, al no poder adaptarse a las reuniones programadas mostró especial interés en participar en la investigación.

Para conseguir el mayor aprovechamiento de la técnica, se deben seleccionar grupos de personas de unas características determinadas, que en su conjunto representen suficientemente a la población diana. Los componentes de cada grupo deben tener en conjunto, aspectos comunes y también aspectos diferenciales que aseguren la representación de todos los grupos sociales a los que pertenecen.

Cuando se reúne el grupo, se inicia una entrevista de tipo coloquial semiestructurada, permitiendo el acercamiento estrecho del investigador con cada participante. Esto se consigue por medio de la motivación a expresarse y a la reflexión consecuente a la conversación que se va estableciendo. Se favorece que cada sujeto profundice sobre su vivencia e intente comprender la propia interpretación de sus experiencias, de forma que pueda llegar al conocimiento de lo que quiere expresar. Es importante que los entrevistados describan sus vivencias de la forma más completa posible, permitiendo a cada uno exponer sus singularidades. Al recogerse la información tal y como se presenta, sin omitir nada que pueda ser de relevancia, se analizan muchas variables a la vez y en relativamente poco tiempo. Al finalizar se habrá recogido información que descubrirá la esencia y la estructura de las relaciones que se han establecido entre los pacientes y el profesional médico.

compartir ideas y aportar percepciones y lo suficientemente grandes para que haya riqueza sin llegar a la discusión que fraccione el grupo. Idealmente entre 6 y 12 personas.

** **Entrevista en profundidad:** Se produce una interacción cara a cara entre el investigador y el sujeto de estudio con un determinado propósito, siguiendo un guion semiestructurado y en un contexto creado para tal fin. Permite la recopilación de información en profundidad.

3.1.2. Método cualitativo de análisis de la información.

El análisis cualitativo se realiza a lo largo de toda la investigación generando una nueva visión del fenómeno que se estudia. Se trata de hacer un análisis de tipo inductivo y emergente, es decir, que partiendo de la realidad concreta y de los datos recogidos en los grupos se van recabando visiones y perspectivas diversas para intentar llegar a una teorización final.

Hay que hacer el esfuerzo de "sumergirse" mentalmente, del modo más intenso posible, en la realidad que han expresado los pacientes, revisando la información recogida, con una visión holística, intentando comprender los mensajes emitidos, pero sin olvidar el punto de referencia que ya se tiene de investigaciones y estudios anteriores. Cualquier aportación y perspectiva es valiosa y nos hará contemplar diversas situaciones. Se pretende comprender lo que ocurre al paciente, mediante su expresión de lo que siente, teniendo en cuenta la variabilidad de la muestra, detectando coincidencias y discrepancias entre los sujetos para interpretar mejor el mensaje en su conjunto. Por este motivo, el investigador debe realizar una escucha atenta durante las entrevistas tomando notas de aspectos no verbales que le parezcan relevantes y una vez realizada la transcripción de las mismas, las debe leer a fondo, diversas veces para poder analizar su contenido.

El análisis deberá seguir la siguiente estructura: (65)

- *Recogida* exhaustiva de información y análisis inductivo del contenido de la misma, para generar los datos de estudio,
- *Categorización y Conceptualización* de los mismos,
- *Estructuración y Agrupación* de la información bajo diferentes visiones,
- *Contraste y Triangulación* de la información obtenida mediante técnicas de triangulación y finalmente llegar a la
- *Teorización* generando una nueva conceptualización del fenómeno estudiado.

3.1.2.1. Técnica de recogida de información y generación de datos-Grupos focales.

En metodología cualitativa el análisis no se realiza al final del proceso de recogida de información, sino que los datos se generan y el análisis forma parte del propio proceso de investigación (80).

Pero el proceso debe seguir un orden y una sistemática que es la siguiente i) concretar el objetivo marcado en las entrevistas de grupo focal, ii) preparar el guion que servirá de pauta de la entrevista, iii) definir los criterios para asegurar la representatividad en la selección de los participantes, iv) reclutar a los

participantes, v) preparar el lugar, ambiente y logística apropiado para las reuniones vi) definir el sistema de generación de datos y, vii) desarrollar de los grupos.

3.1.2.1.1. Concreción del objetivo de la realización de las entrevistas: "Identificar las habilidades comunicativas de los médicos que son más y menos valoradas por los pacientes".

3.1.2.1.2. A continuación se realiza la **preparación del guion de las entrevistas** como pauta para la realización de las mismas.

Este se preparará en base al objetivo marcado y a los hallazgos de las investigaciones anteriores sobre esta temática. El guion no es un cuestionario, sino que es una ayuda para el moderador que conduce la sesión. Contiene preguntas para introducir al entrevistado en el fondo del tema, haciéndolo de forma "abierto"*, dando pie al dinamismo de la conversación. Contiene las cuestiones clave para llegar al objetivo y es una forma de asegurar que salgan ciertos temas a discusión en la mayoría de las entrevistas. Algunas preguntas servirán para romper el hielo al inicio de las reuniones e introducir al grupo, otras para orientar a que se hable sobre algún aspecto que no aparezca de forma natural o, para reconducir la conversación cuando esta se desvía del tema de estudio. El guion no pretende seguir un orden preestablecido. Las preguntas y sub-preguntas hacen referencia a la importancia que da el paciente a la relación interpersonal en los encuentros con los médicos, si esta varía según el momento o situación clínica, si se considera importante que los estudiantes de medicina reciban formación en este sentido, qué características considera clave para establecer una relación de confianza y por el contrario qué otros son los que le han hecho distanciar de un profesional. El guion en detalle se encuentra en el ANEXO 2.

Una vez elaborado, se presenta para su revisión a dos colaboradores, expertos en comunicación con el objeto de valorar la estructura y adecuación de las preguntas, asegurando que tal como están enunciadas, no condicionan las respuestas de los entrevistados.

A pesar de disponer del guion debe dejarse que, durante la entrevista, la conversación fluya sin cortar las ideas que vayan apareciendo y permitiendo que se promueva el diálogo y se recojan el máximo de aportaciones sin que haya excesivas interferencias por parte del investigador. Eso es lo verdaderamente enriquecedor e importante. Sólo es necesario ir introduciendo nuevas preguntas cuando sea necesario y lo permita el contexto, si romper el clima del grupo.

* **Pregunta enunciada de forma abierta:** Sin dar a escoger la respuesta entre las propuestas de una lista y pretende conseguir una respuesta amplia.

3.1.2.1.3. Características y Representatividad de la muestra.

Este paso es relevante para conseguir la máxima información con el mínimo número de grupos.

La población diana (pacientes, familiares y cuidadores) es enorme, pero la muestra seleccionada debe conseguir que los participantes, en su conjunto, representen suficientemente al conjunto de la población. Consideraremos que la muestra es suficientemente representativa cuando quede representada la visión de: - pacientes, - familiares, - cuidadores, - de diferentes edades, - diferentes sexos, - atendidos en centros de salud ambulatorios, - en hospitales de todos los niveles, - en entorno urbano, - entorno semiurbano-rural, - todo tipo de patologías y especialidades, - problemas de salud graves o - con múltiples encuentros relacionados con patologías leves.

La muestra debe dar validez al estudio y para ello no será de tipo estadístico o probabilístico, sino que se conseguirá mediante un **muestreo intencional, basado en criterios claros** que permitan elegir a los sujetos para que se represente en la mejor forma posible, la población en general. Se buscan individuos que por sus características y circunstancias, puedan aportar el máximo de información para el fenómeno que estudiamos y se deben marcar claramente los criterios para poder participar o no en alguno de los grupos.

A medida que se realizan las reuniones, se revisa si todos los estamentos comentados se encuentran de alguna forma incluidos, en caso contrario, se deberán buscar de forma específica los perfiles que no tengan suficiente representación.

Se concretan desde el primer momento los criterios de inclusión y exclusión de los posibles participantes, que son los siguientes:

Criterios de inclusión en los grupos focales:

- Pacientes, familiares o cuidadores de pacientes, que hayan tenido varios contactos motivados por causa de una cierta entidad clínica y preferiblemente con visitas realizadas en diferentes áreas y /o niveles asistenciales, o con pruebas o tratamientos que hayan requerido seguimiento o más de un contacto con el médico.
- Profesionales de las Unidades de Atención al Usuario (UAU) dedicados a responder a los comentarios, reclamaciones y sugerencias de los pacientes o familiares (Administrativos, trabajadores sociales, auxiliares,...)
- Es imprescindible haber firmado el consentimiento informado específico.

Criterios de exclusión en los grupos focales:

- Médicos asistenciales en activo.
- Pacientes con patologías psicológicas o psiquiátricas demostradas, con grandes trastornos emocionales recientes, que hayan vivido situaciones dramáticas o traumáticas relacionadas con algún profesional que puedan activar el recuerdo o, que realicen habitualmente reclamaciones, por hacer poco fiable su participación.
- Investigadores que trabajen sobre este mismo tema para evitar sesgos, aunque se aceptarían si aportaran su opinión como pacientes, familiares o cuidadores.
- Estudiantes de medicina ya que su opinión queda incorporada en la segunda parte del estudio.
- Aquellas personas que no acepten la firma del consentimiento informado específico.

El número de participantes por grupo también es importante, no deben ser ni excesivamente grandes ni muy pequeños. Es necesario favorecer la participación activa de todos los componentes del grupo para que puedan expresar sus reflexiones con el máximo detalle. Hay que conseguir que sean lo suficientemente homogéneos para que los participantes se encuentren cómodos y libres para expresarse y al mismo tiempo, conviene que exista una cierta distancia entre ellos, para favorecer la aparición de las diferentes visiones y, de esta forma, crear una ligera discusión que supondrá una mayor riqueza de la información. La dimensión que se considera adecuada es entre 6 y 12 participantes en cada reunión de grupo focal.

3.1.2.1.4. Reclutamiento de los participantes:

Partiendo de estos criterios, se inicia el proceso de reclutamiento de participantes con la preparación de un documento de invitación (**ANEXO 3**) en la que se explica el objetivo del estudio, la voluntariedad y la implicación en caso de participar, se informa de la necesidad de recoger la firma de un consentimiento previa a la participación, el cual puede ser revocado en cualquier momento y se le informa de la duración de la entrevista y de la grabación de la misma, asegurando el trato confidencial y anónimo de sus datos.

Esta invitación se hace llegar de forma personalizada a los potenciales participantes; personas conocidas o del entorno cercano al investigador, que cumplan los requisitos de inclusión definidos y, se contacta también de forma personal con representantes de las diversas instituciones para proponer la participación en la investigación. Las instituciones contactadas son: el Instituto Albert Jovell de Salud Pública y pacientes, para llegar a asociaciones de pacientes y la Dirección de Atención al ciudadano del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (DAC), para llegar a distintas "Unidades de Atención

al Usuario" (UAU) de hospitales, ambulatorios o del propio departamento de salud. Cada uno de estos contactos va atrayendo a otros potenciales participantes, formando una cadena. El objetivo es que con el total de grupos se consiga la representación de la variedad de perfiles propuestos. En total se envían 38 cartas de invitación.

Se considera importante que al menos dos de los grupos focales se realicen con profesionales de las UAU ya que en su trabajo diario recogen la percepción de los pacientes y familiares, por medio de sus reclamaciones, sugerencias o agradecimientos respecto a la atención que han recibido. La experiencia de estos profesionales es de gran valor por la representatividad que tienen, aportando una visión amplia e interesante y además agilizan en gran manera la recogida de datos. Su participación recoge características que los pacientes no siempre manifiestan si no es en una situación de enfado o descontento, lo que resultaría difícil en el contexto del grupo focal.

A todo invitado que acepta participar se le entrega el documento de Consentimiento informado (**ANEXO 4**) que tiene contenido similar al de la carta de invitación, pero más extenso y detallado. Estos documentos se guardan en un archivo ad hoc.

3.1.2.1.5. Lugar de encuentro de los grupos focales

El contexto y el espacio donde se realiza la reunión del grupo, tiene que cuidarse, creando el ambiente apropiado y tranquilo para que los invitados se sientan cómodos. Hay que tener en cuenta que los pacientes se van a encontrar en un "contexto artificial"*, diferente al suyo. El lugar debe favorecer el encuentro, ha de crearse un clima que facilite la relación y la máxima libertad expresión.

Se debe contar con tiempo suficiente para profundizar en los temas que van surgiendo para que cada persona pueda expresarse desde su propia perspectiva, sin sentirse condicionado, ni presionado. Como norma general, las reuniones duran entre una hora y media o dos horas. Conviene incluir en la logística alguna bebidas o algo de comer, si se considera apropiado por la hora o el momento, para conseguir que el ambiente sea agradable y distendido, favoreciendo la conversación.

* **Contexto artificial:** Preparado para la ocasión. El grupo a entrevistar se reúne para realizar la entrevista, está fuera de su entorno natural.

3.1.2.1.6. Desarrollo de los grupos focales

Una vez recogidas las aceptaciones a la invitación entregada por escrito, se programan los grupos teniendo en cuenta las características de homogeneidad y diferencias, que permitan una conversación dinámica, activa y rica.

Se programan grupos hasta comprobar que la muestra es suficientemente representativa y el volumen permite recoger suficiente información como para darla por saturada**.

En algún grupo, se observa que la experiencia personal de un participante podría aportar información complementaria que no saldría en el contexto de dicho grupo, por lo que se le sugiere hacer una “**entrevista en profundidad**”, siguiendo el mismo guion semiestructurado pero recabando información con mayor detalle en algún aspecto concreto. Otra persona invitada que no podía adaptarse a las citas propuestas para los grupos, solicitó poder participar en el estudio, proponiéndosele esa misma opción y también realizó individualmente la entrevista en profundidad. Cada una de ellas duró aproximadamente 45 minutos.

En total se realizan 4 grupos focales y 2 entrevistas en profundidad. La reuniones se llevan a cabo siguiendo la siguiente dinámica: El moderador, al iniciar la sesión repasa del objetivo del estudio, insiste en la voluntariedad del encuentro, presentando al observador e informado del inicio de la grabación y la forma en que ésta será archivada, confirmando que se utilizará únicamente para la finalidad del estudio y recordando que en ningún caso queda identificada la identidad de los asistentes ni en las grabaciones ni en las transcripciones que se hacen posteriormente.

Antes de empezar, se marcan unas ciertas “reglas” respecto al orden en las intervenciones, el respeto hacia las opiniones y visiones de los otros, para conseguir que cada persona se sienta implicada y llegue a expresar con detalle sus experiencias y emociones. No se pretende llegar a consenso sino que puedan salir las opiniones y visiones de cada uno sin sentirse condicionado por la opinión de los demás. Se revisa si se dispone del consentimiento firmado de todos los asistentes, sin este requisito, no se inicia la reunión ni la grabación y, se recuerda la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento.

Las sesiones de los grupos focales duran entre una hora y media y dos horas. El hecho de grabar las entrevistas, permite revisar el contenido repetidas veces, permitiendo profundizar en los datos y consensuar la información entre el

** **Saturación de la información:** se refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas, grupos de discusión, etc... el material cualitativo deja de aportar datos nuevos. En ese momento se deja de recoger nueva información. En este caso, de organizar nuevos grupos.

investigador y sus colaboradores, dando mayor fiabilidad a la subjetividad que subyace en cualquier análisis cualitativo. Las ideas y comentarios de los pacientes encierran los datos objeto de análisis. Se les denomina “datos blandos”*, por ser poco precisos y subjetivos, que requieren de análisis y una interpretación metódica para que sean válidos y fiables.

Una vez realizadas las entrevistas, se pasa a hacer el análisis de la información.

3.1.2.1.7. Recogida de la información.

La recogida de información debe ser exhaustiva. Los datos se “generan” a partir del “análisis del contenido” de la información recogida en las entrevistas. Por ello, es importante todo el proceso: la constitución de los grupos, la elección de los participantes y la presencia de dos figuras clave: el *moderador* y un *observador externo*.

El *moderador* suele ser el propio investigador, su función es dinamizar y dirigir la reunión para conseguir los objetivos propuestos, fomentando la participación de todos los asistentes, promoviendo que se traten los temas que aparecen en el guion.

El *observador externo* forma parte del equipo de investigación pero no tiene por qué ser especialista en la temática, sino que debe adaptarse a las reuniones, estar atento a percibir los detalles y ser capaz de sintetizar las notas complementarias que tome durante la sesión. Estará presente en las entrevistas pero no participa sino que atiende a la narrativa de cada respuesta, los gestos, tono de voz, forma de expresarse... de los sujetos. Controla además la grabación de la entrevista y, posteriormente, colabora en la transcripción de las mismas. Su presencia es importante pero no debe distraer la conversación que se cree en el grupo.

El observador que ha estado presente en las entrevistas y se ha encargado de la logística de grabación, las transcribe literalmente y añade las anotaciones tomadas por él mismo y por el investigador. Las transcripciones son revisadas por el investigador principal para asegurar que no se escapa ninguna información. Tanto la grabación como la posterior transcripción quedan almacenadas bajo custodia del investigador principal asegurando que sólo se utilizarán para el fin indicado del actual estudio. Los dos registros (audio y transcripción en documento) se pueden revisar tantas veces como sea necesario.

* **Datos blandos:** datos que se elaboran a partir de información no numérica, difícilmente manejables mediante procedimientos estadísticos, aunque a través de posteriores elaboraciones, como por ejemplo, con una adecuada codificación y análisis de contenido, puedan expresarse mediante números.

Las primeras entrevistas se revisan al mismo tiempo que se preparan nuevos grupos focales, de forma que si se detectan elementos de interés, estos se pueden incorporar a la dinámica de los siguientes grupos, para llegar, en lo posible, a reflexiones más profundas.

Para generar los datos, se “interpreta” la información recogida(40), intentando comprender lo que se observa, aplicando un sentido crítico a la observación. Esto implica una interacción entre las expectativas que se tienen previamente y el significado que se le va dando a los actos humanos que encierran las frases recogidas. No hay que olvidar que, como en toda investigación, nos acercamos a los datos con una cierta visión, con un conocimiento previo, con un punto de subjetividad propio del ser humano, pues “ser humano es ser interpretativo” (6,55), y esta subjetividad sirve no sólo como instrumento para aprender, sino como el modo natural de desarrollar conocimiento.

Se inicia un “análisis inductivo del contenido” (81), método que es útil para estudiar textos y grabaciones combinando por una parte la observación y producción de datos y, por otra, su análisis e interpretación. Con esa mirada interpretativa se realiza una primera lectura general de las frases, detectando unidades temáticas naturales. A partir del análisis en mayor profundidad de cada frase se seleccionan palabras y expresiones significativas que hagan referencia a algún aspecto de comunicación o de relación, como son: sentimientos, valoraciones, resultados, opiniones,... intentando extraer toda la información posible de forma objetiva, replicable y válida.

Esta acción se repite varias veces, revisando las entrevistas una y otra vez, profundizando un poco más en cada lectura, y recogiendo ideas o frases, hasta que ya no se observan nuevas aportaciones. Toda la información que se obtiene, serán “datos útiles para el análisis”, que nos permitirán entender lo que se ha dicho y lo que se ha querido decir, para, en lo posible, interpretar el contenido. Se revisa a fondo toda la información recogida, revisando e interpretando los detalles, matices y dimensiones que contiene cada frase. La lectura se realiza repetidas veces y al menos por dos colaboradores, hasta consensuar la generación de los datos.

3.1.2.2. Etapa de categorización y conceptualización.

El siguiente paso consiste en **categorizar** la información, es decir, hacer un “**mapeo**” de los datos, con la conciencia de que descubrir una línea teórica no es algo lineal, sino que requiere de una revisión en espiral: del todo a las partes y de las partes al todo, aumentando en cada vuelta el nivel de profundidad y de interpretación. En este caso, nos permite pasar de categorías menores agrupadas por las temáticas naturales observadas, a categorías mayores que se

agrupan, pero también al revés, de grandes categorías, llegar al detalle de lo que los pacientes han querido expresar.

Todas las frases quedan incluidas en una de las tres categorías siguientes: 1) características valoradas positivamente, 2) características valoradas negativamente y 3) a otros aspectos que, sin considerados características de comunicación en sí mismas, interfieren o afectan a la percepción de una buena comunicación como por ejemplo: referencias al tiempo asignado para el encuentro, la coordinación entre miembros del equipo asistencial, etc.

Esta selección de ideas y frases realizada inicialmente por el investigador principal, se revisa por otros dos colaboradores, para poner en común dudas o divergencias, hasta llegar a consenso y contar con una lista definitiva de datos de las 3 categorías.

El mapeo continúa relacionando el contenido de cada frase con una o más características comunicativas. Este ejercicio se realiza construyendo una tabla de doble entrada en que las frases de los pacientes se colocan en la cabecera de las filas y, las características comunicativas a las que hacen referencia en las cabeceras de las columnas. No se parte de una lista predeterminada de características comunicativas sino que estas se van escribiendo según la interpretación de lo que ha querido sugerir intrínsecamente el paciente en cada frase y, siempre refiriéndose a un momento concreto. También depende de la experiencia y el conocimiento del propio investigador. Cada frase puede expresar varias características comunicativas y también aportar nuevos detalles a una característica comunicativa ya enunciada.

En la casilla de intersección de cada frase (fila) con una característica comunicativa (columna), se pone un valor, según si es la primera vez que una idea aparece en un grupo focal, entonces se le da valor 1. Cuando dentro del mismo grupo se ratifica la misma idea por otro paciente, el valor será 0,25. Si la misma idea aparece en otro grupo diferente, se vuelve a dar el valor 1 y así sucesivamente con cada frase, hasta completar la revisión de todas las de todos los grupos. Una vez acabado el mapeo, se puede determinar qué características han obtenido mayor valoración por haber aparecido más veces en uno o más grupos focales. Se puede afirmar que las características más valoradas son las que más influyen en la percepción de los pacientes.

Se completan las tablas de doble entrada de las valoraciones positivas y negativas, (no con la lista de "otros aspectos", porque no hacer referencia a características comunicativas), y con ellas se obtienen dos listas ponderadas con enunciados de características comunicativas positivas y negativas con todos los matices que se han ido incorporando con las aportaciones expresados por los pacientes.

Las características comunicativas con los enunciados tal como han quedado después del mapeo, no son fácilmente manejables y para simplificar el análisis, se procede a organizarlos en conceptos más precisos y concretos. Cada enunciado de característica comunicativa, se identificará con un "atributo"*. De esta forma, cada frase de los pacientes quedará asociada a uno o más atributos, que se corresponde con el rasgo o característica comunicativa a la que se referían los pacientes, sin perder de vista todo lo que conlleva en su descripción. A este proceso de asignación de un atributo a cada enunciado se le denomina **etapa de conceptualización**.

3.1.2.3. Etapa de estructuración y agrupación.

Se dispone de las dos listas de atributos, que es información más manejable. En esta etapa se procesa la información desde diferentes visiones para conseguir desgranar su contenido y llegar a su completa interpretación definiendo una estructura más profunda, general y comprensiva del fenómeno que se estudia, en este caso en qué y cómo se debe formar para la mejora de la CMP.

Se hacen agrupaciones y estas se analizan, para comprender mejor lo que los pacientes han querido expresar y tratar de ver, según su punto de vista, aquello que marca la diferencia de una comunicación satisfactoria. Estas agrupaciones van a ayudar a orientar el tipo de formación, qué dimensiones comunicativas deben reforzarse, qué momentos son más adecuados para incorporar una u otra formación, e incluso qué tipo de métodos son más adecuados para responder, en la medida de lo posible, a las expectativas de los pacientes.

Se realizan 3 agrupaciones con los atributos:

❖ La **primera agrupación** se hace según la clasificación propuesta por Burford (Burford, 2011), determinando si los atributos se refieren a cualidades personales, cualidades de relación interpersonal o cualidades comunicativas (más técnicas). Este análisis, permitirá proponer diversas metodologías docentes centradas en fortalecer el desarrollo personal del alumno, el establecimiento de relaciones o el desarrollo de habilidades de tipo técnico.

❖ La **segunda agrupación** se hará según las dimensiones comunicativas que deben favorecerse para responder a las necesidades de los pacientes, como son: a) la dimensión afectiva en relación al trato; b) la dimensión receptiva, de escucha o forma de recibir la información; c) la dimensión expresiva o forma de transmitir la información; d) la dimensión adaptativa que incluye la participación del paciente; e) la capacidad técnica y f) la coordinación de los equipos. Este

* **Atributo:** Cualidad de un ser.

análisis también favorecerá el uso de unos métodos educativos apropiados a las preferencias de los pacientes.

- ❖ La **tercera agrupación** se hará en base al esquema identificado en el marco conceptual de la CMP de Ong (75) Se identifican los atributos que hacen referencia a variables previas al encuentro, al contexto del encuentro o a los resultados de la comunicación. Los resultados de esta agrupación permitirá determinar qué características se deben trabajar con los estudiantes en qué momentos, es decir que formación es más apropiada para etapas anteriores a los contactos con los pacientes, cuál será más adecuada estando en contactos con los pacientes, y cuáles se deben desarrollar para obtener buenos resultados de la comunicación con pacientes.

Después de realizar las diversas agrupaciones se tiene una visión bastante afinada de las características comunicativas que más valoran los pacientes, que orientarán al tipo de acciones formativas más adecuadas para cubrir las necesidades de los pacientes. Teniendo siempre en cuenta, que no existen fórmulas concretas y que es imprescindible la adaptación a cada caso particular según la situación, la edad, y especialmente el nivel de vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente.

3.1.2.4. Etapa de Contraste y triangulación.

En toda investigación cualitativa es importante contrastar los resultados obtenidos con las conclusiones de otros estudios previos. Se busca verificar la coincidencia o discrepancia, las analogías o divergencias entre la información obtenida en la consulta directa a los pacientes y las “variables de la literatura” para comprobar si lo que han expresado los pacientes en los grupos focales, está identificado en la literatura o aporta nuevos matices.

La triangulación se realiza con el mismo sistema de tabla de doble entrada, explicado en la etapa anterior. Se ponen igualmente las frases de los pacientes en las cabeceras de las filas, y en cambio, en las cabeceras de las columnas se colocan las “variables de la literatura”. Cuando hay coincidencia en los contenidos de unas y otras, se marcan la casilla de intersección. Esto permite detectar aquellas características identificadas por los pacientes que no están incluidas en estudios anteriores y que aportan información complementaria. Esta tabla de doble entrada se hace con la categoría de valoraciones positivas y negativas, pero no puede hacerse con los “otros aspectos” por no disponer de dicha información en las variables de la literatura.

3.1.2.5. Etapa de Teorización.

Esta última etapa consiste sintetizar los resultados de la investigación, es decir, ver la CMP con una nueva mirada que incorpore la visión de los pacientes, tanto la que ya estaba recogida en la literatura como las aportaciones obtenidas de la consulta directa a los pacientes, lo cual va a enriquecer el “cuerpo de conocimientos de la CMP”.

Para conseguirlo, se colocan los enunciados positivos en una columna y los negativos en otra, cotejándolos y alineándolos en un mismo nivel cuando hacen referencia a características comunicativas similares. Se reordenan todas según este criterio, identificando tantos niveles como sean necesarios. Una vez finalizada la ordenación e identificados todos los niveles posibles, se inserta una tercera columna entre ambas y, en el punto intermedio de cada nivel, se describe un nuevo enunciado, que incorpore de forma precisa, todos los aspectos de esa alineación, sin que se pierda ningún matiz de las ideas manifestadas por los pacientes, tanto en sentido positivo como en sentido negativo.

Como resultado se obtendrá una lista única de características comunicativas clave que debe tener un médico al graduarse, para ser capaz de responder a las necesidades y expectativas de los pacientes. Este será el modelo al cuál se debe tender en la formación en comunicación en el grado.

3.1.3. Consideraciones éticas de la consulta cualitativa:

La información que se recoge en la consulta cualitativa es de tipo sensible por lo que antes de iniciar el proyecto, se presenta al Comité de Ética de la Universidad Internacional de Catalunya (CER) para su valoración y aprobación. Se exponen claramente los criterios de inclusión y de exclusión de participantes en el estudio y no se inicia el trabajo de campo hasta obtener la aprobación correspondiente.

Antes de comenzar con las entrevistas y constitución de grupos, se informa del objetivo principal del estudio, mediante llamadas telefónicas y documento escrito (**ANEXO 3**) a los participantes potenciales. También se envía a las organizaciones que envían participantes, para que conozcan y aprueben la realización de entrevistas a miembros de sus organizaciones, a pesar de que los individuos que participan lo hacen a título personal.

A los participantes potenciales que muestran interés y que cumplen los criterios de inclusión, se les entrega información escrita y detallada del estudio. Una vez leído el documento y, en el caso de aceptación, se les solicita que firme el

consentimiento (**ANEXO 4**), con doble copia para que se quede una el propio interesado y la otra, se archiva de forma confidencial.

Con la firma del consentimiento se adquiere el compromiso de no hacer uso de la información para fines fuera del contexto del estudio y se da por aceptada la participación, la cual debe ser libre y voluntaria. Los datos de tipo personal serán eliminados convenientemente cuando se hayan recogido las observaciones que buscamos, perdiendo la posibilidad de identificación de los participantes. En el documento queda especificado el motivo del estudio, los objetivos de la investigación y en qué consistirá su participación, así como la necesidad de recoger algunos datos personales básicos que serán tratados con el nivel de confidencialidad correspondiente según la Ley de Protección de Datos Personales (LOPD - Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre). También se le informa que tiene la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, así como negarse a contestar cualquiera de las preguntas que se le planteen durante la entrevista.

Previamente al inicio de cada entrevista, se confirma la aceptación a participar y la firma del consentimiento informado de todos los participantes.

3.2. CONSULTA A LOS ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS

Esta consulta consiste en recoger la opinión de los estudiantes de Medicina en España respecto a la comunicación y la formación recibida en el Grado en Medicina, para: i) comprobar si los estudiantes dan importancia y comparten las características más valoradas por los pacientes respecto a la CMP, ii) identificar qué momentos del Grado son los más adecuados para impartir formación en comunicación y iii) según su punto de vista, cuáles son los métodos formativos más efectivos.

3.2.1 Elección del método e instrumento para la consulta

Para alcanzar estos objetivos y recoger el máximo de información en un único contacto y en un tiempo razonable, se considera apropiado utilizar metodología cuantitativa y como instrumento un cuestionario estructurado, realizado específicamente para esta consulta.

El cuestionario se pasará a los estudiantes de medicina de cualquier universidad española. Consta de 4 apartados cada uno de los cuales incorpora varias "preguntas cerradas"*. A excepción del apartado de datos generales, el estudiante responderá escogiendo una única opción entre las posibles respuestas valorándolas según una "escala tipo Likert"**, que siempre en todos los casos es ascendente, de menor a mayor acuerdo con el enunciado. Al final del cuestionario, se incluye una "pregunta abierta"*** para que los estudiantes puedan añadir algún comentario, aclaraciones o ampliar información.

El estudiante responde el cuestionario directamente, sin la presencia de un encuestador entrenado, de forma que lo puede hacer de forma abierta y sincera, en el momento en que le vaya mejor, dedicando el tiempo necesario, sin ningún condicionamiento por parte del investigador. Al cuestionario se accede mediante link enviado por correo electrónico, con un encabezado donde se le informa del objetivo del cuestionario y del tiempo de activación del mismo, momento a partir del cual, no se recogen más respuestas.

* **Preguntas cerradas:** aquellas que contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas.

** **Escala tipo Likert:** Escala psicométrica frecuentemente utilizada en cuestionarios que propone diversas respuestas en las que se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una pregunta, ítem o elemento.

*** **Pregunta abierta:** aquella en la que el cuestionado elabora su propia respuesta sin escogerla entre una lista propuesta.

3.2.1.1 Elaboración del cuestionario

Hacer una consulta a un gran número de estudiantes de medicina, es una oportunidad difícilmente reproducible, por lo que es importante detenerse en la preparación del mismo con la visión de cubrir todos los objetivos marcados, asegurando que se recogen todas las variables que interesan.

A continuación se indican los 4 apartados en que está estructurado el cuestionario:

- Primer apartado: **Datos generales** de los encuestados:
Género, curso, universidad, estudios previos, especialidad médica de preferencia, si los padres son o no de la rama sanitaria.
Se incorporan estas variables por si alguna de ellas puede aportar información complementaria al análisis de resultados.
- Segundo apartado: **Importancia que se da a la CMP y al nivel formación recibida.** Aquí se diferencian dos consultas:
 - o Nivel de importancia que da el estudiante a ser formado en CMP.
 - o Nivel de formación recibido en esa competencia.
- Tercer apartado: **Conocimiento de las expectativas de los pacientes respecto a la CMP.**
Se le consulta al alumno, cómo futuro médico, su valoración de la lista de variables de la literatura.
- Cuarto apartado: **Impacto y utilidad de los diversos métodos formativos** para la mejora de la comunicación con los pacientes.
Cuál es la formación recibida y el punto de vista del estudiante, respecto a los métodos más efectivos para mejorar las capacidades comunicativas durante el grado en medicina.
- Espacio para comentarios abiertos del estudiante: opiniones, complementar información, puntualizar respuestas,...

En todos los apartados, el estudiante indica su nivel de acuerdo o de importancia que da a los enunciados propuestos. Las opciones de la escala se presentan con enunciados de texto corto. Las respuestas colocan al estudiante en una actitud positiva o negativa acerca de la cuestión presentada en el enunciado. La respuesta en forma de texto, facilita al estudiante a situarse en un contexto social particular y su respuesta permite recoger sus actitudes o predisposiciones individuales, que es lo que se pretende. De esta forma, al hacer el análisis se puede matizar la opinión expresada, comprobando la intensidad de los sentimientos y el "grado de conformidad" del encuestado con las afirmaciones que se le proponen. Para la realización del análisis, estos textos cortos se trabajan como números.

Una vez realizado el borrador con las preguntas de cada apartado, se envía a dos expertos en elaboración de cuestionarios para realizar una primera revisión, a partir de la cual se introducen pequeñas correcciones tanto en algunos

enunciados como en los textos de las escalas. Se establece que las escalas de cada apartado deben seguir una misma cadencia, de menor a mayor nivel de acuerdo o nivel de importancia. También se determina que sean cuatro las posibles opciones de respuesta. Esta decisión tiene en cuenta la población a la que se dirige el cuestionario, con la intención de evitar la tendencia a elegir la opción central, conocida como "*central tendency bias*" (12), y así obtener tendencias más claras hacia las valoraciones positivas o negativas.

Sólo se puede marcar una respuesta para cada ítem, indicando el grado de conformidad, el nivel de importancia, el nivel de acuerdo o el nivel de utilidad, según responda coherentemente a cada pregunta.

En la conversión a números (de 0 a 3) el "0" se corresponde con: "ninguno", "no importante", "nada", "en desacuerdo" o "nada útil" y, el "3", que será la respuesta más alta, se corresponde con: "mucho", "imprescindible", "alto", "completamente de acuerdo" o "muy útil". (Ver el cuestionario completo en el **ANEXO 11**)

Una vez introducidas las rectificaciones sugeridas por los expertos, se realiza una prueba piloto entregando el cuestionario a 7 sujetos que no contarán como encuestados. Se les solicita la valoración de los textos introductorios del cuestionario, los enunciados a las preguntas, los niveles de respuesta, el número de preguntas y el tiempo destinado a los diversos apartados. La prueba permitió introducir alguna mejora adaptada a los estudiantes y calcular el tiempo dedicado a realizar el cuestionario completo que, en ningún caso excedió de 5 minutos.

Con los nuevos ajustes, se prepara la base de datos y el medio de envío para llegar de la forma más ágil al máximo de estudiantes.

3.2.1.2 Preparación de la base de datos y envío del cuestionario

En las pruebas piloto, tanto los estudiantes como algún docente consultado proponen la preparación del cuestionario en formato electrónico. En vista de la fácil adaptación del cuestionario a ese tipo de formato, se decide hacer una segunda vuelta de pruebas piloto.

Gracias a estas, se comprueba que se mantiene el tiempo de ejecución y el proceso en su conjunto se simplifica mucho, llegando con más facilidad a los estudiantes y recogiendo sus respuestas de forma automática en la base de datos, la cual se puede consultar día a día. El estudiante al responder el cuestionario no envía correo electrónico, sino que, los datos de respuesta se incorporan directamente en la base de datos asociada, de forma que queda asegurada la confidencialidad de la información sin posibilidad de rastrear quién ha respondido.

Una vez validadas las pruebas y comprobado el funcionamiento del sistema de recogida, se realizan las últimas modificaciones menores y los ajustes correspondientes en la base de datos, dándose en este momento el cuestionario por definitivo, pasando a determinar la forma de envío y difusión.

Se determina hacer el envío del link de enlace al cuestionario mediante correo electrónico. El medio es muy efectivo, pero la dificultad está en el disponer de los correos electrónicos de "todos" los estudiantes de medicina españoles. Como los estudiantes no tendrán un contacto directo con el investigador, dicho correo deberá incorporar un texto introductorio para asegurar que antes de acceder al enlace saben de qué se trata el estudio (**ANEXO 9**). Además se adjunta un documento informativo más completo (**ANEXO 10**) y, por supuesto, el enlace que dirige automáticamente al cuestionario (**ANEXO 11**). Se les informa del tiempo en que estará disponible el cuestionario y, momento a partir del cual no se admiten nuevas respuestas.

En cuanto se envían los correos, las respuestas no se hacen esperar, y el método de recogida resulta ser muy práctico.

3.2.1.3 Población de estudio

La población a quienes va dirigida esta consulta son los estudiantes de las facultades de medicina españolas, de cualquier curso, género y nacionalidad. Por lo anteriormente comentado, se trata de una población que no es fácilmente accesible, ni existe una base de datos fiable, pero según datos de la conferencia de decanos del año 2014, que es cuando se realiza la consulta, la población diana total es aproximadamente de 34.500 estudiantes.

3.2.1.4 Criterios de inclusión y exclusión en la muestra

Criterios de inclusión en el cuestionario: Se incluyen en el estudio todos los estudiantes de medicina que estén cursando sus estudios en España en el momento de consulta, de cualquiera de los seis cursos de medicina y de cualquier universidad española, incluidos los estudiantes que se encuentran en situación de movilidad. Todos los estudiantes de medicina que reciban el link podrán responder si lo desean.

Criterios de exclusión a responder el cuestionario: No hay criterios de exclusión a priori. No hay alumnos de otros estudios en los foros a los que se envió el correo electrónico.

Como la población diana es amplia, dispersa y de difícil acceso, se decide hacer un "muestreo no probabilístico accidental" *.

Habitualmente las consultas a los estudiantes para estudios o investigación, se realizan por solicitud a los decanos de cada facultad, pero, en este caso, se considera más apropiado hacerlo mediante las estructuras estudiantiles, con el objetivo de que los estudiantes lo reconozcan más propio y respondan al cuestionario de forma más sincera y sin condicionantes. Se contacta con Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) que es la agrupación de los representantes, legales y acreditados, de los estudiantes, de las Facultades de Medicina españolas.

El CEEM tiene en cada facultad, 3 miembros elegidos democráticamente, quienes participan en las diversas actividades y comisiones de trabajo. Estos, se agrupan en delegaciones con sus propios foros internos de comunicación que permiten el intercambio de experiencias e ideas y que ayudan recopilar o divulgar la información que pueda afectar a los estudiantes. A los foros acceden estudiantes de todos los cursos del grado en medicina.

A partir de ese medio de difusión, los estudiantes podrán responder a la consulta si tienen la voluntad de hacerlo. Según las respuestas recibidas, se comprobará si el número de participantes es suficiente y si se encuentran representados estudiantes de todos los cursos.

3.2.1.5 Cálculo de la muestra:

Según datos de la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina del curso 2013-2014 había 34.500 estudiantes en las 39 facultades de medicina españolas. Debido a la imposibilidad de acceder a toda la población, se calcula el tamaño necesario de la muestra de estudio con las siguientes premisas: permitir un nivel de precisión o margen de error del 4% y un nivel de confianza del 95%, teniendo en cuenta un nivel de heterogeneidad como máximo del 50%. Lo que nos indica que el tamaño muestral recomendado es de 590 individuos.

Margen de Error aceptable:	4 %
Nivel de confianza :	95 %
Tamaño del universo a encuestar:	34500
Nivel de heterogeneidad	50 %
El tamaño muestral recomendado es:	590

* **Muestreo no probabilístico accidental:** Se utiliza cuando se trata de estudiar una población grande y dispersa de la que no se dispone de ningún listado y recoge a los sujetos en base a su presencia o no, en un lugar y un momento determinado.

No se realiza ninguna intervención sobre la muestra. Se informa que los datos recogidos serán utilizados únicamente para el estudio en cuestión.

3.2.2 Consideraciones éticas de la consulta cuantitativa

La información que se recoge en la consulta cuantitativa también es de tipo sensible por lo que, del mismo modo que la cualitativa, se presentó en el proyecto al Comité de Ética de la Universidad Internacional de Catalunya (CER) para su valoración y aprobación, antes de iniciar el estudio. El trabajo de campo no se dio comienzo hasta haberla obtenido.

Los criterios de inclusión de participantes están definidos y se especifican los datos personales que se van a recoger para dar respuesta los objetivos marcados como son: género, edad, curso, universidad en la que estudian, si los padres son médicos y especialidad de preferencia,... Al tratarse de una respuesta electrónica, sin recogida del correo electrónico de quien contesta, no se identifica de ninguna forma a los participantes.

Se entrega la información que se adjuntará al cuestionario tanto en el cuerpo del correo que se envía junto con el enlace para acceder al cuestionario (**ANEXO 9**) como la información que se adjunta al propio cuestionario (**ANEXO 10**) donde queda especificado el motivo del estudio, los objetivos de la investigación y en qué consistirá su participación. Se les informa que los datos personales básicos recogidos se tratarán con el nivel de confidencialidad correspondiente según la Ley de Protección de Datos Personales (LOPD - Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre). El estudiante consentirá voluntariamente en el momento en que completa el cuestionario, en caso de no aceptar voluntariamente, no lo completa.

3.2.3 Recogida de datos de los estudiantes.

Previamente al envío definitivo del cuestionario, se reúne a los delegados del CEEM en la Facultad de origen del estudio, explicándoles la importancia de la difusión del enlace acompañado del documento informativo. Los participantes en la reunión hicieron una última prueba piloto comprobando la comprensión y la facilidad en la respuesta.

La recogida de datos se realizó en dos periodos: de marzo a mayo de 2014, y un segundo recuento de septiembre a noviembre 2014.

A las pocas horas de realizar el envío, se empiezan a recibir respuestas que se incorporan automáticamente a la base de datos preparada a tal efecto, relacionada directamente con el cuestionario. Todas las respuestas recibidas (654) son válidas por la forma en que se creó el formulario ya que si este no se completa correctamente, la respuesta no entra en la base de datos.

4. RESULTADOS:

4.1. RESULTADOS DE LA CONSULTA A PACIENTES.

4.1.1. Características de la muestra:

En total, se enviaron 38 invitaciones directas consiguiendo 25 participantes en 4 grupos focales. 10 personas fallaron por dificultades para adaptarse a los horarios propuestos para las diferentes reuniones y, sólo 3 personas no respondieron a la invitación.

En la siguiente tabla (Tabla 4) se observa el total de invitados y participantes en cada grupo (indicados por números) y a qué elementos clave representaban (indicados con "X"), es decir: qué rango de edades (niños, adultos, ancianos); qué entornos sociales (entorno rural o urbano); qué niveles asistenciales (ambulatorios, hospitalarios); qué tipo de patología (crónica, aguda, grave).

Una de las participantes en la entrevista en profundidad no se contabiliza pues estaba también incluida en un grupo focal y en él sí que fue contabilizada.

Tabla 4 - Resumen de la muestra de la consulta a los pacientes

	Invitados	Participantes	Hombres	Mujeres	A quién representan									
					Niños	Adultos	Ancianos	Entorno semi-urbano, rural	Entorno urbano, ciudad	Ambulatorio	Hospitalario	Patología crónica	Patología aguda	Paciente grave
Grupo focal 1:	7	7	3	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Grupo focal 2:	12	6	1	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Grupo focal 3:	9	6	1	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Grupo focal 4:	9	5	1	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrevista en profundidad 1:		*		*	x	x			x		x		x	x
Entrevista en profundidad 2:	1	1		1	x	x	x	x		x	x	x	x	
	38	25	6	19										

Teniendo en cuenta las aportaciones de todos los grupos, se puede afirmar que la muestra es suficientemente representativa. En el **ANEXO 5**, se puede ver con más detalle la constitución de cada uno de los grupos focales.

Además de la representatividad que es importante, cabe destacar algunos detalles respecto a la muestra:

- Los pacientes aprecian ser consultados y tener la oportunidad de exponer sus experiencias y percepciones. Reconocen que la relación con el médico que les atiende condiciona la confianza entre ambos, el hecho de seguir bien el tratamiento indicado, volver o no a la consulta o incluso modificar la actitud de afrontamiento de la enfermedad. Ellos, en general, quisieran hacer llegar su visión a los profesionales tanto en lo positivo como en lo negativo, cosa que según comentan, ocurre en pocas ocasiones. Ven difícil trasladar sus sentimientos en el momento mismo del encuentro, pues a menudo se hallan en una situación de cierta vulnerabilidad. No siempre se encuentra el espacio o el momento para expresar lo que se está sintiendo. Incluso, a veces, en el mismo momento de la visita, no reconocen que parte de su inquietud y angustia se deben a la forma en que ha recibido la información o se ha producido la relación. Es mucho más tarde, al revisar con distancia y tranquilidad su caso o, al explicarlo a amigos o familiares, cuando se da cuenta de la falta de tacto o la mala comunicación que se estableció en dicho encuentro. Es entonces cuando al paciente le hubiera gustado haber dicho algo, que hubiera supuesto un cambio en la situación o en la relación,... pero ya no saben a dónde dirigirse o les parece que no va a tener ningún efecto o que le puede repercutir negativamente para futuras visitas. Por este motivo no suelen decir nada o, en algunos casos, lo transmiten a la “unidad de atención al usuario” del centro donde han sido atendidos, pretendiendo que el mensaje llegue a la organización, a menudo sin hacer constar el nombre del profesional y sin asegurar que el mensaje haya llegado directamente a este, con lo cual no se promueve directamente el cambio de actitud. Por eso, se sienten satisfechos de tener este encuentro en un entorno que favorece la expresión sin condicionamientos.
- El hecho de incorporar representantes de las unidades de atención al usuario de centros hospitalarios, ambulatorios, urbanos y rurales ha permitido completar la visión de algunas voces que no hubieran tenido suficiente presencia en los grupos, por ejemplo la de pacientes de sociosanitarios o personas con pocas capacidades.
- La presencia masculina ha sido claramente menor, sin que haya habido un motivo concreto que lo justifique. La invitación se ha hecho indistintamente a personas de ambos sexos aunque la participación final ha sido principalmente femenina, pero es importante tener en cuenta que su voz ha sido

representada por cuidadores y especialmente por los trabajadores de unidades de atención al usuario.

- Los trabajadores de las unidades de Atención al Usuario (UAU) son mayoritariamente mujeres y eso también ha decantado a la mayor presencia femenina pues dos de grupos focales estaban compuestos por equipos UAU.

4.1.2. Resultados de la etapa de categorización y conceptualización de la información.

Del análisis del contenido de todas las entrevistas, se recogen un total de 204 frases/enunciados destacables, los cuales se asignan a una de las **tres categorías**: según si hacen referencia a características positivas, negativas o, a otros aspectos. (Tabla 5)

Tabla 5 - Categorización de la información recogida en las entrevistas y grupos focales

Frases	Tipo de enunciado	Enunciados	Atributos/ rasgos comunicativos
204	Positivos	95 (ANEXO 6)	17
	Negativos	69 (ANEXO 7)	13
	Otros	40 (ANEXO 8)	-----

Los enunciados de los pacientes se correlacionan con características comunicativas (Etapa de categorización), y, para hacer estas más manejables se concretan en conceptos a los que se denomina “atributos comunicativos” (Etapa de conceptualización). El atributo identifica una cualidad, una propiedad o un rasgo comunicativo específico, pero su descripción recopila los detalles y matices que han identificado los pacientes en las entrevistas.

Los 95 enunciados positivos, se concretan en **17 atributos positivos** que recogen en su descripción con alto nivel de detalle los contenidos expresados por los pacientes, se presentan a continuación por orden de mayor aparición en las entrevistas y se representan en el Gráfico 2:

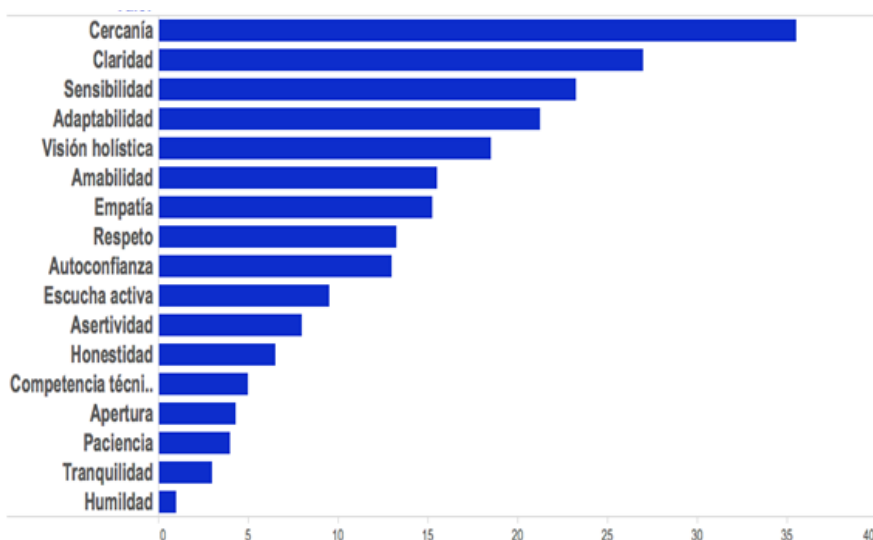
- La **cercanía**, entendida como una actitud sensible hacia el paciente y su entorno, aproximándose con delicadeza en el trato, con consideración y tacto, de acuerdo a la situación concreta en la que se encuentra el paciente. El médico muestra un trato cercano, personal, cordial, centrado en la persona, humano, acompañando, con complicidad.
- La **claridad** en la información utilizando un lenguaje asequible según sea el interlocutor, dedicando tiempo a explicar con claridad, de forma completa y fiable, hasta el nivel que el paciente solicite y sea capaz de asumir, haciéndolo

poco a poco, en el momento y de la forma adecuada, aclarando) dudas que al paciente le surjan, buscando la forma y el momento más adecuado.

- La **sensibilidad** e interés por el paciente, que se muestra en el lenguaje no verbal, la mirada, el acercamiento físico e incluso el contacto sensible, si es apropiado, la sonrisa, de forma que el paciente sea consciente de que el profesional se interesa y se preocupa por él.
- La **adaptabilidad** a todos los aspectos: cognitivos, a la edad, el sexo, el lenguaje, el momento, la situación de gravedad, el entorno físico,... de forma que el profesional se asegura que él comprende y que a él le comprenden.
- La **visión holística**, centrado en el motivo de consulta, pero atendiendo también a sus necesidades psicológicas, personales, sociales, laborales, de hábitos,... Tratando de entender todas sus necesidades y acompañando u orientando a otros profesionales en caso de necesidad durante todo el proceso.
- La **amabilidad** en cuanto a mostrar simpatía, optimismo, atendiendo con cortesía, cordialidad, benevolencia y afecto. Atendiendo con muestras de simpatía, optimismos, alegría e incluso cariño. Facilitando la forma de contactar en caso de necesidad.
- La **empatía** esforzándose por entender el punto de vista del paciente, comprendiendo lo que siente desde su posición y mostrando que se quiere ayudar.
- El **respeto** no sólo hacia la persona, sino a su entorno, en su situación, teniendo en cuenta a las decisiones que toma él mismo o su familia. Conociendo y respetando sus derechos como paciente. Siendo objetivo, sin juzgar.
- La **autoconfianza** pues el paciente espera que el médico muestre una actitud de confianza en sí mismo, transmitiendo seguridad que hace que el paciente establezca una mejor relación interpersonal y tenga una mayor adherencia al tratamiento o a las indicaciones. Fideliza al paciente.
- La **escucha activa** poniendo atención completa en el momento actual, mostrando interés, interpretando la comunicación verbal y no verbal del paciente y su entorno
- El ser **asertivo**, hablando al paciente con franqueza y claridad, tanto en el lenguaje como en el mensaje. Corrigiendo si es necesario sin herir ni lastimar.
- La **honestidad**, siendo sincero, y facilitando información fiable o la fuente dónde conseguirla.

- La **competencia técnica**, mostrando los conocimientos suficientes, sin excederse en datos, información o pruebas, entendiendo que el paciente también tiene capacidad de conocer, pero asumiendo su rol de experto competente.
- La **apertura de mente** presentando las diversas alternativas de actuación, atendiendo la visión del paciente y dejándole participar hasta el nivel en que sea adecuado.
- La **paciencia** en cuanto a su actuación, sin mostrar apresuramiento, dedicando a cada persona el tiempo que sea conveniente.
- La **tranquilidad**, que transmite cuando se acerca al paciente o su entorno.
- La **humildad** como actitud contraria a la prepotencia, que como veremos es algo que el paciente considera inadecuado pero frecuente.

Gráfico 2 – Atributos positivos según la valoración de los pacientes



Los 69 enunciados negativos se concretan en **13 atributos negativos**. Se trata de características que el paciente preferiría no percibir en los encuentros clínicos. En la descripción de cada uno de ellos, se incorporan los detalles y matices que los pacientes han querido expresar. Son los siguientes, se enuncian y seguidamente se representan en el Gráfico 3:

- La **insensibilidad**, sin tener en cuenta a la persona que tiene delante ni su contexto, ni las situaciones particulares. Sin mirar directamente a la cara o dirigir la mirada, sin cuidar la atención, o dando sensación de antipatía.
- La **arrogancia** es de las características que peor valoran los pacientes. Especialmente cuando transmite sensación de menosprecio, de que pasa un poco o mucho del paciente o incluso que no le trata bien. Como si el paciente le molestara y sin asumir los posibles errores.
- La **imprecisión**, dando exceso o falta de información de la situación, de la enfermedad, del pronóstico o de lo que se va a hacer (cursas, pruebas,...)
- La **intimidación** da sensación de miedo o exceso de respeto, poca accesibilidad. Puede ser por una actitud fría, seria o negativa lo que da sensación de inseguridad, desconfianza o negativismo.
- La **incomprensión** por falta de escucha activa, de atención o de interés, sin detectar la comprensión o incomprensión por parte del paciente, dejando preguntas sin respuesta o dudas sin resolver.
- El **aturdimiento** en cuanto a confusión o apabullamiento, por exceso de información, celeridad con que se da o por no adaptación a las capacidades naturales o temporales del paciente.
- La **descoordinación** entre miembros del mismo equipo o del equipo interdisciplinar. Esto genera repetir a menudo la misma información, sensación de que no se comunican bien entre ellos y también lleva a la desconfianza que motiva múltiples preguntas y pérdida de tiempo.
- El **apresuramiento** en la actuación, como si no tiene tiempo para la persona. A veces con el mismo tiempo un profesional da sensación de tener que acabar rápido y otro no, por lo tanto es algo controlable y que no es necesario transmitir al paciente.
- La **desconsideración** especialmente mal vivida cuando se trata de personas especialmente sensibles como niños, adolescentes, ancianos, con alguna discapacidad,... Poner mayor atención al acompañante que al propio paciente o simplemente sin tenerlo en cuenta.
- El **nerviosismo** sin dejar que el paciente pueda asumir la información. Muestra una cierta inseguridad. Generalmente se traslada al equipo y se percibe por el paciente.
- La **desinformación** sin explicar bien la información o dar una información que confunde o no resulta útil al paciente.

- La **descortesía** mostrada como una falta de intimidad, sin respetar el pudor de la persona o sus miedos o creencias.
- Los **tecnicismos**, que dificultan la comprensión o la interpretación de lo que se ha comunicado.

Gráfico 3- Atributos negativos según valoración de los pacientes



Con los 40 enunciados que recogen “otros aspectos” que afectan a la CMP, no se realiza el proceso de conceptualización, ya que son aspectos complementarios que no se refieren exactamente a rasgos o características comunicativas concretas pero que afectan a la percepción de los pacientes o interfieren de alguna forma en la relación entre ambos. Revisando las redundancias y repeticiones, se reducen a 18 enunciados. Estos aspectos ta, no tanto para concretar la formación en comunicación, pero si para trabajar en el profesionalismo de los estudiantes de medicina, en un sentido más amplio.

A continuación se presentan ordenados según la frecuencia de aparición en las entrevistas:

- La falta la figura de un coordinador o referente del proceso en su conjunto.
- El desconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes.
- Se debe atender al género, edad, gravedad, dependencia o capacidad del paciente.
- Se necesita formación temprana de los médicos en comunicación y en aspectos humanos.

- La vocación debería ser aspecto básico de un médico.
- Se le supone un nivel alto de conocimiento.
- A veces se percibe una actitud arrogante, no sólo en la comunicación.
- Se espera que tenga una actitud humilde cuando no se tiene el conocimiento suficiente.
- Que sea capaz de reconocer la importancia del contexto social y laboral del paciente.
- Que sepa mantener una cierta distancia.
- Que sea capaz de tener una visión del proceso a largo plazo.
- Aspectos organizativos que afectan a la comunicación: el espacio, las agendas, soporte, distribución del espacio, a veces distancia y dificulta la comunicación.
- El uso de tecnologías que acercan o a veces son una barrera(117).

4.1.3. Resultados de la etapa de estructuración y agrupación de los datos

En esta etapa se han realizado las 3 agrupaciones con los resultados que se presentan a continuación.

4.1.3.1. Primera agrupación

Clasifica los atributos positivos (Gráfico 4) y negativos (Gráfico 5), según se refieran a características de tipo personal, relacional o técnica(16).

Permitirá concretar métodos y contenidos formativos adaptados a las expectativas de los pacientes. Se podrá asignar un mismo atributo a más de un grupo, sin que suponga una dificultad para la interpretación.

Se observa que los pacientes aprecian principalmente las características de tipo relacional y en el siguiente orden: Cercanía, claridad, sensibilidad, adaptabilidad, visión holística, amabilidad, empatía escucha activa, asertividad, apertura de mente y paciencia. Seguidas por las de tipo personal y finalmente las características de tipo técnico.

En cuanto a las características valoradas más negativamente son los de tipo personal los que más rechazan los pacientes, como son: Insensibilidad, arrogancia, intimidación, desconsideración, y en segundo término, los de tipo técnico y relacional en el mismo grado.

Gráfico 4 - Agrupación de los atributos positivos según características comunicativas de B. Burford

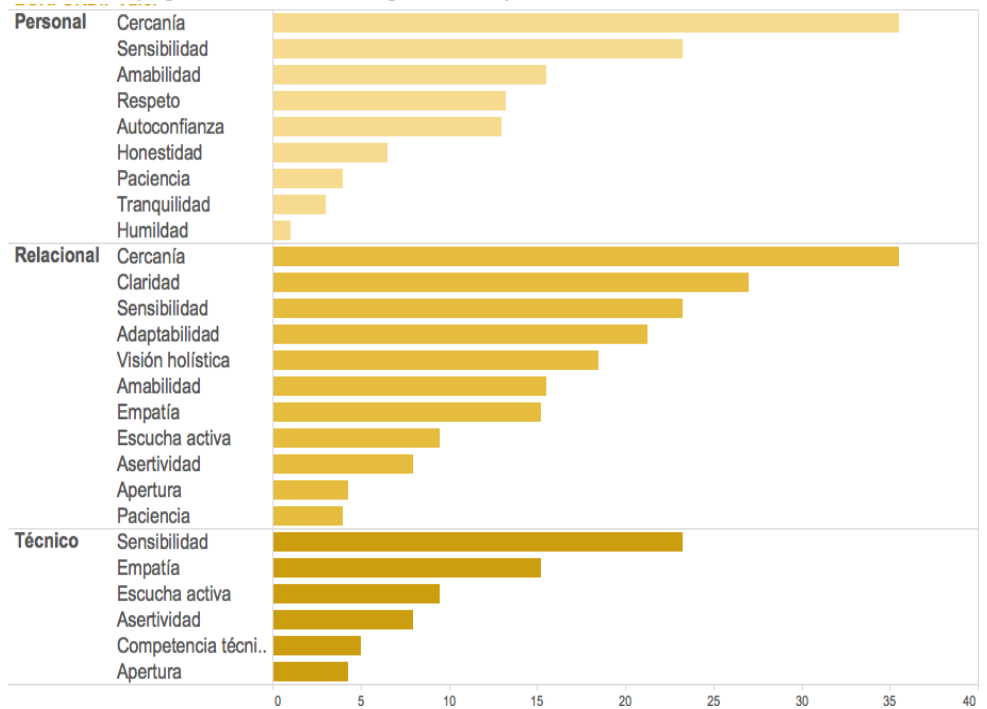
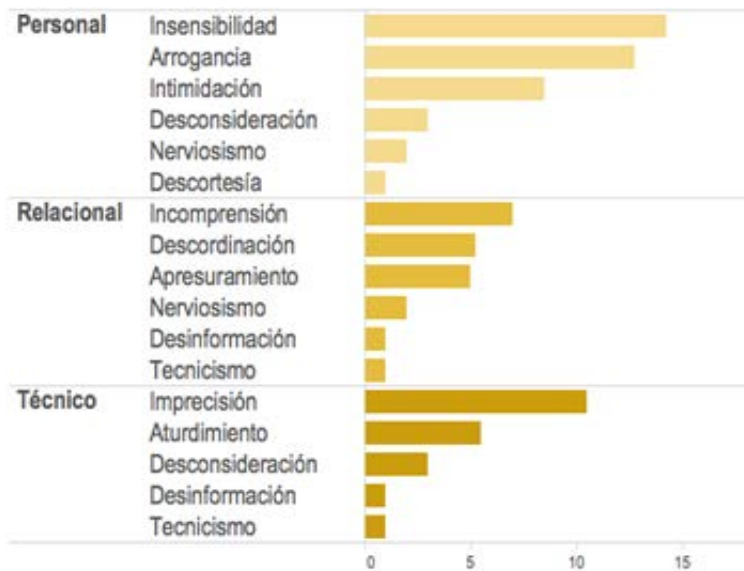


Gráfico 5 - Agrupación de los atributos negativos según las características comunicativas de B. Burford



4.1.3.2. Segunda agrupación

Esta segunda agrupación se realiza según las dimensiones comunicativas que tienen lugar en el contexto del encuentro clínico, especialmente aquellas que se han identificado y extraído de las entrevistas a los pacientes y, que son las siguientes: Adaptativa, afectiva, receptiva, expresiva, de competencia técnica y de coordinación.

11 de los 17 atributos positivos se relacionan con la dimensión afectiva, y justamente aquellos que han aparecido en más ocasiones en las entrevistas, seguidos de la dimensión adaptativa en que hay 5 atributos relacionados, teniendo las otras dimensiones mucha menor representatividad. (Gráfico 6)

6 de los 13 atributos negativos se refieren a la misma dimensión afectiva: insensibilidad, arrogancia, intimidación, apresuramientos, nerviosismo, descortesía, y 5 a la dimensión expresiva del profesional, por mostrar insensibilidad, imprecisión, desinformación, tecnicismos. Las demás dimensiones están menos referenciadas. (Gráfico 7)

El sentido de esta agrupación permite ver qué tipo de habilidades deben priorizarse en la formación para responder a las necesidades manifestadas por los pacientes.

Gráfico 6 - Agrupación de los atributos positivos según las dimensiones comunicativas del encuentro clínico

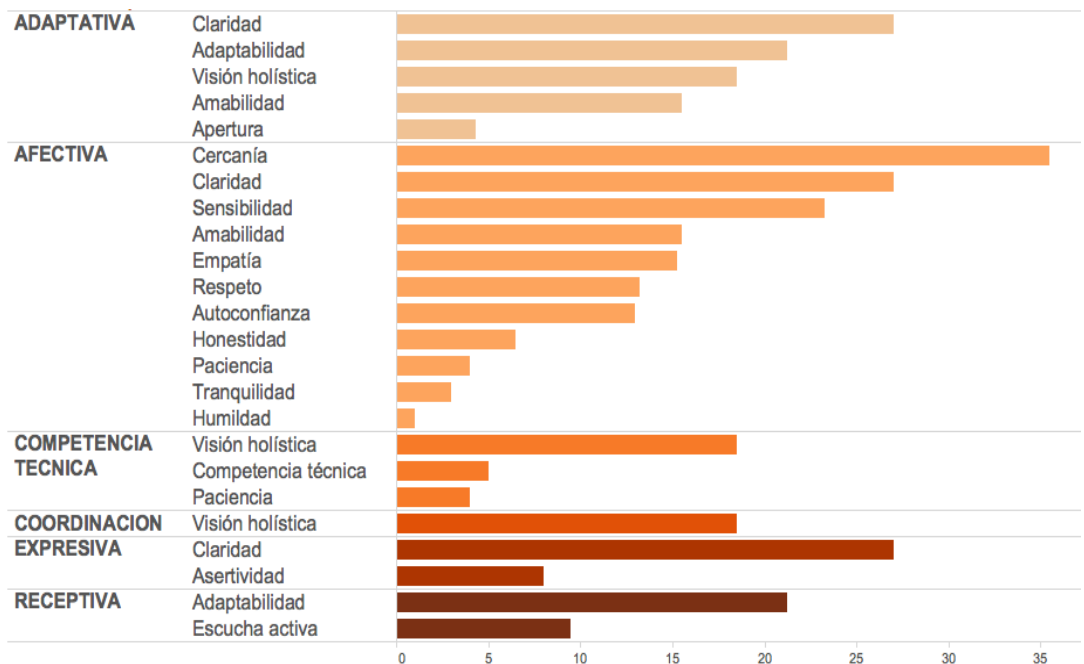
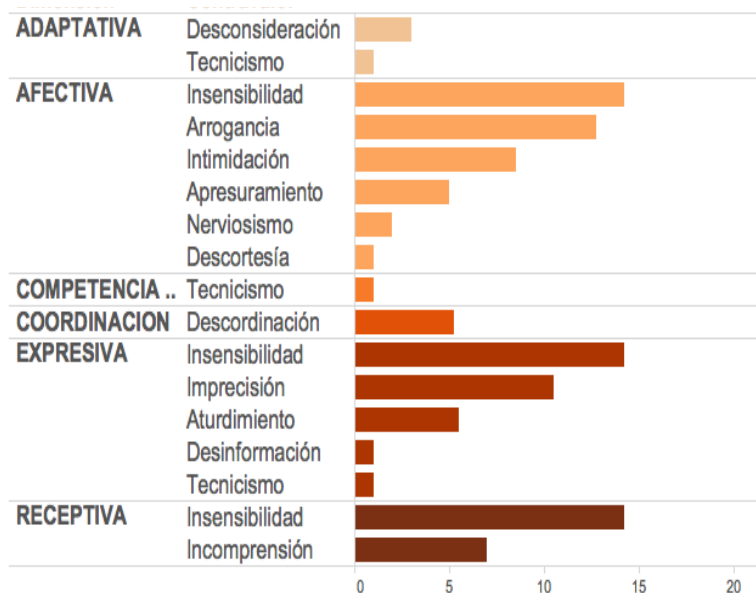


Gráfico 7 - Agrupación de los atributos negativos según las dimensiones comunicativas del encuentro clínico



4.1.3.3. Tercera agrupación

La tercera agrupación clasifica los atributos siguiendo el marco conceptual identificado por Ong(75) y permite identificar cuál es el momento más adecuado para favorecer la formación de los estudiantes.

Tanto los atributos positivos (Gráfico 8) como los negativos (Gráfico 9), en su mayoría, se refieren a variables del contexto. Esto indica que la formación en las características que más valoran los pacientes, se debe centrar principalmente en recursos educativos que favorezcan el aprendizaje en situaciones de contexto o previamente a tener contactos clínicos.

Gráfico 8- Agrupación de los atributos positivos según la variables de Ong.

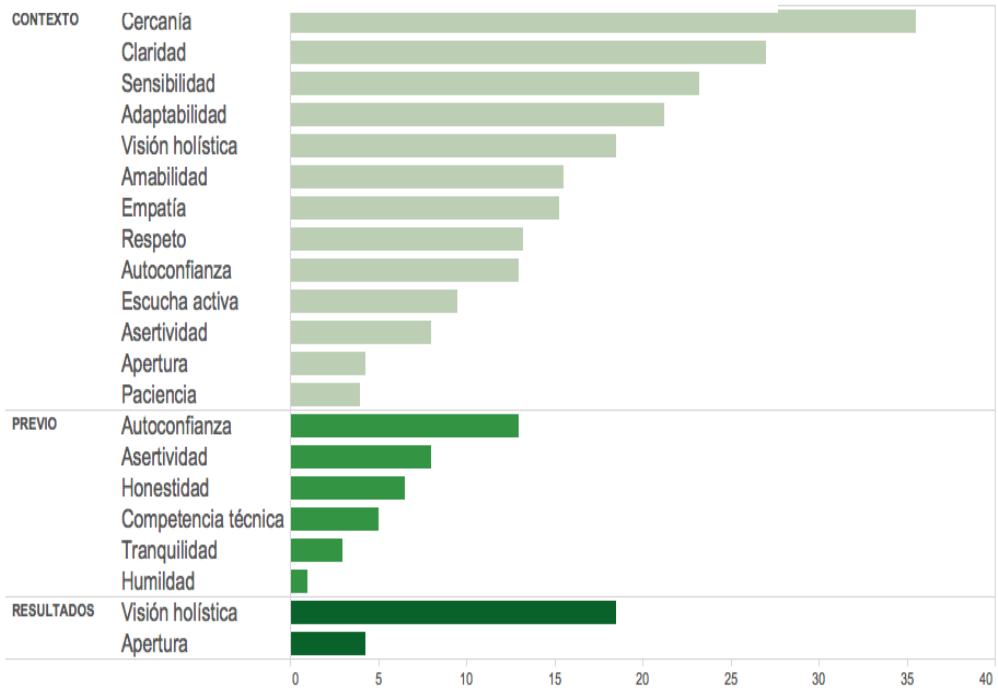
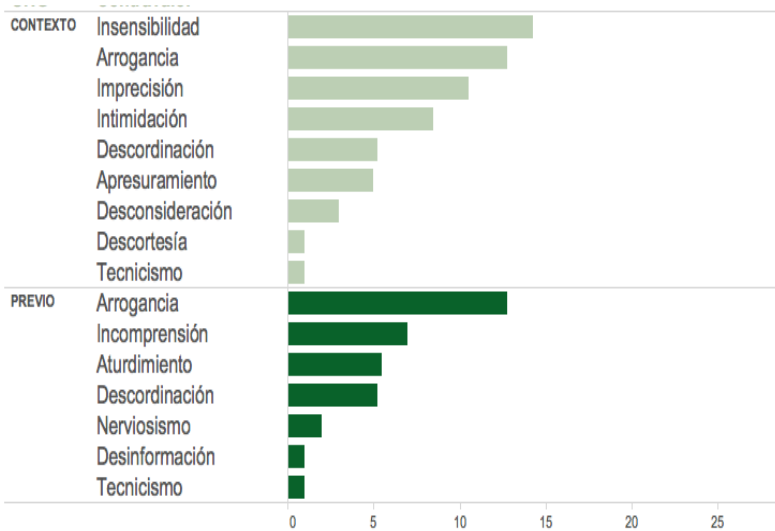


Gráfico 9 - Agrupación de los atributos negativos según la variables de Ong.



4.1.4. Resultados de la etapa de contraste y triangulación:

Se contrastan los enunciados obtenidos en las entrevistas a los pacientes con las variables de la literatura. Lo que expresan los pacientes en las entrevistas se corresponde en gran medida con las variables de la literatura, pero los pacientes aportan matices de interés que se observan en las (Tabla 6 y Tabla 7)

Tabla 6- Tabla de triangulación pacientes/literatura características positivas

El paciente espera que el médico:

De una atención especial a los niños, ancianos, personas con alguna discapacidad,...
De una atención adecuada a la familia y entorno del paciente.
Conozca y atienda los derechos de los pacientes.
Ofrezca alternativas a la propuesta de tratamiento.
Sea alegre y optimista.
Actúe con humildad, sin actitud de engreimiento.

Tabla 7 - Tabla de triangulación pacientes/literatura características negativas

Falta de adaptación al momento y situación adecuado.
Intimidación, da miedo, exceso de seriedad.
Excesiva distancia entre médico y paciente.
Falta de escucha activa.
Falta de respeto por el tiempo del paciente.
Exceso de información.
Que no sepa informar de malas noticias.
Falta de tacto y respeto con otros colaboradores.
Un mal trato al paciente.
Insuficiente intimidad.
Falta de adaptación a niños, ancianos, discapacidades,...
Que le de una información incorrecta.
Falta de optimismo, actitud negativa.

Los matices positivos y negativos se pueden concretar en 13 nuevas aportaciones:

- Se hace mucho hincapié en la capacidad de **adaptación a cada caso**, especialmente cuando se trata de niños, ancianos o mayores, o personas con alguna dificultad en su comunicación. Este aspecto es especialmente manifestado por los acompañantes y familiares.

- **El valor de la comunicación con la familia.** El paciente a menudo se encuentra agobiado y no interpreta bien los mensajes por lo que se apoya en su familia y espera que ellos puedan recibir también la información.
- La **actitud alegre y optimista del médico** es valorada positivamente. 6 referencias negativas se relacionan con el mal humor o falta de entusiasmo del profesional, 3 veces como seriedad o sensación de intimidación y miedo, 2 veces en cuanto a la distancia entre el médico y el paciente, 1 vez la actitud negativa o le falte optimismo al enfocar el afrontamiento a la situación de enfermedad.
- **Prepotencia o engreimiento.** Se han recogido más de 15 referencias negativas por la falta de sensibilidad, delicadeza, tacto o consideración. 12 a la arrogancia, prepotencia, sensación de menosprecio y de que "pasan de ti" y, cerca de 10 referencias a la sensación de miedo, de actitud seria o negativa del profesional.
- La **escucha activa**, Es un aspecto que requiere su técnica y formación.
- Permitir la **elección entre las diversas alternativas de tratamiento.** El paciente suele estar informado del tratamiento, no siempre de las alternativas, pero la queja es que no se le considera como parte de la decisión.
- **El paciente valora** que **su tiempo** sea tenido en cuenta. La espera o la pérdida de tiempo para realizar visitas ya no tiene el nivel de tolerancia de hace unos años. Se respeta la actividad del médico, pero se espera que él también tenga en consideración el tiempo de pacientes y familiares.
- El **saber informar de malas noticias.** Los sentimientos de los médicos interfieren en su capacidad de comunicación. En la transmisión de malas noticias, los pacientes requieren un trato delicado, comprensivo y de acompañamiento, y con frecuencia el médico muestra una actitud de huida con fallos importantes en la comunicación.
- La **falta de tacto y respeto con sus colaboradores.** Esa imagen da inseguridad respecto al médico, como persona y como profesional.
- **No tratar bien al paciente.** Sensación de no ser bien tratado en el sentido de no ser tenido en cuenta, como si no estuviera o no tuviera nada que decir.

- **Insuficiente intimidad.** La falta de intimidad se refiere a pequeños detalles que cortan al paciente o que le dan inseguridad como mantener la puerta del consultorio o de la habitación abierta mientras se hace una consulta, que entre y salga personal asistencial ajeno al acto concreto mientras se está realizando, que entre alguien a hacer un comentario u otra consulta o simplemente a guardar o coger papeles de un cajón mientras el paciente está explicando su caso.

- Recibir **información incorrecta, errónea o excesiva.** Es mal valorado en el sentido de no siempre tener la humildad para asumir que no se dispone o conoce toda la respuesta o solución.

- Que se atiendan a los **derechos de los pacientes.** Si se conocieran y se pusieran en práctica, se evitarían malos entendidos y malas percepciones por parte de los pacientes y familiares.

4.1.5. Resultados de la etapa de Teorización

Se presenta el “decálogo del profesional clínico, buen comunicador” (de forma esquemática en la Tabla 8):

- 1) Ser cercano, humano, comprensivo, compasivo y amable, mostrando interés por el paciente, con actitud alegre, positiva y un cierto grado de humildad, sin engreimiento ni prepotencia.
- 2) Ser accesible y de la información justa y suficiente aclarando inquietudes y dudas según las necesidades del paciente. Con un lenguaje claro, no excesivamente técnico, adecuado y adaptado al paciente según la situación, la edad y capacidad, en lenguaje, términos y de acuerdo a los problemas que el paciente manifieste, orientando a información complementaria fiable en caso de necesidad.
- 3) Ser un buen técnico, actuando con método y diligencia, mostrando seguridad, transmitiendo tranquilidad y confianza en sí mismo, con sensibilidad hacia el paciente y su entorno, haciendo que se sienta cómodo en la relación, escuchándole de forma activa, con empatía y respeto a sus sentimientos y emociones.
- 4) Permitir la participación del paciente, explicando lo que realiza y para qué lo realiza, sus alternativas y pronóstico, dando información fiable y precisa, con franqueza, seriedad y paciencia y asegurando su comprensión, teniendo también en cuenta el papel de la familia.
- 5) Tener una visión holística del paciente en sus vertientes biológica, psicológica y social y sea su soporte y guía en el proceso de la enfermedad.
- 6) Conocer el caso en base a lo que ya está recogido en la historia clínica, implicándose de igual forma en los primeros contactos y en los de seguimiento.
- 7) Actuar con tranquilidad sin mostrar apresuramiento.
- 8) Ser respetuoso con la dignidad del paciente como persona, sin hacer juicios previos, atendiendo a sus peculiaridades, su tiempo, su percepción de urgencia, su intimidad y pudor.
- 9) Mostrar coordinación y respeto con el resto de profesionales que participen en la atención de forma directa o indirecta, dando amparo y seguridad al paciente a lo largo de todo su proceso de atención (en las diversas áreas y niveles asistenciales).
- 10) Ser capaz de adaptarse a las necesidades comunicativas de cada paciente, teniendo en cuenta su edad, su situación concreta, sus derechos y deberes.

Ver tabla 8 a continuación.

Tabla 8 - Decálogo del médico buen comunicador

Aspectos negativos entrevistas+ literatura	Propuesta de nuevos enunciados que responden a las expectativas de los pacientes respecto a su comunicación con el médico:	Aspectos positivos entrevistas+ literatura
<p>Desinterés del paciente como individuo. (Mostrar poco interés por el paciente, sus síntomas, a veces mostrar falta de empatía.)</p> <p>Actitud arrogante al dar información o al responder a preguntas.</p> <p>Falta de entusiasmo o traslado del mal humor por causas no relacionadas con el paciente.</p> <p>Falta de optimismo, actitud negativa.</p> <p>Te intimida, da miedo, exceso de seriedad.</p> <p>Excesiva distancia entre el médico y el paciente.</p>	<p>1. Ser cercano, humano, comprensivo, compasivo y amable, mostrando interés por el paciente, con actitud alegre, positiva y un cierto grado de humildad, sin engreimiento ni prepotencia.</p>	<p>Sea humano (en aspectos médicos y no médicos), comprensivo, compasivo y amable.</p> <p>Sea humilde y no engreído.</p>
<p>Sensación de que no da toda la información. Al menos toda la que necesita el paciente.</p> <p>Uso del lenguaje excesivamente técnico. No adaptación al interlocutor.</p> <p>Exceso de información (En ocasiones).</p> <p>No saber informar de malas noticias.</p>	<p>2. Ser accesible cuando se le necesita y de la información justa y suficiente aclarando inquietudes y dudas según las necesidades del paciente. Con un lenguaje claro, no excesivamente técnico, adecuado y adaptado al paciente según la situación, la edad, capacidad, en lenguaje, términos y de acuerdo a los problemas que manifieste, orientando a información complementaria fiable en caso de necesidad.</p>	<p>De un trato personal, aclarando inquietudes, dudas.</p> <p>De la información que requiere el paciente hasta el nivel de implicación que este desee, informando según la necesidad que muestre.</p> <p>Hable de forma directa y clara adaptada al paciente.</p> <p>Utilice lenguaje y términos comprensibles y adecuados a edad, capacidad, nivel cultural...</p> <p>Sea su soporte y guía en el proceso de su problema de salud u orienta a fuentes de información fiables y seguras cuando el paciente necesita mayor información de la que dispone o conoce el médico.</p> <p>Sea accesible cuando sea requerido o informe de cómo acceder a la atención.</p>
<p>Falta de sensibilidad con el paciente, sus creencias y valores y también con su familia, especialmente en el caso de niños. (Al dar la información, al tratar el dolor, sus dudas, sus miedos).</p> <p>Mostrar duda o inseguridad. (Intranquiliza al paciente). Avanzar posibles diagnósticos diferenciales con dudas sin disponer de los datos necesarios,...).</p> <p>Falta de escucha activa.</p>	<p>3. Ser un buen técnico, actuando con método y diligencia, mostrando seguridad, transmitiendo tranquilidad y confianza en sí mismo, con sensibilidad hacia el paciente y su entorno, haciendo que se sienta cómodo en la relación, escuchándole de forma activa, con empatía y respeto a sus sentimientos y emociones.</p>	<p>De una respuesta profesional, técnica y al mismo tiempo con sensibilidad hacia el paciente.</p> <p>Le haga sentir cómodo en la relación.</p> <p>Inspire confianza y seguridad, llevando el control de la situación. Mostrando seguridad en que domina lo que hace.</p> <p>Actúe con método y diligencia centrado en resolver el/los problemas que manifiesta el paciente.</p> <p>Sea empático, respeta los sentimientos, emociones y sensibilidad del paciente.</p>
<p>Impaciencia para responder a ciertas preguntas.</p> <p>No analizar el pronóstico con el paciente.</p> <p>No se preocupa de la comprensión de paciente.</p> <p>Dar información incorrecta o no precisa.</p> <p>No dar información de lo que se le va a hacer, pruebas que se van a pedir,...</p>	<p>4. Permitir la participación del paciente explicando lo que realiza y para qué lo realiza, sus alternativas y pronóstico, dando información fiable y precisa, con franqueza, seriedad y paciencia y asegurando su comprensión, teniendo en cuenta su visión y el papel de la familia.</p>	<p>Explique lo que hace o va a hacer y para qué.</p> <p>Hable al paciente con franqueza y seriedad, compartiendo lo que hace y sus decisiones, dejando participar en las decisiones, valoraciones y teniendo en cuenta su visión.</p> <p>Tenga en cuenta y de una atención adecuada a la familia.</p> <p>Ofrezca diversas alternativas en la atención.</p> <p>Asegure la comprensión por parte del paciente del mensaje emitido, de la información, el tratamiento, el seguimiento...</p>
<p>Mostrar diferente nivel de implicación en las primeras visitas que en las de seguimiento.</p>	<p>5. Tener una visión holística del paciente en sus vertientes biológica, psicológica y social y sea su soporte y guía en el proceso de la enfermedad.</p> <p>6. Conocer el caso en base a lo que ya está recogido en la historia clínica, implicándose de igual forma en los primeros contactos y en los de seguimiento.</p>	<p>Escuche y trate de entender no sólo los síntomas.</p> <p>Tenga visión de conjunto del paciente sin centrarse únicamente en un aspecto excesivamente concreto.</p> <p>Recuerda y conoce la historia clínica previa.</p>
<p>Sensación de trato con prisas, con tiempo insuficiente.</p>	<p>7. Actuar con tranquilidad sin mostrar apresuramiento.</p>	<p>Dedique su tiempo sin apresuramiento.</p>
<p>Falta de respeto o consideración con las peculiaridades y características del paciente.</p> <p>Insuficiente intimidad.</p> <p>Falta de respeto por el tiempo del paciente.</p>	<p>8. Ser respetuoso con la dignidad del paciente como persona, sin hacer juicios previos, atendiendo a sus peculiaridades, su tiempo, su percepción de urgencia, su intimidad y pudor.</p>	<p>Respete su intimidad y su pudor, especialmente en las exploraciones.</p> <p>Dé la atención en el momento necesario según la urgencia.</p> <p>Respete la dignidad y no se le juzgue.</p>
<p>Sensación de desamparo cuando se cambia a otro especialista o nivel asistencial. (Falta un referente que coordine).</p> <p>Falta de tacto y respeto con otros colaboradores.</p>	<p>9. Mostrar coordinación y respeto con el resto de profesionales que participen en la atención de forma directa o indirecta, dando amparo y seguridad al paciente a lo largo y su entorno de todo su proceso de atención (en las diversas áreas y niveles asistenciales).</p>	<p>De sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales que tratan al paciente o el problema y también entre los diferentes niveles asistenciales.</p>
<p>Falta de adaptación al momento y situación particular de cada caso (En especial niños, ancianos, otros).</p>	<p>10. Ser capaz de adaptarse a las necesidades comunicativas de cada paciente, teniendo en cuenta su edad, su situación concreta, sus derechos y deberes.</p>	<p>Se adapte atendiendo de forma especial a niños, ancianos, otros.</p> <p>Tenga en cuenta los derechos de los pacientes.</p>

4.2. RESULTADOS DE LA CONSULTA A LOS ESTUDIANTES

En primer lugar se valoran las características y validez de la muestra y posteriormente se analizan los datos recogidos para dar respuesta a las siguientes cuestiones:

Sensibilidad:

- ¿Qué importancia dan los estudiantes de medicina a la formación en comunicación? ¿Varía ésta a lo largo de los cursos del Grado?
- ¿Qué nivel de formación han recibido los alumnos respecto a las características valoradas en el punto anterior?

Valoración de las variables de la literatura:

- ¿Qué prioridad dan los estudiantes de medicina a las denominadas "variables de la literatura"? ¿Se corresponden con el orden que hemos obtenido en la consulta a los pacientes?

Impacto de los métodos formativos:

- ¿Qué métodos formativos consideran más adecuados los estudiantes para mejorar la comunicación con los pacientes?

En los casos en que sea posible, se revisará la diferencia entre sexos y entre cursos.

4.2.1. Características de la muestra

- Encuestas recibidas y válidas:

Se han obtenido en total 654 respuestas. Este valor es superior a las 590 calculadas para dar validez a la muestra. El sistema de recogida electrónico sólo admite respuestas válidas. La distribución por universidades es heterogénea como se ve en la Tabla 9.

Tabla 9 - Distribución de la muestra por universidades

Universidad	1º	2º	3º	4º	5º	6º	Total
UAB - Barcelona	1	21	12	2			36
UAM - Madrid	16	11	21	21	16	8	93
UC - Cantabria	7	1	2	9	4	1	24
UCLM-Castilla La Mancha				5	3		8
UCM - Madrid		5	21	12	3	4	45
UCO - Córdoba		11		1		10	22
UdG - Girona	6	2	8	5	4	1	26
UIC - BCN	23	16	38	19	16	8	120
ULPGC - Canarias		9	23	16	18	16	82
UMH - Alicante	6	11	6	7			30
USAL - Salamanca	5	16	13	5		1	40
USC - Santiago				38	46		84
UV - Valencia			14	7	2	2	25
Otras o en blanco		2	3	5	4	2	16
Movilidad				1	1	1	3
Total general	64	105	161	153	117	54	654

Los datos de tipo “general” con mayor interés son: el curso y el género. La representatividad por curso interesa para conocer las variaciones de sensibilidad en el tiempo y, el género de los estudiantes, para comprobar si hay diferencias entre sexos tanto en la sensibilidad como en las preferencias de metodologías. Esto es importante debido a que hay una gran presencia del género femenino en las facultades de medicina.

- Distribución por cursos:

En la muestra han quedado representados los 6 cursos del grado, en la siguiente proporción (Tabla 10):

Tabla 10 - Distribución de la muestra por cursos

Curso	Respuestas	Frecuencia
1º	64	9,8%
2º	105	16,1%
3º	161	24,6%
4º	153	23,4%
5º	117	17,9%
6º	54	8,3%

- Distribución por género:

El 71,6% de los estudiantes que han respondido son mujeres. Y el 28,4% hombres, valores muy cercanos a la distribución de los estudiantes de medicina de las universidades españolas (69% mujeres, 31% hombres) (Tabla 11)

Tabla 11 - Tabla de distribución de la muestra por género

Género	Respuestas	Frecuencia
Mujer	468	71,6%
Hombre	186	28,4%

4.2.2. Validez y fiabilidad del cuestionario:

El estudio de validez y fiabilidad del cuestionario y la contribución de los diversos ítems al mismo constructo se realiza una vez recogidas las respuestas en la base de datos.

Se valoran las diversas subescalas, a) la de *sensibilidad* e interés de los estudiantes respecto a la CMP y el nivel de formación recibida, b) la ponderación que dan los estudiantes a las *variables de la literatura*, c) el *impacto* y utilidad de los métodos formativos empleados en el grado.

Tanto la fiabilidad como la consistencia interna se valoran mediante el cálculo del α de Cronbach.

- a) En la subescala de sensibilidad, la fiabilidad medida con el estadístico de α de Cronbach fue muy buena, con un valor de 0,83. Esto indica que los ítems son reproducibles y que hacen referencia a una única dimensión que se refiere a la sensibilidad con la comunicación entre el médico y el paciente.

Al hacer correlaciones biserialas entre los 8 elementos de esta escala, se comprueba que todas ellas son positivas lo que indica validez y los valores obtenidos en la correlación múltiple al cuadrado, por debajo de 0,5, lo cual muestra que cada ítem pregunta cosas distintas y no existe una dependencia local entre un ítem y otro (Tabla 12).

Tabla 12 - Estudio de fiabilidad y validez de la subescala "sensibilidad"

	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se suprime el elemento
Desarrollo de una adecuada relación con el paciente	,541	,335	,814
Desarrollo de una adecuada relación con otros profesionales	,548	,322	,812
Comunicación (verbal y no verbal) en la práctica clínica	,586	,371	,807
Técnicas de resolución de conflictos	,574	,360	,809
Comunicación de malas noticias o en situaciones delicadas	,529	,312	,815
Desarrollo de la empatía	,538	,297	,813
Capacidad de adaptación a distintas situaciones y pacientes	,529	,310	,815
Técnicas para inspirar confianza mediante la comunicación	,617	,397	,802

Al realizar el **análisis factorial** por componentes principales, se observa que una sola dimensión agrupa el 46% de toda la variabilidad lo que indica se trata de una escala unidimensional y que todos los ítems miden lo mismo, en este caso, la sensibilidad de los estudiantes (Tabla 13), lo cual también se puede observar en el "gráfico de codo" (Gráfico 10):

Tabla 13 - Análisis factorial de la sensibilidad de los estudiantes a la formación en comunicación.

Varianza total explicada – Sensibilidad de los estudiantes a la formación en comunicación						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,682	46,029	46,029	3,682	46,029	46,029
2	,792	9,904	55,933			
3	,731	9,141	65,074			
4	,681	8,517	73,591			
5	,632	7,896	81,487			
6	,554	6,931	88,418			
7	,510	6,372	94,790			
8	,417	5,210	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

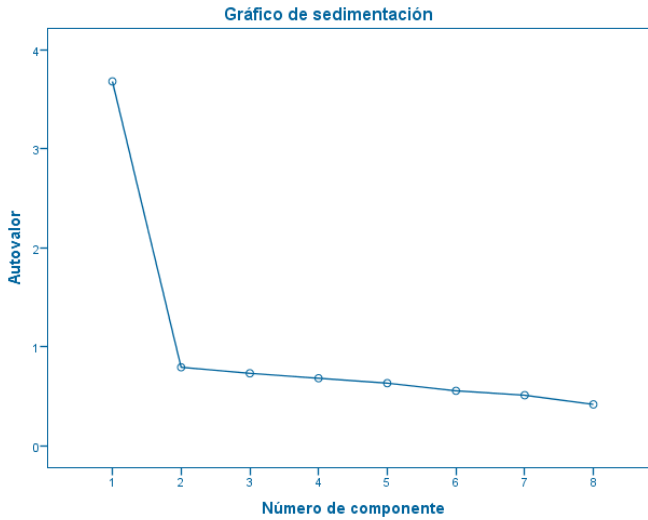


Gráfico 10- Gráfico de codo del apartado de sensibilidad ante la formación en comunicación

- b) En la subescala del nivel de acuerdo con las variables de la literatura: El α de Cronbach obtiene un valor de 0,929. Esto nos indica que hay fiabilidad pero puede haber una cierta redundancia en algunas preguntas. Pero, debido a que en esta subescala lo que mide son las variables que se han encontrado en la literatura, y son esas y no otras, se mantienen todas las preguntas independientemente de que alguna muestre cierta repetición o redundancia.

En la comprobación de las correlaciones totales de los 25 elementos de esta escala, se observa que existe una cierta variabilidad ya que, es cierto que algunos ítems preguntan cosas parecidas, pero no hay una dependencia local entre un ítem y otro, lo que indica que si quitáramos cualquiera de los elementos, no variaría el resultado total (Tabla 14).

Tabla 14 - Estudio de fiabilidad y validez de la subescala "variables de la literatura"

Escala: Variables de la literatura.	Correlación total de elementos	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
esté bien formado en comunicación al acabar la carrera	,417	,929
sea humano, comprensivo, compasivo y amable	,525	,926
de una respuesta profesional y técnica correcta pero	,425	,928

al mismo tiempo, con sensibilidad hacia el paciente		
utilice lenguaje y términos comprensibles y adecuados a edad, capacidad, nivel cultural,... del paciente	,564	,926
sea empático, respete los sentimientos, emociones y sensibilidad del paciente	,624	,925
proporcione la atención médica en el momento necesario, según la urgencia	,369	,929
de sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales que tratan al paciente	,507	,927
proporcione la información que requiere el paciente hasta el nivel de implicación que éste desee ser	,605	,925
tenga visión de conjunto del paciente sin centrarse únicamente en el motivo concreto de consulta	,603	,925
de un trato personal, aclarando inquietudes y dudas	,615	,925
escuche y trate de entender no sólo los síntomas sino el mensaje en su globalidad	,675	,924
dedique su tiempo sin prisa	,548	,926
actúe con método y diligencia centrado en resolver el/los problemas que manifiesta el paciente	,557	,926
inspire confianza y seguridad, llevando el control de la situación, mostrando seguridad en que domina lo que hace	,540	,926
haga sentir cómodo al paciente en la relación	,654	,925
respete la intimidad y el pudor del paciente, especialmente en las exploraciones clínicas	,540	,926
explique lo que hace o va a hacer y con qué objetivo	,583	,926
facilite el acceso a la atención cuando sea requerida o informe de cómo debe hacer para acceder a el	,620	,925
hable de forma directa y clara, adaptada al paciente	,675	,924
hable al paciente con franqueza y seriedad, compartiendo sus decisiones, dejándole participar y teniendo en cuenta su visión	,639	,925
sea su apoyo y guía en su problema de salud u oriente hacia fuentes de información fiables y seguras	,619	,925
recuerde y conozca la historia clínica previa del paciente	,515	,927
Asegure la comprensión por parte del paciente del mensaje emitido, de la información, el tratamiento,	,673	,924
respete la dignidad del paciente	,572	,926
evite juicios preconcebidos	,583	,926

En el **análisis factorial** por componentes principales, se observa que hay una dimensión principal que recoge el 38,19% de la variabilidad y que entre 4 dimensiones se agrupa el 51,75%.

Esto nos indica que la mayoría de los ítems se refieren a una de estas cuatro dimensiones: las características propias de la comunicación, la sensibilidad por la persona, la coordinación interprofesional y la vertiente técnica (Tabla 15). Esta mayor dispersión de las dimensiones, se observa en el "gráfico de codo" correspondiente (Gráfico 11).

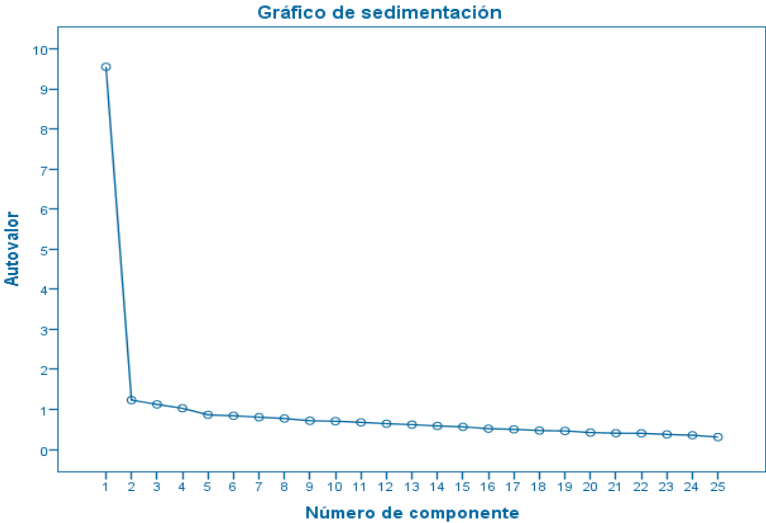


Gráfico 11 - Gráfico de codo del apartado de ponderación de las variables de la literatura

Tabla 15 - Análisis factorial de la ponderación de las variables de la literatura.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acum	Total	% de varianza	% acum	Total	% de varianza	% acumulado
1	9,548	38,193	38,193	9,548	38,193	38,193	3,668	14,670	14,670
2	1,234	4,934	43,127	1,234	4,934	43,127	3,598	14,393	29,063
3	1,127	4,508	47,635	1,127	4,508	47,635	3,154	12,617	41,680
4	1,030	4,118	51,753	1,030	4,118	51,753	2,518	10,074	51,753
5	,867	3,466	55,220						
6	,843	3,372	58,591						
7	,806	3,225	61,817						
8	,773	3,093	64,910						
9	,718	2,871	67,780						
10	,708	2,830	70,610						
11	,679	2,714	73,324						
12	,645	2,582	75,906						
13	,622	2,488	78,395						
14	,589	2,357	80,752						
15	,567	2,267	83,019						
16	,521	2,084	85,103						
17	,504	2,014	87,118						
18	,474	1,898	89,015						
19	,465	1,861	90,876						
20	,423	1,693	92,570						
21	,409	1,635	94,205						
22	,405	1,618	95,823						
23	,377	1,509	97,332						
24	,356	1,425	98,757						
25	,311	1,243	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

c) En la subescala del nivel de impacto que tienen los diversos métodos formativos en los estudiantes, se obtiene un valor de α de Cronbach de 0,818. Esto indica la fiabilidad de los ítems, pero en este caso, las consultas a los estudiantes no se correlacionan entre sí, ya que se le pregunta por métodos formativos muy diversos, desde clases de tipo magistral, a prácticas con simulación, el modelaje de los profesionales, la experiencia de la evaluación por pacientes, etc. Por eso es normal que las correlaciones entre los 14 ítems no sean coincidentes sino dispersas (Tabla 16).

Tabla 16- Estudio de fiabilidad y validez de la subescala "métodos formativos"

	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Clases teóricas de comunicación	,366	,182	,812
Actividades teórico-prácticas en el aula (videos, role playing, ejercicios,...)	,441	,297	,807
Actividades prácticas en el laboratorio de simulación	,401	,435	,810
Participación de pacientes simulados en el laboratorio de habilidades	,393	,431	,810
Realización un Portafolio reflexivo sobre el contacto con pacientes en las prácticas clínicas	,534	,334	,799
Ejemplo de los médicos en su trabajo asistencial, en su relación con los pacientes	,364	,634	,812
Ejemplo de otros profesionales de la salud en su relación con los pacientes.	,374	,646	,811
La vivencia personal como paciente o familiar de paciente	,279	,165	,817
Visión de videos o películas relacionados con la comunicación, fuera del contexto docente	,558	,404	,798
Lectura de libros de comunicación, fuera del contexto docente	,553	,453	,798
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,... fuera del contexto docente.	,507	,627	,801
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,... en el contexto docente.	,543	,629	,799

Que el propio paciente evalúe tu relación con él, en los laboratorios de habilidades	,465	,568	,805
Que el propio paciente evalúe tu relación con él, durante las prácticas en los centros	,391	,520	,810

En el **análisis factorial** por componentes principales, se observa que se miden diversas dimensiones y de hecho, aunque entre 4 dimensiones se agrupa el 63,19% de los ítems, casi todos aportan algo a alguna dimensión, es decir que se han contemplado diversas actividades formativas lo que era el objetivo de este apartado. Esta mayor dispersión en las dimensiones se observa en el "gráfico de codo" correspondiente (Gráfico 12, Tabla 17).

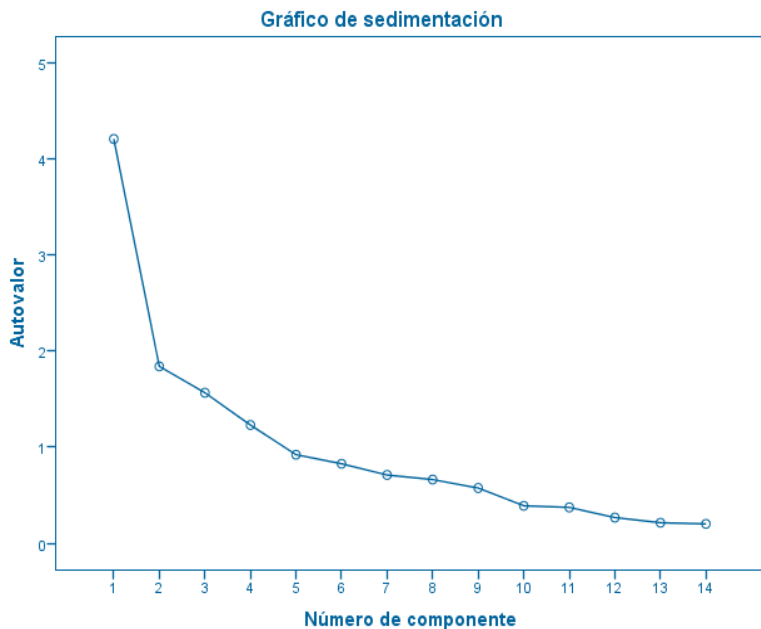


Gráfico 12 - Gráfico del apartado de interés de los diversos métodos formativos

Tabla 17 - Análisis factorial del interés por los métodos formativos en comunicación

Component	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	4,208	30,056	30,05	4,208	30,05	30,05	2,960	21,14	21,140
2	1,841	13,150	43,20	1,841	13,15	43,20	2,066	14,75	35,898
3	1,567	11,194	54,40	1,567	11,19	54,40	2,037	14,54	50,447
4	1,231	8,793	63,19	1,231	8,793	63,19	1,785	12,74	63,194
5	,922	6,589	69,78						
6	,828	5,915	75,69						
7	,711	5,082	80,78						
8	,664	4,741	85,52						
9	,576	4,114	89,63						
10	,391	2,792	92,42						
11	,374	2,673	95,10						
12	,268	1,917	97,01						
13	,215	1,535	98,55						
14	,203	1,448	100,0						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

4.2.3. Importancia que dan los estudiantes a recibir formación en comunicación

Lo que se busca en este apartado es reconocer la sensibilidad de los estudiantes a recibir formación en comunicación. Interesa conocer si hay variación entre género y entre los distintos cursos del grado.

Se consulta específicamente por la importancia que dan los estudiantes al aprendizaje de los siguientes aspectos:

- Desarrollo de una adecuada relación con el paciente
- Desarrollo de una adecuada relación con otros profesionales
- Comunicación (verbal y no verbal) en la práctica clínica
- Técnicas de resolución de conflictos
- Comunicación de malas noticias o en situaciones delicadas
- Desarrollo de empatía
- Capacidad de adaptación a distintas situaciones y pacientes
- Técnicas para inspirar confianza mediante la comunicación

Las respuestas posibles eran 3, 2, 1, 0. Siendo: 3 imprescindible, (por ser tal el nivel de importancia que se considera imprescindible recibir formación en este sentido), 2 importante, 1 poco importante, 0 no importante. Los resultados se observan en la Tabla 18, Diagrama 1, Tabla 19.

Tabla 18- Diferencia de sensibilidad a la formación en comunicación, por género.

Sexo	N	Media	DE*	p-valor
Mujer	468	44,36	5,14	<0,001**
Hombre	186	41,70	6,99	

*DE: desviación estándar; **U de Mann-Whitney

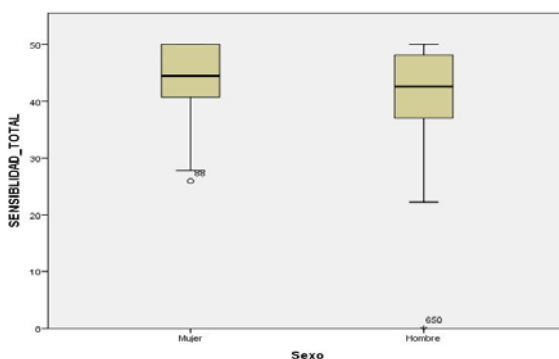


Diagrama 1- Diagrama de la sensibilidad por género respecto a la formación en comunicación

Las medias de las distintas habilidades comunicativas consultadas, oscilan entre 2,52 y 2,77, para el conjunto de estudiantes, por lo tanto, es elevada, aunque estadísticamente, la sensibilidad a la formación en comunicación es superior en las mujeres ($p= 0,001$). Tanto en su conjunto, como diferenciado por género, los estudiantes dan importancia alta a todas las características consultadas (Tabla 19).

Tabla 19 - Nivel de importancia que dan los estudiantes a las diversas habilidades comunicativas por género

	(3= Imprescindible; 2= Importante; 1= Poco importante; 0= No importante)										p-valor								
	TOTAL RESPUESTAS					TOTAL HOMBRES						TOTAL MUJERES							
	3	2	1	0	Media	DE	3	2	1	0		Media	DE	3	2	1	0	Media	DE
Habilidades comunicativas (en general).	72,17%	26,91%	0,76%	0,15%	2,71	0,48	68,82%	29,57%	1,08%	0,54%	2,67	0,53	73,50%	25,85%	0,64%	0,00%	2,73	0,46	0,207
Desarrollo de una adecuada relación con el paciente.	77,76%	21,47%	0,61%	0,15%	2,77	0,45	65,95%	32,43%	1,08%	0,54%	2,64	0,54	82,44%	17,13%	0,43%	0,00%	2,82	0,40	<0,001
Desarrollo de una adecuada relación con otros profesionales.	49,00%	49,77%	1,07%	0,15%	2,48	0,53	38,17%	60,75%	0,54%	0,54%	2,37	0,53	53,32%	45,40%	1,28%	0,00%	2,52	0,53	0,001
Comunicación (verbal y no verbal) en la práctica clínica.	63,61%	34,56%	1,68%	0,15%	2,62	0,53	52,69%	43,01%	3,76%	0,54%	2,48	0,60	67,95%	31,20%	0,85%	0,00%	2,67	0,49	<0,001
Técnicas de resolución de conflictos.	52,15%	42,94%	4,60%	0,31%	2,47	0,60	45,41%	45,41%	8,11%	1,08%	2,35	0,68	54,82%	41,97%	3,21%	0,00%	2,52	0,56	0,007
Comunicación de malas noticias o en situaciones delicadas.	78,96%	19,66%	1,23%	0,15%	2,77	0,46	72,04%	24,19%	3,23%	0,54%	2,68	0,56	81,72%	17,85%	0,43%	0,00%	2,81	0,40	0,004
Desarrollo de la empatía.	66,10%	30,98%	2,45%	0,46%	2,63	0,56	53,76%	40,32%	5,38%	0,54%	2,47	0,63	71,03%	27,25%	1,29%	0,43%	2,69	0,52	<0,001
Capacidad de adaptación a distintas situaciones y pacientes.	61,96%	34,82%	2,91%	0,31%	2,58	0,57	52,69%	40,86%	5,91%	0,54%	2,46	0,63	65,67%	32,40%	1,72%	0,21%	2,64	0,53	0,001
Técnicas para inspirar confianza mediante la comunicación.	56,51%	39,51%	3,68%	0,31%	2,52	0,58	50,00%	41,40%	8,06%	0,54%	2,41	0,66	59,10%	38,76%	1,93%	0,21%	2,57	0,55	0,008

* DE= Desviación estándar

Las diferencias entre cursos se muestran en la Tabla 20 y el Diagrama 2. En este caso, se utiliza el análisis de varianza o ANOVA para comprobar si estas variaciones cuantitativas por curso son significativas

Tabla 20 - Nivel de importancia a la formación en comunicación por cursos.

Curso	N	Media	DE*	p-valor
1	64	43,52	5,57	0,005**
2	105	43,44	5,58	
3	161	45,03	5,01	
4	153	43,44	5,53	
5	117	42,22	5,88	
6	54	43,24	8,52	

*DE: desviación estándar; **ANOVA de un factor

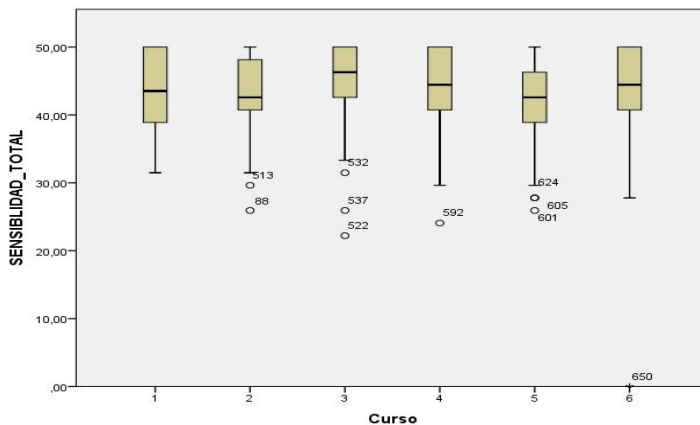


Diagrama 2- Diagrama de la sensibilidad por cursos respecto a la formación en comunicación.

Se puede afirmar que el nivel de sensibilidad en todos los cursos, es alta. Se detectan algunas diferencias por cursos: un ligero ascenso de la sensibilidad en tercero y un ligero descenso en segundo y quinto, que están al límite de la significación estadística.

4.2.4. Nivel de formación en comunicación recibida por los estudiantes.

Se realiza una primera pregunta general sobre el nivel de formación recibida en comunicación. A continuación, se les va consultando sobre aspectos más específicos.

Las medias se sitúan entre 0,89 y 1,86 sobre 3, lo que indica un nivel de formación recibida media o baja, destacando un nivel algo más alto en la formación de una "adecuada relación con el paciente".

Se observan medias superiores en las mujeres siendo estadísticamente significativas en todos los casos excepto en las técnicas de resolución de conflictos en que las respuestas son similares entre hombres y mujeres. En la Tabla 21 se muestra la respuesta en conjunto y diferenciada por género.

Tabla 21 - Nivel de formación recibida en relación a las características comunicativas consultadas diferenciado por género

	TOTAL RESPUESTAS										TOTAL HOMBRES										TOTAL MUJERES																						
	3			2			1			0			Media	DE	3			2			1			0			Media	DE	3			2			1			0			Media	DE	p-valor
Habilidades comunicativas (en general)	13,94%	41,04%	35,68%	9,34%	1,60	0,84	8,60%	8,60%	43,01%	13,44%	1,39	0,83	16,06%	43,47%	32,76%	7,71%	1,68	0,83	0,001																								
Desarrollo de una adecuada relación con el paciente	23,89%	43,95%	26,65%	5,51%	1,86	0,84	16,67%	42,47%	33,87%	6,99%	1,69	0,83	26,77%	44,54%	23,77%	4,93%	1,93	0,84	0,001																								
Desarrollo de una adecuada relación con otros profesionales	7,81%	24,66%	39,82%	27,72%	1,13	0,91	5,38%	22,58%	40,32%	31,72%	1,02	0,87	8,78%	25,48%	39,61%	26,12%	1,17	0,92	0,060																								
Comunicación (verbal y no verbal) en la práctica clínica	17,00%	35,83%	34,15%	13,02%	1,57	0,92	12,90%	28,49%	40,86%	17,74%	1,37	0,92	18,63%	38,76%	31,48%	11,13%	1,65	0,91	0,001																								
Técnicas de resolución de conflictos	3,68%	17,30%	43,49%	35,53%	0,89	0,82	2,15%	15,59%	45,70%	36,56%	0,83	0,76	4,28%	17,99%	42,61%	35,12%	0,91	0,83	0,352																								
Comunicación de malas noticias o en situaciones delicadas	8,74%	24,54%	36,66%	30,06%	1,12	0,94	4,32%	21,62%	38,92%	35,14%	0,95	0,86	10,49%	25,70%	35,76%	28,05%	1,19	0,96	0,006																								
Desarrollo de la empatía	14,40%	32,92%	31,85%	20,83%	1,41	0,97	11,89%	26,49%	32,97%	28,65%	1,22	0,99	15,38%	35,47%	31,41%	17,74%	1,49	0,96	0,001																								
Capacidad de adaptación a distintas situaciones y pacientes	8,60%	30,41%	38,71%	22,27%	1,25	0,90	6,45%	26,88%	41,94%	24,73%	1,15	0,87	9,46%	31,83%	37,42%	21,29%	1,29	0,91	0,065																								
Técnicas para inspirar confianza mediante la comunicación	7,67%	23,31%	36,96%	32,06%	1,07	0,93	4,84%	19,35%	38,17%	37,63%	0,91	0,87	8,80%	24,89%	36,48%	29,83%	1,13	0,94	0,010																								

*DE= Desviación estándar

4.2.5. Prioridad de los estudiantes a las “variables de la literatura”

Se consulta a los estudiantes respecto a la prioridad que dan a las “variables de la literatura”, preguntando cuál es su nivel de acuerdo con las afirmaciones que se le proponen.

En la Tabla 22 se muestran las respuestas globalmente. Se informa a los estudiantes que las frases responden a la siguiente introducción “El paciente espera del médico que...”:

Tabla 22 - Nivel de acuerdo de los estudiantes, globalmente, con los enunciados de las variables de la literatura

(3=Completamente de acuerdo ; 2= Bastante de acuerdo; 1= Poco acuerdo; 0= En desacuerdo)

El paciente espera del médico que...	TOTAL RESPUESTAS				Media	DE*
	3	2	1	0		
Esté bien formado en comunicación al acabar la carrera.	37,16%	44,34%	16,97%	1,53%	2,17	0,76
Sea humano, comprensivo, compasivo y amable.	71,25%	26,15%	2,45%	0,15%	2,69	0,52
De una respuesta profesional, técnica y al mismo tiempo con sensibilidad hacia el paciente.	72,48%	23,85%	3,67%	0,00%	2,69	0,54
Utilice lenguaje y términos comprensibles y adecuados a edad, capacidad, nivel cultural,... del paciente	74,77%	20,95%	3,98%	0,31%	2,70	0,55
Sea empático, respete los sentimientos, emociones y sensibilidad del paciente.	68,35%	27,52%	3,98%	0,15%	2,64	0,57
Proporcione la atención médica en el momento necesario, según la urgencia.	69,57%	25,54%	4,28%	0,61%	2,64	0,59
De sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales y entre los diferentes niveles asistenciales.	51,38%	38,84%	9,02%	0,76%	2,41	0,68
Proporcione la información que requiere el paciente hasta el nivel de implicación que éste desee según su necesidad.	55,66%	37,31%	6,27%	0,76%	2,48	0,65
Tenga visión de conjunto del paciente sin centrarse únicamente en el motivo concreto de consulta.	50,92%	34,40%	12,08%	2,60%	2,34	0,79
De un trato personal, aclarando inquietudes y dudas.	69,72%	26,61%	3,67%	0,00%	2,66	0,55

Continuación	3	2	1	0	Media	DE*
Escuche y trate de entender no sólo los síntomas sino el mensaje en su globalidad.	62,39%	31,65%	5,50%	0,46%	2,56	0,62
Dedique su tiempo sin prisa.	58,26%	32,11%	7,80%	1,83%	2,47	0,72
Actúe con método y diligencia centrado en resolver el/los problemas que manifiesta el paciente.	60,09%	35,78%	4,13%	0,00%	2,56	0,57
Inspire confianza y seguridad, llevando el control de la situación, mostrando seguridad en que domina lo que hace.	71,41%	26,61%	1,68%	0,31%	2,69	0,52
Haga sentir cómodo al paciente en la relación.	69,27%	27,37%	3,21%	0,15%	2,66	0,55
Respete la intimidad y el pudor del paciente, especialmente en las exploraciones clínicas.	67,13%	27,22%	5,05%	0,61%	2,61	0,61
Explique lo que hace o va a hacer y con qué objetivo.	62,84%	30,89%	6,12%	0,15%	2,56	0,61
Facilite el acceso a la atención cuando sea requerida o informe de cómo debe hacer para acceder a ella.	52,29%	41,13%	5,66%	0,92%	2,45	0,65
Hable de forma directa y clara, adaptada al paciente.	67,89%	27,83%	4,13%	0,15%	2,63	0,57
Hable al paciente con franqueza y seriedad, compartiendo sus decisiones, dejándole participar y teniendo en cuenta su visión.	59,48%	34,40%	5,66%	0,46%	2,53	0,62
Sea su apoyo y guía en su problema de salud. Oriente a fuentes de información, fiables y seguras cuando el paciente lo necesite.	51,83%	38,69%	8,41%	1,07%	2,41	0,69
Recuerde y conozca la historia clínica previa del paciente.	49,24%	35,63%	13,15%	1,99%	2,32	0,78
Asegure la comprensión por parte del paciente del mensaje emitido, de la información, el tratamiento, el seguimiento, etc.	58,26%	34,10%	7,34%	0,31%	2,50	0,64
Respete la dignidad del paciente.	83,18%	15,90%	0,46%	0,46%	2,82	0,43
Evite juicios preconcebidos.	67,74%	25,08%	6,27%	0,92%	2,60	0,65

En general los estudiantes están de acuerdo con las afirmaciones encontradas en la literatura.

En la Tabla 23 se presentan los datos diferenciados por género donde se observa que las respuestas de las mujeres tienen una mayor coincidencia con los enunciados de la literatura. En la columna del valor 3 de las mujeres (que se corresponde con la respuesta "completamente de acuerdo") hay más apartados en color verde que en la columna 3 de los hombres.

Las diferencias son estadísticamente significativas en casi todos los apartados a excepción de los siguientes en que hay mayor coincidencia en las respuestas de hombres y mujeres: "Esté bien formado en comunicación al acabar la carrera", "de una respuesta profesional, técnica y al mismo tiempo con sensibilidad hacia el paciente", "proporcione la atención médica en el momento necesario, según la urgencia".

Tabla 23 – Nivel de acuerdo con las variables de la literatura diferenciada por género

(3 = Completamente de acuerdo; 2 = Bastante de acuerdo; 1 = Poco acuerdo; 0 = En desacuerdo)

	TOTAL HOMBRES					TOTAL MUJERES					p-valor		
	3	2	1	0	Media	DE	3	2	1	0		Media	DE
Esté bien formado en comunicación al acabar la carrera.	37,63%	40,86%	19,35%	2,15%	2,14	0,80	36,97%	45,73%	16,03%	1,28%	2,18	0,74	0,637
Sea humano, comprensivo, compasivo y amable.	66,13%	29,57%	3,76%	0,54%	2,61	0,59	73,29%	24,79%	1,92%	0,00%	2,71	0,49	0,052
De una respuesta profesional, técnica y al mismo tiempo con sensibilidad hacia el paciente.	69,89%	24,73%	5,38%	0,00%	2,65	0,58	73,50%	23,50%	2,99%	0,00%	2,71	0,52	0,289
Utilice lenguaje y términos comprensibles y adecuados a edad, capacidad, nivel cultural, ... del paciente	62,90%	28,49%	8,06%	0,54%	2,54	0,67	79,49%	17,95%	2,35%	0,21%	2,77	0,49	<0,001
Sea empático, respete los sentimientos, emociones y sensibilidad del paciente.	56,99%	36,02%	6,45%	0,54%	2,49	0,64	72,86%	24,15%	2,99%	0,00%	2,70	0,52	<0,001
Proporcione la atención médica en el momento necesario, según la urgencia.	64,52%	30,11%	4,30%	1,08%	2,58	0,63	71,58%	23,72%	4,27%	0,43%	2,66	0,58	0,084
De sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales y entre los diferentes niveles asistenciales.	46,24%	38,17%	14,52%	1,08%	2,30	0,75	53,42%	39,10%	6,84%	0,64%	2,45	0,65	0,021

	TOTAL HOMBRES						TOTAL MUJERES						p-valor	
	3	2	1	0	Media	DE	3	2	1	0	Media	DE		
	48,39%	44,09%	5,91%	1,61%	2,39	0,68	58,55%	34,62%	6,41%	0,43%	2,51	0,64		0,026
Proporcione la información que requiere el paciente hasta el nivel de implicación que éste desee según su necesidad.														
Tenga visión de conjunto del paciente sin centrarse únicamente en el motivo concreto de consulta.	43,55%	31,72%	20,97%	3,76%	2,15	0,88	53,85%	35,47%	8,55%	2,14%	2,41	0,74	0,001	
De un trato personal, aclarando inquietudes y dudas.	61,29%	31,72%	6,99%	0,00%	2,54	0,62	73,08%	24,57%	2,35%	0,00%	2,71	0,50	0,001	
Escuche y trate de entender no sólo los síntomas sino el mensaje en su globalidad.	49,46%	40,32%	8,60%	1,61%	2,38	0,71	67,52%	28,21%	4,27%	0,00%	2,63	0,56	<0,001	
Dedique su tiempo sin prisa.	47,31%	38,71%	10,75%	3,23%	2,30	0,79	62,61%	29,49%	6,62%	1,28%	2,53	0,68	<0,001	
Actúe con método y diligencia centrado en resolver el/los problemas que manifiesta el paciente.	51,08%	44,62%	4,30%	0,00%	2,47	0,58	63,68%	32,26%	4,06%	0,00%	2,60	0,57	0,005	
Inspire confianza y seguridad, llevando el control de la situación, mostrando seguridad en que domina lo que hace.	63,98%	33,33%	1,61%	1,08%	2,60	0,58	74,36%	23,93%	1,71%	0,00%	2,73	0,48	0,008	
Haga sentir cómodo al paciente en la relación.	63,44%	33,33%	3,23%	0,00%	2,60	0,55	71,58%	25,00%	3,21%	0,21%	2,68	0,54	0,053	
Respete la intimidad y el pudor del paciente, especialmente en las exploraciones clínicas.	58,06%	32,80%	8,06%	1,08%	2,48	0,69	70,73%	25,00%	3,85%	0,43%	2,66	0,57	0,001	
Explique lo que hace o va a hacer y con que objetivo.	52,15%	37,63%	10,22%	0,00%	2,42	0,67	67,09%	28,21%	4,49%	0,21%	2,62	0,58	<0,001	

	TOTAL HOMBRES					TOTAL MUJERES					p-valor		
	3	2	1	0	Media	DE	3	2	1	0		Media	DE
Facilite el acceso a la atención cuando sea requerida o informe de cómo debe hacer para acceder a ella.	42,47%	47,31%	8,06%	2,15%	2,30	0,71	56,20%	38,68%	4,70%	0,43%	2,51	0,61	0,001
Hable de forma directa y clara, adaptada al paciente.	54,84%	35,48%	9,14%	0,54%	2,45	0,68	73,08%	24,79%	2,14%	0,00%	2,71	0,50	<0,001
Hable al paciente con franqueza y seriedad, compartiendo sus decisiones, dejándole participar y teniendo en cuenta su visión.	50,54%	40,32%	7,53%	1,61%	2,40	0,70	63,03%	32,05%	4,91%	0,00%	2,58	0,59	0,002
Sea su apoyo y guía en su problema de salud. Oriente a fuentes de información, fiables y seguras cuando el paciente lo necesite.	42,47%	43,55%	10,75%	3,23%	2,25	0,78	55,56%	36,75%	7,48%	0,21%	2,48	0,64	0,001
Recuerde y conozca la historia clínica previa del paciente.	39,78%	41,40%	15,59%	3,23%	2,18	0,81	52,99%	33,33%	12,18%	1,50%	2,38	0,75	0,002
Asegure la comprensión por parte del paciente del mensaje emitido, de la información, el tratamiento, el seguimiento, etc.	46,24%	44,62%	8,60%	0,54%	2,37	0,66	63,03%	29,91%	6,84%	0,21%	2,56	0,63	<0,001
Respete la dignidad del paciente.	74,73%	23,12%	1,08%	1,08%	2,72	0,54	86,54%	13,03%	0,21%	0,21%	2,86	0,37	<0,001
Evite Juicios preconcebidos.	57,53%	29,03%	10,75%	2,69%	2,41	0,79	71,79%	23,50%	4,49%	0,21%	2,67	0,57	<0,001

En la Tabla 24 se compara el orden de prioridad que han dado los pacientes a estas variables y el que han dado los estudiantes en su conjunto y, diferenciado por género. En las columnas de la derecha se aprecia la diferencia del orden de posición obtenida entre unos y otros.

Se muestran en color rojo aquellos ítems que los estudiantes posicionan peor que los pacientes y en color verde cuando las posiciones que dan los estudiantes a los ítems, son más altas que las que han dado los pacientes.

Tabla 24 - Comparativa de la importancia que dan pacientes y estudiantes a las variables de la literatura.

COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS ANTES LAS AFIRMACIONES DE ASPECTOS QUE VALORAN LOS PACIENTES EN LA COMUNICACIÓN	Orden que dan los pacientes	Orden de los estudiantes en conjunto	Orden que dan las mujeres	Orden que dan los hombres	Nivel de acuerdo	Diferencia entre total estudiantes y pacientes	Diferencia entre mujeres y pacientes	Diferencia entre hombres y pacientes
Sea humano, comprensivo, compasivo y amable.	1	5	4	3	Todos de acuerdo	4	3	2
Sea empático, respete los sentimientos, emociones y sensibilidad del paciente.	2	8	8	9	Hay variaciones	6	6	7
De un trato personal, aclarando inquietudes y dudas.	3	6	6	7	Todos de acuerdo	3	3	4
De sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales y entre los diferentes niveles asistenciales.	4	22	22	21	Diferencias importantes	18	18	17
De una respuesta profesional, técnica y al mismo tiempo con sensibilidad hacia el paciente.	5	4	7	2	Hay variaciones	-1	2	-3
Tenga visión de conjunto del paciente sin centrarse únicamente en un aspecto excesivamente concreto.	6	23	23	24	Diferencias importantes	17	17	18
Proporcione la información que requiere el paciente hasta el nivel de implicación que éste desee según su necesidad.	7	18	19	16	Diferencias importantes	11	12	9
Proporcione la atención médica en el momento necesario según la urgencia.	8	9	11	6	Hay variaciones	1	3	-2
Utilice lenguaje y términos comprensibles y adecuados a edad, capacidad, nivel cultural,... del paciente	9	2	2	8	Hay variaciones	-7	-7	-1
Inspire confianza y seguridad, llevando el control de la situación. Mostrando seguridad en que domina lo que hace.	10	3	3	4	Hay variaciones	-7	-7	-6
Hable al paciente con franqueza y seriedad, compartiendo sus decisiones, dejándole participar y teniendo en cuenta su visión.	11	16	16	15	Hay variaciones	5	5	4
Asegure la comprensión por parte del paciente del mensaje emitido, de la información, el tratamiento, el seguimiento...	12	17	17	18	Hay variaciones	5	5	6
Respete su intimidad y su pudor, especialmente en las exploraciones clínicas.	13	11	12	10	Todos de acuerdo	-2	-1	-3
Hable de forma directa y clara adaptada al paciente.	14	10	5	12	Hay variaciones	-4	-9	-2
Le haga sentir cómodo en la relación.	15	7	9	5	Hay variaciones	-8	-6	-10
Respete la dignidad del paciente	16	1	1	1	Diferencias importantes	-15	-15	-15
Evite juicios preconcebidos	16	12	10	14	Hay variaciones	-4	-6	-2
Facilite el acceso cuando es requerido o informe de cómo acceder a la atención.	17	20	20	20	Todos de acuerdo	3	3	3
Dedique su tiempo sin prisa.	18	19	18	19	Todos de acuerdo	1	0	1
Escuche y trate de entender no sólo los síntomas sino el mensaje en su globalidad.	19	14	13	17	Hay variaciones	-5	-6	-2
Explique lo que hace o va a hacer y con qué objetivo.	20	13	14	13	Hay variaciones	-7	-6	-7
Actúe con método y diligencia centrado en resolver el/los problemas que manifiesta el paciente.	21	15	15	11	Hay variaciones	-6	-6	-10
Recuerde y conozca la historia clínica previa.	22	24	24	23	Todos de acuerdo	2	2	1
Sea su apoyo y guía en su problema de salud. Oriente a fuentes de información fiables y seguras cuando el paciente lo necesite.	23	21	21	22	Todos de acuerdo	-2	-2	-1

Cuando se analizan diferencias por cursos, no se encuentran resultados estadísticamente significativos (Tabla 25)

Tabla 25 - Variación del nivel de acuerdo con las apreciaciones diferenciado por curso

Curso	N	Media	DE*	p-valor
1	64	43,26	6,50	0,609**
2	105	42,15	5,87	
3	161	43,16	6,36	
4	153	42,30	6,56	
5	117	42,08	6,31	
6	54	43,25	6,06	

*DE: desviación estándar;

**ANOVA de un factor

4.2.6. Métodos formativos útiles según los estudiantes

Se proponen diversos métodos formativos a los estudiantes para que valoren aquellos que consideran más adecuados para formarse en comunicación (3= Muy útil; 2= Bastante útil; 1= Poco útil; 0= Nada útil) . Los resultados se muestran en la **Tabla 26**

Tabla 26 - Utilidad de las actividades formativas para mejorar la comunicación, según los estudiantes de medicina

	TOTAL RESPUESTAS					Media	DE
	3	2	1	0			
Clases teóricas de comunicación.	11,77%	39,30%	40,98%	7,95%		1,55	0,80
Actividades teórico-prácticas en el aula (videos, role playing,	45,72%	43,58%	9,63%	1,07%		2,34	0,69
Actividades prácticas en el laboratorio de simulación	49,54%	37,77%	9,94%	2,75%		2,34	0,77
Participación de pacientes simulados en el laboratorio de habilidades	63,15%	29,05%	6,12%	1,68%		2,54	0,69
Realización un Portafolio reflexivo sobre el contacto con pacientes en las	7,19%	27,52%	46,02%	19,27%		1,23	0,84
Ejemplo de los médicos en su trabajo asistencial, en su relación con los	51,53%	37,92%	9,48%	1,07%		2,40	0,70
Ejemplo de otros profesionales de la salud en su relación con los pacientes.	46,33%	41,44%	10,70%	1,53%		2,33	0,73
La vivencia personal como paciente o familiar de paciente	64,22%	29,66%	4,59%	1,53%		2,57	0,66
Visión de videos o películas relacionados con la comunicación,	17,58%	52,45%	24,31%	5,66%		1,82	0,78
Lectura de libros de comunicación, fuera del contexto docente.	8,87%	42,66%	36,24%	12,23%		1,48	0,82
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,...fuera del	21,25%	45,72%	26,91%	6,12%		1,82	0,83
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,... en el contexto	24,01%	50,00%	21,71%	4,28%		1,94	0,79
Que el propio paciente evalúe tu relación con él, en los laboratorios de	57,34%	31,96%	8,41%	2,29%		2,44	0,74
Que el propio paciente evalúe tu relación	63,46%	29,66%	5,50%	1,38%		2,55	0,66

Se observa que las medias de valoración de los distintos métodos formativos están entre un mínimo de 1,23 y un máximo de 2,57 sobre 3. Destacan 8 de los 14 métodos por obtener una puntuación por encima de 2. Algunos métodos son más apreciados que otros.

Interesa conocer si existe diferencia entre género, lo que se aprecia en la Tabla 27.

Tabla 27 - Utilidad de las actividades formativas para desarrollar las capacidades comunicativas, según los estudiantes de medicina, diferenciada por género.

Nivel de UTILIDAD DE LOS MÉTODOS FORMATIVOS según los estudiantes (0= Nada útil; 1= Poco útil 2= Bastante útil; 3=Muy útil)																								
	TOTAL RESPUESTAS							TOTAL HOMBRES							TOTAL MUJERES									
Clases teóricas de comunicación.	11,77%	39,30%	40,98%	7,95%	1,55	0,80	12,90%	36,55%	39,78%	10,75%	1,52	0,85	11,32%	40,38%	41,45%	6,84%	1,56	0,78						
Actividades teórico-prácticas en el aula (videos, role playing, ejercicios,...)	45,72%	43,58%	9,63%	1,07%	2,34	0,69	44,62%	43,01%	11,83%	0,54%	2,32	0,70	46,15%	43,80%	8,76%	1,28%	2,35	0,69						
Actividades prácticas en el laboratorio de simulación	49,54%	37,77%	9,94%	2,75%	2,34	0,77	44,62%	43,55%	9,14%	2,69%	2,30	0,75	51,50%	35,47%	10,26%	2,78%	2,36	0,78						
Participación de pacientes simulados en el laboratorio de habilidades	63,15%	29,05%	6,12%	1,68%	2,54	0,69	60,22%	30,11%	8,06%	1,61%	2,49	0,71	64,32%	28,63%	5,34%	1,71%	2,56	0,68						
Realización un Portafolio reflexivo sobre el contacto con pacientes en las prácticas clínicas	7,19%	27,52%	46,02%	19,27%	1,23	0,84	8,60%	24,73%	44,62%	22,04%	1,20	0,88	6,62%	28,63%	46,58%	18,16%	1,24	0,82						
Ejemplo de los médicos en su trabajo asistencial, en su relación con los pacientes.	51,53%	37,92%	9,48%	1,07%	2,40	0,70	46,77%	38,71%	12,90%	1,61%	2,31	0,76	53,42%	37,61%	8,12%	0,85%	2,44	0,68						
Ejemplo de otros profesionales de la salud en su relación con los pacientes.	46,33%	41,44%	10,70%	1,53%	2,33	0,73	41,94%	41,94%	13,44%	2,69%	2,23	0,78	48,08%	41,24%	9,62%	1,07%	2,36	0,70						
La vivencia personal como paciente o familiar de paciente	64,22%	29,66%	4,59%	1,53%	2,57	0,66	54,30%	33,87%	8,06%	3,76%	2,39	0,79	68,16%	27,99%	3,21%	0,64%	2,64	0,58						
Visión de videos o películas relacionados con la comunicación, fuera del contexto docente.	17,58%	52,45%	24,31%	5,66%	1,82	0,78	15,59%	48,39%	27,96%	8,06%	1,72	0,82	18,38%	54,06%	22,86%	4,70%	1,86	0,76						
Lectura de libros de comunicación, fuera del contexto docente.	8,87%	42,66%	36,24%	12,23%	1,48	0,82	7,53%	39,25%	36,02%	17,20%	1,37	0,86	9,40%	44,02%	36,32%	10,26%	1,53	0,80						
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos, ... fuera del contexto docente.	21,25%	45,72%	26,91%	6,12%	1,82	0,83	23,66%	41,94%	26,88%	7,53%	1,82	0,88	20,30%	47,22%	26,92%	5,56%	1,82	0,82						
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos, ... en el contexto docente.	24,01%	50,00%	21,71%	4,28%	1,94	0,79	24,19%	45,70%	24,73%	5,38%	1,89	0,83	23,93%	51,71%	20,51%	3,85%	1,96	0,77						
Que el propio paciente evalúe tu relación con él, en los laboratorios de habilidades	57,34%	31,96%	8,41%	2,29%	2,44	0,74	46,77%	40,86%	9,68%	2,69%	2,32	0,76	61,54%	28,42%	7,91%	2,14%	2,49	0,73						
Que el propio paciente evalúe tu relación con	63,46%	29,66%	5,50%	1,38%	2,55	0,66	56,45%	35,48%	5,91%	2,15%	2,46	0,71	66,24%	27,35%	5,34%	1,07%	2,59	0,64						

Se ordenan las preferencias de métodos formativos según los valores de la media. Se comparan las posiciones que toma cada ítem en función del género. Y se comprueba la variación de preferencias de métodos formativos entre hombres y mujeres. (Tabla 28)

Tabla 28 - Variación en el orden de preferencia de actividades formativas por género

Actividad formativa	Orden global	Orden chicas	Orden Chicos	Dif
La vivencia personal como paciente o familiar de paciente	1	1	3	-2
Que el propio paciente evalúe tu relación con él, durante las prácticas en los centros	2	2	2	0
Participación de pacientes simulados en el laboratorio de habilidades	3	3	1	2
Que el propio paciente evalúe tu relación con él, en los laboratorios de habilidades	4	4	5	-1
Ejemplo de los médicos en su trabajo asistencial, en su relación con los pacientes	5	5	6	-1
Actividades prácticas en el laboratorio de simulación	6	7	7	0
Actividades teórico-prácticas en el aula (videos, role playing, ejercicios,...)	7	8	4	4
Ejemplo de otros profesionales de la salud en su relación con los pacientes.	8	6	8	-2
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,... en el contexto docente.	9	9	9	0
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,...fuera del contexto docente.	10	11	10	1
Visión de videos o películas relacionados con la comunicación, fuera del contexto docente.	11	10	11	-1
Clases teóricas de comunicación.	12	12	12	0
Lectura de libros de comunicación, fuera del contexto docente.	13	13	13	0
Realización un Portafolio reflexivo sobre el contacto con pacientes en las prácticas clínicas.	14	14	14	0

Se aprecia que tanto hombres como mujeres sitúan en los primeros puestos la interacción con los pacientes, reales o simulados y el ejemplo de los médicos en su actividad profesional.

Las mujeres prefieren los métodos de tipo vivencial, el modelaje de los profesores, el manejo con pacientes simulados o, que el propio paciente les evalúe. Los hombres prefieren las actividades teórico-prácticas en el aula y, también valoran las características vivenciales, pero en general responden de forma más dispersa sin manifestar grandes preferencias por metodologías a excepción del manejo con pacientes simulados en el laboratorio de habilidades.

En general, tanto hombres como mujeres, sitúan en los últimos puestos la realización de portafolios reflexivos y las actividades más teóricas, como las clases o la lectura de libros.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Este estudio no está exento de limitaciones como se expone a continuación.

- Con respecto a la consulta cualitativa a los pacientes:

La representación masculina ha sido baja, pero hay que tener en cuenta que los participantes no sólo se representan a sí mismos, también hablan en función de las experiencias que han tenido como familiares, cuidadores o acompañantes y que dos de los grupos focales estaban compuestos por trabajadores de las unidades de atención al usuario que han representado la voz tanto hombres como de mujeres.

- Con respecto a la consulta cuantitativa a los estudiantes de medicina:

La recogida de datos se ha realizado mediante corte transversal y en un año académico concreto (curso 13-14), por lo que no mide la variación de sensibilidad de un estudiante concreto a lo largo de los cursos. Sin embargo, sí permite valorar la variabilidad de la sensibilidad de los estudiantes que se encuentran en cada curso, el momento del corte.

La muestra recogida de los estudiantes no se corresponde con la población de las distintas facultades de medicina, pero permite valorar la opinión global de los estudiantes de medicina en España.

6. DISCUSIÓN:

La aportación de este estudio es triple:

Por una parte identifica aquellos aspectos de la CMP que, según la visión de los pacientes, deberían priorizarse en la formación en comunicación en las facultades de medicina.

Por otra parte, recoge la opinión de los estudiantes de medicina sobre los métodos y momentos eficaces para la formación en comunicación durante el grado.

Finalmente contrasta los hallazgos de pacientes y estudiantes entre ellos y con la literatura, proponiendo una lista de elementos de la CMP críticos en el ejercicio de la medicina en España, así como los momentos y métodos más eficaces para enseñarlos durante el grado en las facultades de medicina españolas.

Los resultados aquí discutidos, contribuyen a la mejora de la formación médica en España en un ámbito infravalorado hasta el momento: la CMP y desde un punto de vista poco estudiado: el de los pacientes y estudiantes de medicina de la sociedad española, con sus estructuras familiares y relacionales específicas. La CMP y el *patient centered care* son elementos en auge en la formación médica mundial y por tanto, también en nuestro país, que se hace imprescindible con los cambios tecnológicos incorporados a la comunicación y la facilidad de acceso a la información. Por lo tanto, son necesarias las acciones educativas concretas que se proponen en respuesta a las necesidades identificadas en el contexto cultural español, aunque, en su mayor parte, podrían ser extrapolables a otros países, teniendo en cuenta posibles diferencias culturales.

La CMP, y en concreto la percepción del paciente, va adquiriendo inercia en el entorno científico. En los últimos años se han incrementado los estudios sobre la "comunicación en salud y percepción de los pacientes" como se ha podido comprobar. (Gráfico 1 de la página 5). Allí se observa que se ha pasado de una publicación casi nula antes de los años 90 a más de 300 artículos por año en la actualidad. Los principales temas tratados en los estudios existentes evidencian: i) un *gap* en la comunicación entre médico y paciente(115); ii) la necesidad de orientar la medicina hacia la atención centrada en la persona(39,85); iii) la inclusión de los pacientes en la toma de decisiones y darles una mayor participación en lo referente a su salud(27,28,109); iv) la importancia de incluir formación de profesionalismo en las universidades y de tratar la comunicación como elemento clave en la competencia clínica (14,23,45,116); v) la consideración por parte de los estudiantes, de la importancia de mejorar su formación en empatía y en comunicación en situaciones complejas(2).

Se observa una orientación de la atención médica hacia una “medicina centrada en el paciente”, donde este asume un papel más activo, con mayor participación e implicación en las decisiones que afectan a su propia salud(38,39,85). Los pacientes son más exigentes, y confían en tener una buena relación y comunicación con los profesionales que le atienden, que les permita participar en el acto asistencial y tomar decisiones de forma consensuada, cuando así lo requieran. Pero a pesar de eso, son escasos los estudios que incluyen la visión del paciente de una forma directa. Y no hay ningún estudio destinado a mejorar específicamente la CMP que incorpore la perspectiva de los estudiantes y de los pacientes a un mismo tiempo, que es exactamente lo que se hace en este estudio.

Para recoger la visión de los pacientes se ha utilizado el método cualitativo fenomenológico que permite analizar y trasladar una información recogida en forma de narrativa, a conceptos concretos y manejables para poder llegar a conclusiones aplicables a la mejora de la CMP. Este método ha ayudado a dar respuesta al “qué perciben los pacientes” y al “cómo lo perciben”, concretando cuáles son los elementos críticos de la CMP, según las experiencias individuales de los pacientes. Los resultados obtenidos, como en toda investigación cualitativa, son en parte el producto de la visión e interpretación del investigador y dependen de sus propios valores y de la interrelación que se establece con el investigado(92). Para recoger la visión de los estudiantes se utiliza el pase de un cuestionario cuyas respuestas se estudian mediante métodos cuantitativos.

En el estudio de los pacientes, se ha puesto especial énfasis en recoger una muestra suficientemente representativa de la población de estudio, que diera validez a los resultados. Para ello se han incluido: pacientes de diferentes sexos, edades, capacidades, atendidos en diversos tipos de centros, con diversas patologías y niveles de gravedad y también se han incorporado en las entrevistas, a cuidadores y familiares.

La CMP tiene tanta importancia para los pacientes que en alguna entrevista se ha expresado la negación a acudir a un profesional debido a la mala relación establecida, reconociendo que el nivel de conocimientos técnicos era apropiado y, por el contrario, en casos donde se ha establecido una buena relación, los pacientes disculpan posibles fallos u otras deficiencias.

Este método permite pasar, mediante el análisis riguroso de la narrativa recogida de pacientes y cuidadores, a frases concretas de las que se extraen las ideas clave que guían el estudio. Estas ideas se desmenuzan, se agrupan y reagrupan hasta identificar con detalle las características de la comunicación, que el paciente espera. La información obtenida se contrasta con los hallazgos de la literatura sobre CMP y también con la información recogida en los cuestionarios pasados a los estudiantes de medicina. El análisis de las tres visiones es el que permite llegar a las conclusiones presentadas a continuación.

De las entrevistas realizadas a los pacientes, se extraen 204 frases que se concretan en 30 atributos de la CMP: 17 positivos y 13 negativos, un número de datos más manejable que permite avanzar más fácilmente en la investigación.

Se evidencia algo esperable: El paciente espera que el médico tenga un buen nivel de conocimientos, que no sabe valorar pero, también, un trato humano que sí se ve capaz de valorar.

Las facultades de medicina deben responder a esta demanda de los pacientes, actualizando y adaptando sus currículos. Revisando los conocimientos impartidos y demás competencias profesionales, promoviendo la sensibilización hacia el paciente y la mejora de la relación con él, teniéndolo como centro y participe de la actividad asistencial.

En los últimos 15 años se han ido introduciendo cambios en los planes de estudio de medicina en España, la mayoría en base al Libro Blanco del grado en medicina y a las orientaciones incluidas en los consensos sobre comunicación clínica, nacionales e internacionales. Este estudio aporta además la visión de pacientes y estudiantes, protagonistas que no habían sido incluidos de forma explícita, anteriormente.

De esta forma, se consigue cerrar el círculo de influencia de la CMP en el grado en medicina español. (Figura 6) y se procede a dar respuesta a los objetivos específicos planteados.

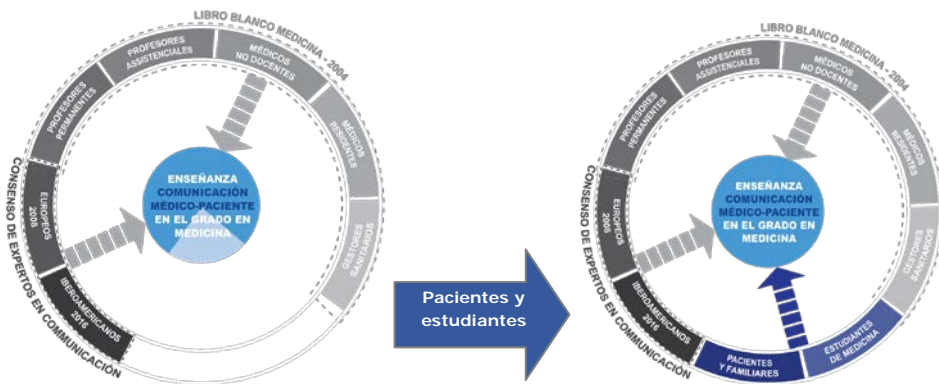


Figura 6 – Círculo completo de los referentes que influyen en la formación en CMP.

6.1. ¿Qué debe ser enseñado"- Objetivo específico 1

Este estudio ha identificado desde el punto de vista de los pacientes y estudiantes de medicina, las características comunicativas que debe desarrollar un médico para dar respuesta a las expectativas de los pacientes.

6.1.1 Desde el punto de vista de los pacientes

La CMP no es "estandarizable" debido a la gran variedad de encuentros clínicos, tipos de pacientes, contextos y enfermedades. Pero las habilidades necesarias para poder adaptarse a esta variedad de encuentros sí que pueden ser enseñadas, destacando las siguientes características positivas: la cercanía y sensibilidad, la claridad en la información, la adaptabilidad a cada situación específica, la visión holística del paciente, el trato empático, el respeto hacia la persona, su entorno y situación.

Las características que los pacientes valoran positivamente varían según la situación y también según los pacientes. Sin embargo, las negativas más destacables como son: la falta de sensibilidad, la arrogancia, la prepotencia, la poca precisión en la información (por ser poco comprensible o técnica), la falta de escucha atenta y activa, la falta de coordinación o la falta de respeto al tiempo o a la persona, son rechazadas de forma casi unánime por pacientes de diferentes edades y sexos, en variadas situaciones y contextos.

Los resultados observados son coherentes con estudios previos, ampliando algunas características positivas y bastantes negativas. El hecho de haber detectado más detalles negativos se justifica por dos motivos: Primero, porque son pocos los estudios que recogen aspectos negativos de la CMP(8,14,105) y, segundo, porque al dejar expresarse a los pacientes con libertad, estos se extienden en aquellos aspectos que el médico debería evitar y no tanto en lo que debería hacer. Hecho que es propio de la cultura española.

Las contribuciones que este estudio aporta a la existente en la literatura son:

1. La relevancia de la atención a la familia, a los niños, a los mayores o a aquellos con menos capacidades. La cultura latina da mucho valor al entorno y a las estructuras familiares que son muy importantes.
2. El interés del paciente no tanto en participar como en que se le haga participe, conocer el qué y para qué se le va a hacer algo, incluso conocer el pronóstico de su molestia o enfermedad. Este aspecto no se había identificado con este nivel de detalle en ningún estudio existente, pero los pacientes dan valor a conocer lo que pasará para poder prepararse.
3. Se insiste mucho en la actitud de humildad y honestidad del profesional. Sorprende que no haya aparecido en la literatura, sin embargo es de los aspectos más repetidos en todas las entrevistas.

4. La necesidad de adaptación del profesional a la diversidad de situaciones y pacientes, tanto en la escucha como en la expresión. Adecuando el nivel de información a las necesidades y capacidades de los pacientes. La literatura lo recoge solo superficialmente y el paciente insiste mucho.
5. El médico no debe ser intimidante ni distante y, sí se espera que sea optimista. Se valora claramente la sonrisa, la actitud positiva, el acercamiento en especial a los que tienen necesidades especiales: niños, ancianos, adolescentes o pacientes con dificultades.
6. Mostrar tacto y respeto por el paciente, incluso por el tiempo de ambos. El tema del respeto del tiempo no sale recogido en la literatura sin embargo los pacientes asumen que tienen que esperar cuando van a consultas o están en la habitación, y no les parece respetuoso.
7. El interés de que se contemplen los derechos de los pacientes, tanto en lo relacionado con la información, el conocimiento de las alternativas, la capacidad de decisión. En España se está haciendo mucho hincapié en que tanto los centros como los pacientes conozcan sus derechos y deberes y estos se respeten en ambas direcciones. Al ser un tema en auge, es normal que haya aparecido con insistencia y seguramente también influenciado por la alta participación de trabajadores de los equipos de atención al usuario.
8. Saber adaptar su mensaje cuando se tratan de malas noticias.
9. La información a veces incorrecta o incompleta por falta de reorientación a fuentes fiables de información o a otros profesionales.

Por el contrario, algunas características reiteradas en la literatura no han aparecido de forma explícita en las entrevistas, en la mayoría de los casos, porque se consideran aspectos de tipo organizativo y no sólo un defecto de comunicación:

- a. La necesidad de que el profesional sea accesible e informe de cómo acceder a la información. Cuando se ha comentado este aspecto al finalizar las entrevistas, todos los pacientes han considerado que es muy necesario saber a quién dirigirse o tener un teléfono de contacto.
- b. Que recuerde los datos de la historia clínica previa. Este aspecto no ha aparecido específicamente, aunque han expresado la necesidad de una buena coordinación y valoran el no tener que repetir la información una y otra vez a diferentes profesionales.
- c. Que se respete su intimidad y su pudor en las exploraciones. Sorprende que ha aparecido poco y, sin embargo, al consultar sobre este aspecto al finalizar las entrevistas, se le ha dado mucha importancia, lo que hace pensar que si se hubiera incluido este punto en el guion, se hubiera recogido más información al respecto.
- d. Que la atención se de en el momento adecuado según el nivel de urgencia. Este aspecto sin aparecer específicamente, se ha expresado malestar por no haber sido informados cuando no se le podía atender de acuerdo al nivel de urgencia.

En las entrevistas han aparecido detalles no propiamente comunicativos, sino de tipo organizativo, relacionados con el espacio o con aspectos técnicos que afectan a la comunicación pero que no requerirán del desarrollo de habilidades comunicativas, sino de otras competencias transversales.

Un ejemplo de tipo organizativo sería la presión asistencial, con agendas excesivamente llenas, asignando pocos minutos por visita,... lo cual indirectamente se verá mejorado con el dominio de habilidades. O, disponer de un referente del proceso, que oriente y vea al paciente en su conjunto, con quien se pueda contactar o comunicar en caso de dudas, incidentes, inseguridades, etc. Este dato sí se evidencia por varios autores en la literatura (17,86) considerándose un valor apreciado y también necesario en alguna circunstancia, por ejemplo cuando el paciente es pluripatológico o cuando es atendido por diversos especialistas a la vez.

Ejemplo de las de tipo espacial sería el tener espacios poco adecuados para preservar la intimidad o confidencialidad de la información o que no permitan la presencia de acompañantes que dan seguridad o confianza al paciente o, la disposición del mobiliario que favorezca o dificulte la relación o, incluso la disposición del material que obliga al personal de soporte a interrumpir las visitas o a romper el clima comunicativo.

Y, un ejemplo de las de tipo tecnológico, sería la incorporación de nuevos medios de comunicación, la falta de dominio del sistema informático o el equipamiento técnico sofisticado que requiere entrenamiento específico, etc.

6.1.2 Desde el punto de vista de los estudiantes de Medicina

Los estudiantes también aportan matices a la pregunta: "¿Qué debe ser enseñado en CMP?". Se observa que los estudiantes son sensibles a la mejora de la comunicación, pero su percepción no coincide totalmente con las apreciaciones y valoraciones de los pacientes.

Cuando se hace valorar la misma lista de variables de la literatura a estudiantes y pacientes, se observa que algunas características se encuentran ordenadas en una posición similar a la ordenación que han hecho los pacientes, pero en algunos casos, el orden entre pacientes y estudiantes dista hasta en 18 posiciones, lo que hace pensar que unos y otros interpretan diferentes cosas, cuando se piensa que se habla de lo mismo.

Se ha comentado que una de las aportaciones de este trabajo es el estudio simultáneo de pacientes y estudiantes, que permite contrastar las opiniones y también combinar las distintas interpretaciones de los conceptos. La comparativa aporta valor a los resultados. La discrepancia en algunos detalles

mostrará qué aspectos deben ser priorizados en la formación de los estudiantes para mejorar su relación futura con los pacientes.

Las mayores discrepancias son (Tabla 24, página 78):

- **Los pacientes valoran más que los estudiantes** las siguientes características:
 - La sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales y los diferentes niveles asistenciales. En 4ª posición para los pacientes y en la 22ª para los estudiantes. El paciente lo valora mucho y sin embargo los estudiantes no dan esa misma importancia al trabajo coordinado y en equipo.
 - Que el médico tenga visión de conjunto del paciente sin centrarse únicamente en un aspecto muy concreto de la consulta. Para los pacientes está en la 6ª posición, sin embargo para los estudiantes en la posición 23ª. Conviene insistir en los estudiantes la necesidad de tener una visión holística del paciente, no solo en referencia a sus patologías, sino también en el contexto psicológico o social.
 - Que el médico facilite la información requerida y sólo hasta el nivel que el paciente quiera recibir. Los pacientes lo colocan en la 7ª, sin embargo los estudiantes en la 19ª. La dificultad se encuentra en la importancia de saberse adaptar al paciente, a sus capacidades y necesidades. Los estudiantes consideran que hay que dar información o no darla y hay que hacerles ver la importancia de la capacidad de adaptación al paciente, el momento, la capacidad,...

- **Los estudiantes valoran más que los pacientes** las siguientes características:
 - El respeto a la dignidad de la persona. Para los estudiantes es lo primero y, podría sorprender que para los pacientes este punto quede en 16º lugar. Consultados a este respecto, los pacientes consideran que el respeto a la dignidad así enunciado es algo abstracto, valoran más los pequeños detalles que han quedado en los primeros lugares y que para ellos les hace sentir ser "tratado con dignidad" no de una forma genérica, sino concreta, como por ejemplo: que sea humano, comprensivo, amable, cercano, que sea empático, que respete los sentimientos y emociones, que tenga una respuesta sensible.
 - Hacer sentir cómodo al paciente en la relación. Ocurre como en el punto anterior, el estudiante se centra en aspectos generales y el paciente prefiere concretar los detalles de la relación.
 - Inspire confianza y muestre seguridad y dominio en lo que hace: Para los estudiantes es importante mostrar seguridad y lo colocan en 3º lugar y los pacientes lo valoran en un 10º lugar aunque a pesar de ello, en las entrevistas han insistido en la necesidad de sentirse seguro y en confianza con el médico.

- Explicar lo que se hace y el para qué se va a hacer. Los pacientes lo ponen en 20º lugar, sin embargo los estudiantes en 13º. En algunas entrevistas ha aparecido la importancia del pronóstico, pero no de forma constante y por lo tanto es coherente con esta ordenación.
- Adaptación del lenguaje, términos a la edad y capacidad de los pacientes. Los pacientes lo ponen en 9º lugar, sin embargo los estudiantes en 2º. Este aspecto ha aparecido constantemente en las entrevistas, pero sin embargo al hacer la ponderación no le dan la importancia que le dan los estudiantes. El paciente da más peso a que se le hable con claridad, franqueza, sinceridad.
- Actuar diligentemente centrado en resolver los problemas manifestados por el paciente. Los pacientes lo ponen en 21º lugar, sin embargo los estudiantes en 11º. El paciente no le da tanta importancia pues es un aspecto que no puede valorar perfectamente por desconocer el proceso con exactitud.

También hay que destacar que los propios pacientes han dado mayor valor a algunas características cuando los han ponderado en la lista de las variables de la literatura que cuando lo han expresado con sus palabras en las entrevistas, y en parte es debido a la interpretación del lenguaje que hace el paciente.

Estos detalles tan concretos de la población estudiada es lo que explica que se hayan desarrollado consensos específicos para culturas diferentes, pues se comprueba que la población interpreta de una forma determinada la comunicación. Es importante, para que la comunicación con el paciente sea eficaz, tener en cuenta la forma en que el paciente interpreta lo que expresa el médico(93), asegurando en todo momento su comprensión. Si las directrices se dieran de forma uniforme para todas las facultades de medicina del mundo, difícilmente se adaptarían a las características de la cultura a la que van a atender. Si la formación se planificara teniendo en cuenta, únicamente, aspectos generales como: ser respetuoso, se educado, ser empático,... sin atender a los detalles que valora el paciente, se hará difícil llegar a cubrir las expectativas comunicativas que espera la población.

La integración de las variables de la literatura con la visión de pacientes y estudiantes de medicina, recogiendo los aspectos positivos y negativos de la CMP, permiten concretar el "decálogo" de las características que debería tener el profesional clínico, buen comunicador, capaz responder a las necesidades de los pacientes (Tabla 8, página 55).

De esta forma se responde al primer objetivo específico propuesto: **OE1-** Identificar las características comunicativas de los médicos que son más y menos valoradas por los pacientes.

6.2. Priorización de lo “que debe ser enseñado” - Objetivo específico 2

Para incorporar los elementos identificados en el OE1, en los planes de estudio del grado en medicina, se deben transformar en “medios concretos de formación”, es decir: competencias, objetivos educativos, resultados de aprendizaje y habilidades comunicativas concretas.

En el análisis cualitativo de los grupos focales, cuando se ha realizado la etapa de estructuración de la información, se han realizado 3 agrupaciones con diferentes objetivos. Las dos primeras agrupaciones serán útiles para responder al segundo objetivo específico y la tercera, ayudará a responder al objetivo específico 3.

La primera agrupación según las *características comunicativas de B. Burford*, ordena los atributos según sean de tipo “personal”, “relacional” o “técnico”. El análisis de esta ordenación evidencia que los pacientes aprecian más las características positivas de tipo relacional, seguidas por las de tipo personal, y respecto a las negativas, rechazan principalmente las de tipo personal y después las de tipo relacional, como se observa en los gráficos (Gráfico 4 página 49 y Gráfico 5 página 49).

La segunda agrupación según las *dimensiones comunicativas del encuentro clínico*, evidencia que las características más apreciadas son las de tipo afectivo, adaptativo y expresivo. Algo menos, las de competencia técnica y de las dimensiones receptiva y de coordinación. Por otro lado, se rechazan especialmente características de las dimensiones afectiva y expresiva. (Gráfico 6 página 50 y Gráfico 7 página 51).

Los elementos que más aprecian los pacientes, son los que deben priorizarse en la formación de la CMP y deben planificarse en lenguaje y términos educativos universitarios: i) las competencias a trabajar, ii) los objetivos educativos a perseguir y iii) los resultados de aprendizaje que se evaluarán, así como iv) las habilidades y v) las aptitudes a potenciar de acuerdo a la priorización realizada en este estudio.

Para realizar esta conversión, se parte los referentes identificados en el círculo de influencia para la formación en CMP del grado en medicina que se agrupan en tres bloques: El libro blanco del grado, el LAPS-CCC y este estudio. De cada referente se toman los elementos necesarios, es decir

Del Libro blanco del grado	----→ las competencias
Del LAPS-CCC	----→ los objetivos educativos y resultados de aprendizaje
Del estudio actual	----→ las habilidades y aptitudes identificadas y priorizadas

- Las **competencias** para responder a las necesidades de los pacientes, se toman del Libro Blanco del Grado en medicina(79). En concreto 10 competencias (6 específicas identificadas con el código original y 4 transversales).

Competencias específicas:

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.
4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.
21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.
23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.
27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.

Competencias transversales:

- I1 - Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar.
 - I4 - Habilidad en las relaciones interpersonales.
 - I5 - Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad.
 - J2 - Adaptación a nuevas situaciones. (Entendiendo por nueva situación cada nuevo paciente)
- Los **objetivos educativos y resultados de aprendizaje**, se toman del último consenso sobre formación en competencia comunicativa, el LAPS-CCC(33):

Se toma este consenso como referente por tres motivos. En primer lugar por ser el más actualizado recogiendo las orientaciones de los consensos previos, tanto el británico, como el europeo y el alemán. En segundo lugar por enunciar los objetivos educativos y los resultados de aprendizaje con el nivel de detalle suficiente para el objetivo perseguido. En tercer lugar, y quizá el más importante, porque se adecúa a las características de nuestro contexto social y cultural, destacando la importancia de la relación familiar, los valores de lealtad, respeto, solidaridad y reciprocidad entre los miembros de la familia, los cuales están muy arraigados en nuestra cultura.

Tal y como se expresa en el consenso, éste se realizó como una “propuesta útil para sensibilizar y difundir la comunicación médico-paciente en los programas educativos del grado en medicina en países de habla hispana y lusa y, como una guía para la elección del contenido que se considere más adecuado para los graduados, basados en sus prioridades y circunstancias.” (33)

De dicho consenso se seleccionan 9 objetivos educativos:

1. Reconocer el valor de la entrevista médica para la finalidad del acto clínico conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes.
2. Establecer y mantener una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente.
3. Recoger la información relevante para el razonamiento y la toma de decisiones clínicas.
4. Ofrecer de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para tomar decisiones.
5. Tomar decisiones considerando la participación y responsabilidad del paciente, tomando en consideración sus preferencias.
6. Reconocer y evaluar el papel de la familia en la atención clínica a pacientes y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste.
7. Reflexionar habitualmente sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica, auto-cuidados.
8. Comunicar eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este.
9. Aplicar y adaptar las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utilizar habilidades concretas que cada situación pueda requerir.

Y 47 resultados de aprendizaje, que se pueden encontrar en el **ANEXO 12**.

- Las *habilidades* y las *aptitudes* son las identificadas en el presente estudio, de consulta a pacientes y estudiantes, una vez contrastadas e incorporadas a las variables de la literatura. Se concretan los atributos a potenciar y a evitar (sin especificar sus descriptores) :

- **17 atributos a potenciar que son:** La cercanía, la claridad, la sensibilidad, la adaptabilidad, la visión holística, la amabilidad, la empatía, el respeto, la autoconfianza, la escucha activa, la asertividad, la honestidad y sinceridad, la competencia técnica, la apertura de mente, la paciencia, la tranquilidad y la humildad.

- **13 atributos a evitar que son:** La insensibilidad, la arrogancia, la imprecisión, la intimidación, la incomprensión (por falta de escucha activa, de atención o de interés), el aturdimiento o apabullamiento, la descoordinación del equipo, el apresuramiento en la actuación, la

desconsideración, el nerviosismo, la desinformación, la descortesía, los tecnicismos.

Con la identificación de competencias, objetivos educativos, resultados de aprendizaje, habilidades y aptitudes a incorporar en el plan de estudios, se da respuesta al segundo objetivo específico de este estudio: **OE2**.

6.3. “¿Cuándo debe ser enseñado?” - Objetivo específico 3

El 99,08% de los estudiantes de medicina que han respondido al cuestionario, consideran muy importante recibir formación en habilidades comunicativas durante el grado (Tabla 18) sin embargo, ante la pregunta de si “deben estar bien formados en comunicación al finalizar el Grado”, sólo el 37,16% están “completamente de acuerdo” y el 20% consideran que no es importante, como si la adquisición de esta competencia quedara relegada a etapas del postgrado. Por otro lado, los pacientes expresan la esperanza de que los profesionales salgan bien formados de las universidades. Es decir que los estudiantes muestran interés por la formación en comunicación, pero no creen que sea algo que vayan a aprender en la universidad. Este hallazgo supone una oportunidad educativa interesante para las facultades de medicina que por su parte tienen la obligación de promover una formación específica que dé respuesta a las necesidades de los pacientes.

Al analizar la sensibilidad de los estudiantes, por curso (Diagrama 1, página 66), se aprecia un incremento en tercero coincidiendo con el inicio más intenso de las prácticas clínicas y una ligera disminución en quinto y sexto curso. Pero, aun teniendo en cuenta estas pequeñas diferencias (que pueden parecer significativas en los gráficos), la baja variación entre las medias, indican que estas no son relevantes.

En el análisis de la sensibilidad por género (Diagrama 2, página 68), se evidencia que es mayor en las mujeres con una menor dispersión de respuestas. Esta mayor sensibilidad es real en las estudiantes y en el entorno de investigación, pues es destacable que más del 75% de los estudios revisados están escritos por mujeres. Esto también es interesante teniendo en cuenta que la población femenina en las facultades españolas es alta (alrededor del 70%), pues esto va a ayudar a realizar el cambio de paradigma comunicativo necesario. Es necesaria, una evolución de la formación y del ejercicio de la medicina, de un modelo paternalista y más bien autoritario a un modelo más abierto, participativo y sensible.

El interés que muestran los estudiantes, permanece alto de primero a sexto, en contra de una cierta “creencia general” de que el interés por la comunicación disminuye al avanzar en los estudios. Esto abre la posibilidad de nuevas líneas de investigación posteriores para comprobar si dicha creencia es cierta o no y,

en caso afirmativo si se debe a la influencia del sistema educativo universitario, a la preparación prematura de las pruebas de acceso a la especialidad (MIR) o, a otras variables.

Por lo tanto, viendo la alta sensibilidad de los estudiantes hacia esta competencia y a sus componentes, se puede determinar que cualquier momento del grado es adecuado para incorporar formación en CMP si sólo se tuviera en cuenta la predisposición de los estudiantes. Lo que parece importante es, mantener la motivación para este tipo de aprendizaje, lo cual se puede conseguir incorporando formación pero adaptada a cada momento educativo y nivel de madurez de los estudiantes (58).

Los expertos confirman que las acciones formativas deben perdurar en el tiempo (30,89), ya que realizarlas de forma puntual, sin una continuidad, evaluación y seguimiento no tiene una gran repercusión en el cambio actitudinal de los estudiantes. La acción continuada y variada de diversos métodos combinados, favorece un aprendizaje más permanente(11).

Volviendo a la tercera agrupación de la etapa de estructuración de los datos cualitativos (Gráfico 8 página51 y Gráfico 9página 51), se observa que los pacientes aprecian, principalmente, aspectos relacionados con el contexto del encuentro clínico pero que también es necesario trabajar algunos aspectos previos a que los estudiantes entren en contacto con los pacientes, en las prácticas.

Por lo tanto, se debe planificar en los dos primeros cursos del grado, formación que desarrolle habilidades y aptitudes identificadas en el apartado de "previas". A partir de tercer curso, se deben incorporar las actividades específicas que trabajen habilidades y aptitudes "del contexto", que se deben mantener hasta sexto.

La planificación de la formación adaptada a los cursos y mantenida a lo largo de todo el grado, favorecerá el aprendizaje respondiendo a las necesidades de los pacientes y mantendrá el nivel de la motivación de los estudiantes. De esta forma queda respondido el Objetivo específico 3: **OE3**.

6.4. "¿Cómo debe ser enseñado?" - Objetivo específico 4

Estudios recientes y los varios consensos aquí presentados demuestran que tanto la mejora de la relación interpersonal como la CMP pueden ser enseñadas y, aprendidas(70,89) y que hacerlo beneficia los resultados de salud. Esta formación requiere métodos específicos y debe hacerse de forma transversal y continuada en el tiempo para conseguir un cambio de actitud más que simplemente un cambio cognitivo en los estudiantes (33). Esto supone

reflexionar sobre la comunicación orientada a la práctica clínica, en diversas y múltiples situaciones.

Todas las características identificadas por los pacientes y revisadas en este estudio, son tributarias de ser enseñadas y por lo tanto aprendidas o, en cualquier caso, pueden mejorar mediante la formación y el hábito.

Se deberán tener claros algunos aspectos de tipo teórico, pero especialmente lo que se debe desarrollar es el componente afectivo, no cognitivo, centrado en el respeto por los pacientes y su situación personal, social y laboral. Esta formación en actitudes y valores, es mucho más compleja que la formación en conocimientos y requiere tanto del interés del estudiante hacia dicho aprendizaje, como de la utilización de métodos docentes apropiados.

Es necesario que el estudiante se habitúe a reflexionar sobre su comunicación y los resultados de la misma. Revise las técnicas que utiliza para comunicarse, las habilidades que debe mejorar y las actitudes que le suponen una mejor relación con los pacientes, proponiéndose mejorar sus resultados y tener en cuenta la valoración objetiva de sus formadores o los propios pacientes (simulados o reales) (27,28,109).

Según las indicaciones del Consenso de Kalamazoo II, los estudiantes de medicina en la etapa universitaria deben demostrar la capacidad de llevar a cabo entrevistas con pacientes de forma independiente, manejarse en algunas situaciones complejas tanto con pacientes como familiares, así como, saber controlar sus emociones, transmitir tranquilidad, escuchar de forma activa e intentar establecer relaciones terapéuticas(36).

Para conseguirlo, se requieren estrategias educativas específicas que demostradamente supongan una mejora tanto en las habilidades relacionales como comunicativas. (11,119) En estudios previos a este se proponen actividades formativas que a veces también resultan útiles como instrumentos de evaluación formativa*.

(3,11,22,36,44,45,53,56,74,82-84,89,90,96,109,112,118,120)

Los métodos más efectivos se han tomado de la literatura y contrastado con los intereses de los estudiantes, añadiendo sus aportaciones. En total se proponen 15 métodos formativos que según los estudiantes resultan útiles para el aprendizaje:

* Evaluación formativa: “Proceso de constatación, valoración y toma de decisiones cuya finalidad es optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene lugar, desde una perspectiva humanizadora y no como mero fin calificador “. (77)

1. Observación directa sobre situaciones reales o grabadas, con pacientes reales o simulados, propias o de otros estudiantes, revisando en una lista aspectos a tener en cuenta, indicadores de una buena, mejorable o deficiente comunicación.
2. *Role-playing*. Demostraciones que hace el propio estudiante en situaciones simuladas o reales.
3. Producción de videos o entrevistas video-grabadas.
4. Encuentros variados con pacientes simulados, estandarizados o reales en contexto clínico real o simulado.
5. Modelaje de los clínicos en activo. Éste método debe ser acompañado de mayor información y *feed-back* a los estudiantes ya que por sí solo no parece haber mostrado excesiva efectividad.
6. Trabajo en pequeños grupos sobre experiencias propias o diseñadas al efecto.
7. Discusión de casos o problemas comunes o excepcionales, con la propuesta de alternativas.
8. Exposiciones teóricas, siempre cortas y participativas. Evitar las clases teóricas sin actividades complementarias que las dinamicen.
9. Lectura de bibliografía específica y revisión de videos. Este método siempre debe acompañarse de discusión o comentario ya que estas estrategias de aprendizaje no demuestran efectividad por sí solas.
10. Realización de informes de autopercepción y propuestas de mejora, para fomentar el autoaprendizaje: con autorreflexión sobre actuaciones vividas, observadas o revisadas (lectura, casos, etc)
11. Experimentación en talleres o resolución de casos con situaciones simuladas de habilidades comunicativas en general o específicas, en especial aquellas más complejas como el manejo de un paciente difícil, información de malas noticias, paciente agresivo o callado, familiares influyentes, etc.
12. Valoración entre iguales o autoevaluación de sus propias actuaciones o la valoración de un grupo de estudiantes sobre una actuación concreta de otro estudiante o grabación.
13. Ensayo de resolución de conflictos.
14. Recibir la opinión y *feed-back* de los pacientes después de un encuentro real con el estudiante, ya sea de forma espontánea o semiestructurada.
15. La vivencia personal como paciente o familiar de paciente.

Los estudiantes consideran menos útiles las “clases teóricas”, la “lectura de libros en contexto no docente” y “los portafolios reflexivos”. En general deben realizarse actividades de tipo práctico o dinámico, ya sea en los centros, en los laboratorios de simulación y habilidades clínicas o en contexto teórico-prácticos.

Otro aspecto a tener en cuenta al planificar la formación, son las ligeras diferencias en la preferencia de métodos en los dos géneros, por el mayor porcentaje de mujeres en las aulas. Los chicos prefieren más actividades

dinámicas en el aula: como videos, *role-playing* y las chicas dan mayor preferencia a la vivencia personal y a seguir el ejemplo de otros profesionales.

Para acabar de concretar el O4: ¿Cómo debe ser enseñada la CMP? se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones, recopiladas de la bibliografía y de los comentarios de pacientes y estudiantes:

1. Siempre que sea posible el estudiante debe ser protagonista participativo de la acción educativa. Cuanto más cercana sea la experiencia docente a la situación de la práctica clínica real, mejor será el resultado comunicativo.
2. En todos los casos, conviene acompañar la actividad con feed-back suficiente y continuado (67), que puede ser individual o en grupo siendo muy enriquecedor realizarlo en grupos pequeños para obtener mayor beneficio de la discusión y las distintas visiones y aportaciones de los demás estudiantes y formadores.
3. Es importante que la comunicación se enseñe, y se evalúe de forma clara, específica y evidente.
4. Los formadores son una figura clave que debe despertar en el estudiante el interés por el aprendizaje y por la adquisición de las características que el paciente sabe reconocer y apreciar. El compromiso de los docentes es fundamental y es crítico hacerles partícipes de los objetivos educativos marcados, facilitarles orientación y soporte en los contenidos y métodos educativos apropiados y, sobre todo, implicarles en la misión de formar profesionales competentes, en conocimientos y humanidad.
5. La adquisición de competencias y el cambio de actitud necesario, se consigue poco a poco, por medio de pequeños logros, desarrollando habilidades, desplegando valores y demostrando resultados de aprendizaje para responder a los objetivos docentes planificados.
6. Hay que desarrollar destreza comunicativa y de relación interpersonal pero, también, desarrollar la propia personalidad del estudiante, consiguiendo una transformación desde dentro, que requiere tiempo y constancia.

De este modo queda respondido el Objetivo específico 4: **OE4**

7. LÍNEAS DE CONTINUIDAD:

- **Mejora de la comunicación centrada en los protagonistas:** la comunicación interdisciplinar, la comunicación en la multiculturalidad, el trabajo en equipo, la comunicación entre estamentos o niveles asistenciales, la comunicación y respuesta a las emociones con uno mismo,... Si podemos centrarnos en las necesidades de los pacientes, también se podría abrir una línea en otros tipos de comunicación que requieren ser mejoradas en el contexto de la comunicación clínica, centrándose en los protagonistas, como por ejemplo:
- La **participación del paciente real en la evaluación** de los estudiantes de medicina. Los trabajos de varios investigadores, demuestran que, dando mayor participación a los pacientes y recogiendo su *feed-back*, se mejora el aprendizaje relacional del médico y, también, que la repetición y el ensayo de diferentes tipos de comportamiento en entornos simulados o semejantes a los reales, mejora notablemente los resultados (16,43,84,95).
- **Relación de la coordinación interprofesional y mejora de la comunicación:** Un aspecto que ha aparecido a pesar de no tratarse de una habilidad comunicativa en sí, ha sido la coordinación (no la comunicación únicamente) entre profesionales del mismo o de otros equipos, así como el disponer de un referente del proceso a quién poder dirigirse o consultar alguna duda. Este es un aspecto muy bien valorado cuando existe y valorado claramente como un aspecto negativo que dificulta la relación cuando no se dispone de él. La coordinación interprofesional y entre niveles asistenciales resulta clave para el paciente y afecta de forma directa sobre la información y la percepción de una buena comunicación. El paciente quiere expresar algo o tiene preguntas sin resolver y no siempre sabe a quién dirigirse. La comunicación entre los diversos niveles asistenciales (primaria, especializada, otros centros de atención) no es suficientemente fluida para darle la respuesta que él espera. Actualmente ese papel se le da al médico de familia, pero este no siempre dispone de la información suficiente para dar la respuesta adecuada y en el momento adecuado, por eso la organización y los sistemas de comunicación entre niveles, favorecerá la percepción de los pacientes y dará mejor continuidad a la asistencia. Por lo que podemos decir que además de mejorar las habilidades comunicativas, también se debe hacer un esfuerzo importante en la mejora de la comunicación interprofesional y entre niveles de atención. Para el paciente el disponer de una persona o un teléfono al que acudir, mejora la percepción de la comunicación y de la relación con el equipo, incluso aunque finalmente el recurso no llegue a utilizarse. Por lo tanto también se podría trabajar la coordinación y el profesional de referencia como potenciador de una mejor percepción del paciente de la comunicación cuando se encuentra en un centro sanitario.

- **Mejora de la formación en gestión para mejorar la comunicación:** se ha comprobado que los pacientes dan importancia a características de tipo organizativo que afectan directamente a la calidad de la comunicación, por lo tanto también se podría profundizar en qué aspectos formar a los estudiantes en el desarrollo de habilidades directivas, organizativas y otros aspectos del profesionalismo que ayudarán a mejorar la percepción de los pacientes.
- **Diferencias comunicativas entre médicos hombres o mujeres.** Según algunos autores, parece existir una mayor sensibilidad femenina hacia la comunicación (4,18). Un detalle al respecto es que, de los 12 autores que estudian la comunicación incluyendo la visión de los pacientes, 9 son mujeres. Y en general se puede observar también en la bibliografía referencia. Este dato es interesante puesto que, actualmente y en los países occidentales, cerca del 70% de los estudiantes de medicina son mujeres, tanto para la formación en comunicación como para estudiar los diferentes comportamientos en la atención médica. En este estudio se ha comprobado que el nivel de importancia que dan los estudiantes a los ítems estudiados, son más altas en las mujeres y con menor dispersión, en todas las variables consultadas.
- En general, realizar **investigación centrada en el paciente** (91) para mejorar la formación del profesional médico en cualquier aspecto de atención centrada en la persona, no únicamente la comunicación.
- Influencia de la **prueba de acceso a la especialización y la formación en competencias transversales.** El tipo de prueba para acceder a la formación especializada (examen MIR), afecta a la formación de comunicación de los estudiantes de medicina españoles. La cercanía de esta prueba en los últimos cursos, no favorece la sensibilización de los estudiantes a competencias de tipo transversal como es la comunicación. Este hecho condiciona pero no exime de la responsabilidad de las facultades de medicina para que se forme y exija un nivel competencial comunicativo adecuado(78).

8. CONCLUSIONES:

1. Los pacientes son capaces de identificar lo que esperan de la comunicación con el médico. Estas características diferenciales son concretas y susceptibles de introducirse durante la etapa formativa del Grado en medicina.
2. Los pacientes valoran las habilidades comunicativas de tipo personal y relacional y menos las de tipo técnico.
3. Los pacientes identifican las características que no quieren encontrar en los contactos clínicos, principalmente de las dimensiones afectiva y expresiva de los médicos.
4. Los pacientes esperan que los estudiantes salgan de la universidad bien formados en comunicación.
5. Se han identificado las competencias, objetivos educativos, resultados de aprendizaje, habilidades y aptitudes que deben movilizarse para formar médicos capaces de responder a las expectativas de los pacientes.
6. Los alumnos tienen sensibilidad hacia la comunicación con el paciente que se mantiene, con leves variaciones, a lo largo de todos los cursos.
7. Es oportuno incorporar formación en todos los cursos, impregnando el currículo de esta visión de la atención y el cuidado, formando en los pequeños detalles que aprecian los pacientes.
8. Los métodos educativos deben adecuarse a cada etapa formativa.
9. Los estudiantes varones prefieren actividades dinámicas en el aula, como videos o role-playing,... y, las mujeres, la vivencia personal y a seguir el ejemplo de otros profesionales. Tanto unos como otras valoran sus vivencias personales como paciente o familiar de paciente y también que los pacientes les evalúen.
10. Toda acción formativa en comunicación debe acompañarse de feedback, a poder ser, inmediato, realizado por los compañeros, por docentes o por los pacientes.

.....

En mi opinión, para formar a los estudiantes de medicina en una CMP eficaz se requiere a) sensibilización, consciencia e interés continuado por parte de los estudiantes; b) implicación de los docentes en el objetivo educativo; c) utilización de metodologías educativas apropiadas a cada curso y momento de madurez del estudiantes, d) evaluación adecuada de los resultados. Al mejorar la comunicación, se aprovecharán mejor los tiempos de los profesionales, los pacientes comprenderán más y mejor a los médicos con una mayor adherencia al tratamiento, lo que supondrá un uso más adecuado de los recursos en salud y, en consecuencia, un beneficio para médicos, pacientes y el sistema sanitario en su conjunto.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Aelbrecht K, Rimondini M, Bensing J, Moretti F, Willems S, Mazzi M, et al. Quality of doctor–patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient's educational level. *Advances in Health Sciences Education* 2015;20(4):873-884.
- (2) Afghani B, Besimanto S, Amin A, Shapiro J. Medical Students' Perspectives on Clinical Empathy Training. *Educ Health* 2011;24(1) available at: <http://escholarship.org/uc/item/7xh995s4>.
- (3) Alsina J. Evaluación por competencias en la Universidad: las competencias transversales. *Cuadernos de docencia universitaria*. Cuaderno 2011; 18.
- (4) Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21(6):563-570.
- (5) Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns* 2013;93(1):18-26.
- (6) Balcázar Nava P, González-Arratia López-Fuentes NI, Gurrola Peña GM, Moysén Chimal A. *Investigación cualitativa*. 2013. Edit Universidad Autónoma del Estado de México.
- (7) Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2002;15(1):25-38.
- (8) Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clinic Proceedings: Mayo Clinic*; 2006.81(3):338-344
- (9) Bensing J, van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Educ Couns* 2003;50(1):27-32.
- (10) Bergen Declaración de. El Espacio Europeo de Educación Superior : Alcanzando metas. Comunicado de la conferencia de Ministros europeos responsables de la Educación Superior; 2005 Electronic conference proceedings.
- (11) Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns* 2011;84(2):152-162.
- (12) Bertram D. Likert scales. Retrieved November 2007;2:2013.
- (13) Brown RF, Butow PN, Henman M, Dunn SM, Boyle F, Tattersall MH. Responding to the active and passive patient: flexibility is the key. *Health expectations* 2002;5(3):236-245.

- (14) Brown J. Perspective: clinical communication education in the United Kingdom: some fresh insights. *Acad Med* 2012 Aug;87(8):1101-1104.
- (15) Bunk G. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista europea de formación profesional* 1994(1):8-14.
- (16) Burford B, Greco M, Bedi A, Kergon C, Morrow G, Livingston M, et al. Does questionnaire-based patient feedback reflect the important qualities of clinical consultations? Context, benefits and risks. *Patient Educ Couns* 2011;84(2):e28-e36.
- (17) Burke S, Bennett C, Bedward J, Farndon P. The experiences and preferences of people receiving genetic information from healthcare professionals. Birmingham: NHS National Genetics Education and Development Centre 2007.
- (18) Burke SE. The doctor-patient relationship: an exploration of trainee doctors' views 2008. University of Birmingham. Available at: <http://etheses.bham.ac.uk/125/>
- (19) Bury M. Researching patient-professional interactions. *J Health Serv Res Policy* 2004;9(suppl 1):48-54.
- (20) Campbell M. Relationship based care is here! *The journal of Lancaster General Hospital* 2009;4(Nº 3):87-89.
- (21) Carreras J, Branda L, Castro A, Fenoll M, Gual A, Mahy J, et al. Guia per a l'avaluació de competències en Medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya 2009 Disponible en: http://www.cat/doc/c_71595240_1.pdf.
- (22) Cegala DJ, Lenzmeier Broz S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ* 2002;36(11):1004-1016.
- (23) Clèries X, Nadal Jd, Branda L. Formar en comunicació a los estudiantes de medicina: A propósito de un seminario para profesores universitarios. *Educación médica* 2006;9(1):02-05.
- (24) Cófreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud* 2014;4:19-34.
- (25) Coulter A. The autonomous patient: ending paternalism in medical care. : The Stationery Office/Tso; 2002.
- (26) Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007;335(7609):24-27.

- (27) Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions: a review of the evidence. The Health Foundation; 2006.
- (28) Coulter A. Can patients assess the quality of health care?: Patients' surveys should ask about real experiences of medical care. *BMJ: British Medical Journal* 2006;333(7557):1.
- (29) Cox K, Britten N, Hooper R, White P. Patients' involvement in decisions about medicines: GPs' perceptions of their preferences. *The British Journal of General Practice* 2007;57(543):777.
- (30) Cheraghi-Sohi S, Bower P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. *BMC Health Services Research* 2008;8(1):179.
- (31) de Berlín D. Educación superior europea. Comunicado de la conferencia de ministros responsables de la educación superior. Berlín; 2003.available online at:

http://www.mecd.gob.es/boloniaensecundaria/img/Comunicado_berlin.pdf
- (32) de Bolonia D. El espacio europeo de educación superior. Declaración conjunta de los ministros europeos de educación, reunidos en Bolonia el 19 de junio de 1999. 1999 Available online at:

www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf
- (33) de Leonardo CG, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC medical education* 2016;16(1):99.
- (34) de Praga D. Hacia el área de la educación superior europea. Declaración del encuentro de los Ministros Europeos en funciones de la Educación Superior en Praga 2001;19.
- (35) DiMatteo MR. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Educ Couns* 2004;55(3):339-344.
- (36) Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine* 2004;79(6):495.
- (37) Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282(9):833-839.
- (38) Epstein RM, Street JR RL. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. 2007.

Available online at: <http://outcomes.cancer.gov/areas/pcc/communication>

(39) Epstein RM, Street RL, Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011 Mar-Apr; 9(2):100-103.

(40) Espitia EC. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y educación en enfermería* 2000; 18(1):27-35.

(41) Essers G, van Dulmen S, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice. *BMC family practice* 2011; 12(1):138.

(42) Fadhilah M, Oda Y, Emura S, Yoshioka T, Koizumi S, Onishi H, et al. Patient satisfaction questionnaire for medical students' performance in a hospital outpatient clinic: a cross-sectional study. *Tohoku J Exp Med* 2011; 225(4):249-254.

(43) Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. 2003; 89(8):1445-1449.

(44) Farrell C, Towle A, Godolphin W. Where's the Patient's Voice in Health Professional Education? : Division of Health Care Communication, University of British Columbia; 2006.

(45) Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J, Almeida Cabrera R. Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Atención Primaria* 2014; 47(7): 399-410.

(46) Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *BMJ: British Medical Journal* 1991; 302(6781):887.

(47) Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication. *N Engl J Med* 1969; 280(10):535-540.

(48) Freeman G, Car J, Hill A. The journey towards patient-centredness. *The British Journal of General Practice* 2004; 54(506):651-652.

(49) Frostholm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, et al. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosom Med* 2005; 67(6):897-905.

(50) Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology* 1997; 28(2):235-260.

- (51) González J, Wagenaar R. Tuning educational structures in Europe. : Universidad de Deusto Bilbao; 2003.
- (52) Grain H. Changes in doctor-patient relationships for realizing the personal health paradigm. *Stud Health Technol Inform* 2008;137:373-8.
- (53) Gual A. El mapa de competencias a adquirir. *Educación médica* 2010;13:S37-S44.
- (54) Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002;36(6):568-574.
- (55) Heidegger M. Introducción a la fenomenología de la religión. Ed Siruela; 2005(42).
- (56) Hudelson P. Contextualizing cultural competence training of residents: results of a formative research study in Geneva, Switzerland. *Med Teach* 2006;28(5):465-471.
- (57) Husserl E. Artículo fenomenología de la enciclopedia Británica. Invitación a la fenomenología 1998. Available online at: <http://es.scribd.com/doc/71177836/Husserl-El-Articulo-Fenomenologia-de-La-Enciclopedia-Britanica>
- (58) i Carrió FB, Epstein R. La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta. *Atención primaria* 2001;27(7):449-451.
- (59) Kaplan RM. Building a better physician - The case for the new MCAT. *New Engl J Med* 2012;366:1265-8.
- (60) Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden Tvd, LeBlanc A, Lockyer J, Légaré F, et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 2010;70(5):763-768.
- (61) Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement.: Results of a Delphi Survey. *Patient Educ Couns* 2010;81(2):259-266.
- (62) Kurtz SM, Silverman DJ, Draper J, van Dalen J, Platt FW. Teaching and learning communication skills in medicine. : Radcliffe Pub. Oxford; 2005.
- (63) Longo DL. Harrison: principios de medicina interna (18a. : McGraw Hill Mexico; 2012.
- (64) Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine* 2001;76(4):390.

(65) Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología* 2006;9(1):123-146.

(66) McClelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence". *Am Psychol* 1973;28(1):1-14.

(67) McKenzie S, Burgess A, Mellis C. Interns reflect: the effect of formative assessment with feedback during pre-internship. *Adv Med Educ Pract.* 2017; 8: 51–56.

(68) McNeir G, ERIC Clearinghouse on Educational Management. Outcome-based education. : ERIC Clearinghouse on Educational Management; 1993.

(69) Médica E, Catalana A, de Euskadi EM, la Sociedad Aragonesa de Educación Médica, S. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. *Educ.méd* 2005;8(1).

(70) Moore PM, Wilkinson SS, Rivera Mercado S. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. Wiley online library, 2004.

(71) Moral RR, Montero SÁ. La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. *Educación Médica* 2017.

Available online at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.009>

(72) Morán-Barríos J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2013;33(118):385-405.

(73) Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA, Turato ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor– patient relationship: a qualitative study. *Med Educ* 2006;40(4):322-328.

(74) Omilion-Hodges LM, Swords NM. Communication that heals: mindful communication practices from palliative care leaders. *Health Commun* 2015(ahead-of-print):1-8.

(75) Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995 April;40(7):903-18.

(76) Palés JL, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación médica de grado. *Educación Médica* 2006;9:159-172.

(77) Pastor VML. Evaluación formativa y compartida en Educación Superior. España: Narcea, SA DE EDICIONES 2009.

(78) Peinado Herreros JM. Competencias médicas. *Educación médica* 2005;8:4-6.

- (79) Peinado-Herreros J. Libro Blanco: Título de Grado en Medicina. Libro Blanco: Título de Grado en Medicina 2006.
- (80) Pla M, Farré A. La investigación cualitativa en Educación Médica. Principios de la Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional.1ª ed. Editorial Médica Panamericana SA 2015: 701-707.
- (81) Porta L, Silva M. La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa. Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> (Retrieved: 1-2-2010) 2003.
- (82) Reinders ME. Patient Feedback in General Practice Training. : Amsterdam: Vrije Universiteit; 2010.
- (83) Reinders ME, Blankenstein AH, Knol DL, de Vet HCW, van Marwijk HWJ. Validity aspects of the patient feedback questionnaire on consultation skills (PFC), a promising learning instrument in medical education. Patient Educ Couns 2009;76(2):202-206.
- (84) Reinders ME, Blankenstein AH, van Marwijk HW, Schleypen H, Schoonheim PL, Stalman WA. Development and feasibility of a patient feedback programme to improve consultation skills in general practice training. Patient Educ Couns 2008;72(1):12-19.
- (85) Reynolds A. Patient-centered Care. Radiol Technol 2009 Nov-Dec;81(2):133-147.
- (86) Richards T, Coulter A, Wicks P. Time to deliver patient centred care. BMJ 2015;350:h530.
- (87) Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu Rev Public Health 1989;10(1):163-180.
- (88) Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. Patient Educ Couns 1988;12(2):99-119.
- (89) Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. Educación médica 2003;6(4):159-167.
- (90) Ryan CA, Walshe N, Gaffney R, Shanks A, Burgoyne L, Wiskin CM. Using standardized patients to assess communication skills in medical and nursing students. BMC medical education 2010;10(1):24.
- (91) Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. BMC medical informatics and decision making 2013;13(1):6.
- (92) Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit 2007;13(13):71-78.

- (93) Schoenthaler R. Lessons in medicine, mortality, and reflexive verbs. *N Engl J Med* 2015;372(19):1787-1789.
- (94) Sebastian N, Jesha M, Sheela PH, Arya SN. Gaps in doctor patient communication: a community based study. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 2016;3(1):264-269.
- (95) Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: Can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology* 2003;12(6):599-611.
- (96) Sibille K, Greene A, Bush JP. Preparing Physicians for the 21st Century: Targeting Communication Skills and the Promotion of Health Behavior Change. *Annals of behavioral science and medical education: journal of the Association for the Behavioral Sciences and Medical Education* 2010;16(1):7-13.
- (97) Silverman J, Kurtz SM, Draper J, van Dalen J, Platt FW. Skills for communicating with patients. Radcliffe Medical Press Oxford 1998.
- (98) Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991 Nov 30;303(6814):1385-1387.
- (99) Skelton JR. Patients' preferences for patient centred approach to consultation: What is patient centredness? *BMJ: British Medical Journal* 2001;322(7301):1544.
- (100) Skelton JR. Everything you were afraid to ask about communication skills. *Br J Gen Pract* 2005 Jan;55(510):40-46.
- (101) Stacy R, Spencer J. Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. *Med Educ* 1999;33(9):688-694.
- (102) Stacy R, Spencer J. Assessing the evidence in qualitative medical education research. *Med Educ* 2000 Jul;34(7):498-500.
- (103) Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. : Radcliffe Publishing; 2003.
- (104) Street RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med* 2007;65(3):586-598.
- (105) Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003;87(5):1115-45.
- (106) Tobón S. La formación basada en competencias en la educación superior: el enfoque complejo. México: Universidad Autónoma de Guadalajara 2008.

- (107) Tonks A. What's a Good Doctor, and How Do You Make One? Summary of Responses. *BMJ* 2002; 325: 711.
- (108) Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ* 2010;44(1):64-74.
- (109) Towle A, Godolphin W. Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Med Teach* 2013; 35(3):219-225.
- (110) Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319(7212):766-771.
- (111) Towle A. Where's the patient's voice in health professional education? *Nurse Education in Practice* 2006 9;6(5):300-302.
- (112) Towle A, Godolphin W. Patients as teachers: promoting their authentic and autonomous voices. *The Clinical Teacher* 2015; 12(3):149-154.
- (113) Users'Guide E. Brussels: Directorate-General for Education and Culture 2005.
- (114) Van Rijssen HJ, Schellart A, Anema J, van der Beek A. A theoretical framework to describe communication processes during medical disability assessment interviews. *BMC Public Health* 2009; 9(1):375. (115) van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns* 2013; 90(2):177-183.
- (116) von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ* 2008; 42(11):1100-1107.
- (117) Weiner JP. Doctor-patient communication in the e-health era. *Israel journal of health policy research* 2012; 1(1):33.
- (118) Wheller L, Morris J. Evidence Reviews: What works in Training, Behaviour Change and Implementing Guidance? [London, England] : National Policing Improvement Agency, October 2010.
- (119) Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003;290(9):1157-1165.
- (120) Zoppi K, Epstein RM. Is Communication a Skill? Communication Behaviors and Being in Relation. *Fam Med* 2002; 34(5):319-324

ANEXO 1
SELECCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL GRADO EN
MEDICINA RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN

De las 37 competencias específicas, agrupadas en los 7 epígrafes y de las 23 competencias genéricas agrupadas en 3 epígrafes en el libro Blanco del Grado en Medicina, se seleccionan un total 28 competencias relacionadas con la comunicación.

- A) Del epígrafe: *"Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos"*:
1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.
 2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.
 4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.
- B) Del epígrafe: *"Fundamentos científicos de la medicina"*:
8. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.
- C) Del epígrafe: *"Habilidades clínicas"*:
13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.
 19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.
- D) Todas las incluidas en el epígrafe *"Habilidades de comunicación"*:
21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.
 22. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.
 23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
 24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.
- E) Del epígrafe: *"Salud Pública y Sistemas de Salud"*:

27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.

F) Todas las incluidas en el epígrafe "*Manejo de la información*":

31. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.

32. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

33. Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

G) Del epígrafe: "*Análisis crítico e investigación*":

34. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.

35. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.

36. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.

De las competencias generales, se seleccionan las siguientes:

H) "*Competencias instrumentales*":

H1 - Capacidad de análisis y síntesis.

H3 - Comunicación oral y escrita en la lengua española.

H4 - Conocimiento de una lengua extranjera.

H7 - Resolución de problemas.

H8 - Toma de decisiones.

I) "*Competencias personales*":

I1 - Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar.

I4 - Habilidad en las relaciones interpersonales.

I5 - Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad.

I6 - Razonamiento crítico.

I7 - Compromiso ético.

J) "*Competencias sistémicas*":

J2 - Adaptación a nuevas situaciones. (*Entendiendo por nueva situación cada nuevo paciente*)

J5 - Conocimiento de otras culturas y costumbres.

ANEXO 2
GUIÓN PARA LAS ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES

¿Qué importancia tiene para usted la relación interpersonal (no técnica) en el contacto médico-paciente?

¿Cree que esta importancia varía según las diferentes situaciones, como por ejemplo de edad, gravedad del paciente?

¿Considera que los médicos cuando terminan la carrera tienen buena formación técnica?

¿Considera que los médicos cuando terminan la carrera tienen buena formación en relaciones personales?

¿Le parece que las características de relación se podrían mejorar en su formación antes de terminar la carrera?

- Si considera que sí, ¿en qué momento, antes o después de graduarse?
¿Por qué?
- Si considera que no, ¿por qué?

¿Qué características de la relación médico-paciente considera que son muy valoradas por los pacientes?

¿Qué aspectos considera que valoran negativamente los pacientes en sus relaciones con los médicos?

¿Qué características tendría para usted en una relación ideal entre médico y paciente?

¿Qué aspectos incrementan para usted la relación de confianza con su médico? (Técnicos?, Humanos?)

Habrà un momento en la entrevista en la que se ofrecerà a los participantes optar entre dos afirmaciones que pretenden crear discusiones adicionales hacia el tema de estudio, tales como:

- Son muy importantes las capacidades de comunicación del médico.
- Es más importante que el médico tenga la capacidad de adaptarse al interlocutor.

- Necesito que el médico me explique sólo lo que él considere importante.
- Necesito especialmente que responda a todas las dudas que yo presente.

- Quiero que siempre me pida mi opinión respecto a la realización de pruebas e indicación de tratamientos.
- Quiero que me informen de lo que me han de hacer (pruebas y / o tratamiento) y para qué.

Marta Elorduy

ANEXO 3

CARTA DE INVITACIÓN A PARTICIPAR EN UNA ENTREVISTA PARA UN ESTUDIO DE LA MEJORA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Muchas gracias por su amabilidad al atenderme. Se le propone participar en un estudio cuyo objetivo es la **mejora de la relación entre médicos y pacientes**.

En dicho estudio se va a analizar la perspectiva de los pacientes y cuáles son sus necesidades respecto a su relación con los médicos, considerando cuáles son los factores que influyen en su percepción. El objetivo es conocer, de primera mano, la visión, experiencia o vivencias de: pacientes, familiares u otras personas directamente relacionadas con ellos.

Usted no está obligado a aceptar la propuesta, pero si decide hacerlo, debe leer detenidamente el documento de "Consentimiento Informado" adjunto y entregarlo firmado a la investigadora principal del estudio (podemos concretar la forma de recogerlo que se ajuste más a sus posibilidades).

Si acepta participar, su entrevista será grabada y posteriormente transcrita para facilitar su estudio en profundidad. En cualquier caso, el contenido de la misma será anónimo garantizándole la total confidencialidad de la información que proporcione; por lo que no aparecerá en el estudio ningún dato general o particular que permita reconocerle o pueda ponerle a usted en evidencia.

No dude en ponerse en contacto con la investigadora principal del estudio para cualquier información adicional que necesite.

Muchas gracias,

Marta Elorduy
Investigadora Principal
melorduy@uic.es
93-504-20-48

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN ENTREVISTAS A GRUPOS FOCALES

Proyecto: **“La formación para la mejora de la relación médico-paciente en el Grado en Medicina, partiendo de las necesidades de los pacientes. Estudio de la perspectiva de los estudiantes”**

Director/a del Proyecto: **M^a Dolores Navarro Rubio**

Investigador/a: **Marta ELorduy Hernández-Vaquero**

Departamento: **Medicina – Universitat Internacional de Catalunya**

I-INTRODUCCIÓN

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación.

Antes de que decida participar, por favor lea este documento cuidadosamente y haga todas las preguntas que necesite, para asegurar que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo riesgos y beneficios. Si en esta hoja de Consentimiento Informado encuentra alguna palabra o concepto que no comprenda, por favor, pregunte al investigador quien le aclarará cualquier duda.

II-PROPÓSITO DEL ESTUDIO

En esta primera parte del proyecto, se estudia cuál es la perspectiva de los pacientes y cuáles son sus necesidades ante la relación con los médicos, considerando qué factores influyen en dicha percepción.

Se espera conocer de primera mano la valoración de pacientes, familiares de pacientes u otras personas directamente relacionadas con ellos, sobre su experiencia o vivencias en sus contactos con los médicos.

Para ello se realizarán una serie de entrevistas individuales y en grupo.

III-PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Se le invita a usted para colaborar en esta investigación y aportar sus opiniones participando en una de las entrevistas grupales planificadas.

Participarán en esta etapa un total aproximado de 28 personas, que constituyen la muestra de la primera etapa del estudio. Estas personas se han seleccionado por su experiencia como pacientes / familiares / como conocedores de la relación que se establece entre médico y paciente. Serán personas de ambos sexos y que cubren los diferentes tramos de edad, nivel de gravedad, tipo de enfermedad...

IV-PROCEDIMIENTOS

Usted como participante en un grupo, únicamente debe aportar su visión y/o experiencia respecto a la relación entre médicos y pacientes, ya sea directamente como paciente, familiar o por tener trato constante con pacientes y familiares.

La entrevista se realizará en el contexto de un grupo de personas de similares características a la suya. Será una entrevista presencial y de una duración aproximada de una hora u hora y media. Nos pondremos de acuerdo en el lugar, fecha y hora con todos los miembros que formarán su grupo, según su conveniencia.

Las entrevistas serán de tipo “semiestructurado”, es decir, siguiendo un guion con preguntas abiertas que podrán ampliarse o reducirse dependiendo del interés que despierte cada una de ellas. No existen respuestas correctas o incorrectas, lo que interesa es la opinión y experiencia de los participantes.

Las entrevistas serán grabadas en audio para permitir su posterior análisis en mayor profundidad, por el investigador. Estas grabaciones serán archivadas en el Departamento de Medicina de la Universidad Internacional de Catalunya y no se utilizarán con ningún otro fin.

V-RIESGOS O INCOMODIDADES

Usted simplemente deberá responder a las preguntas que guiarán la entrevista, expresando su percepción vivida, de forma personal directa o indirectamente, en relación a los encuentros y comunicación entre médicos y pacientes.

VI-BENEFICIOS

Aunque usted no reciba ningún beneficio directo de su participación, los hallazgos del estudio, podrían beneficiar a la formación de futuros médicos y a la sociedad en general.

La información que se recopile, podrá facilitarse a los profesionales que trabajan en el entorno de la salud y de la educación en salud.

VII-COSTES /INCENTIVOS

Su participación en el estudio no conlleva ningún coste ni incentivo.

VIII-PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Según la Ley de Protección de Datos 15/1999 (LOPD), la información que usted aporte al estudio, será tratada de forma anónima y confidencial.

Los registros que sean obtenidos en las entrevistas, serán guardados en un espacio seguro del Departamento de Medicina de la Universitat Internacional de Catalunya, en el que sólo tendrá acceso el investigador del estudio. Se asignará

un código a cada entrevista, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida sólo se utilizará para cumplir el propósito mencionado. Los datos recogidos, serán analizados sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

IX-PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Su cambio de decisión, no conllevará ninguna penalización.

Su autorización, servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito o telefónico al Investigador en la siguiente dirección: melorduy@uic.es o al teléfono 93.504.20.48

X-PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta, quisiera realizar una reclamación en el mismo, o si piensa que ha sufrido alguna lesión relacionada con él, puede contactar con la Dra. M^a Dolores Navarro: mdnavarro@uic.es.

No firme este consentimiento, a menos que haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias a todas ellas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia.

XI-CONSENTIMIENTO

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me la han leído de forma adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación, han sido contestadas.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del participante

Firma _____ del _____ participante
Fecha _____

Firma del Investigador Principal

ANEXO 5
DETALLE DE LOS INVITADOS, PARTICIPANTES Y REPRESENTATIVIDAD DE LOS GRUPOS FOCALES REALIZADOS

Fecha	Lugar	Invitados	Participantes	Hombres	Mujeres	Niños	Adultos	Ancianos	Entorno sencillo o rural	Entorno urbano, gran ciudad	Ambulatorio	Hospitalario	Patología crónica	Patología aguda	Paciente grave	Representados		
Grupo focal 1: Agosto 2013	Cantabria		7	3	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Paciente y padre		
																	Paciente y padre	
																		Paciente
																		Paciente
																		Madre
																		Paciente
																		Cuidador
Grupo focal 2: Octubre 2013	Sant Cugat del Vallès		6	1	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
																	Padre	
																		Paciente
																		Paciente
																		Paciente, cuidadora
																		Madre
																		Paciente crónico
																Paciente		
																Paciente		
																Paciente, madre		
																Paciente crónica		
Grupo focal 3: Noviembre 2013	Barcelona		6	1	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
																	Unidades de Atención al Usuario, UAU	
																	UAU	
																		UAU
																		UAU
																		UAU
																		UAU
																UAU		
																UAU, madre discapacitado		
																UAU, paciente		
																Cuidador, paciente, madre		
Grupo focal 4: Diciembre 2013	Sant Cugat del Vallès		5	1	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
																	Unidades de Atención al Usuario, UAU	
																	UAU	
																		UAU
																		UAU
																		UAU
																		UAU, madre discapacitado
																UAU, paciente		
																Cuidador, paciente, madre		
Entrev en profundidad 1: Entrev en profundidad 2:	Agosto 2013.		1															
	Febrero 2014.		1															

ANEXO 6
ENUNCIADOS POSITIVOS RECOGIDOS DE LAS ENTREVISTAS Y GRUPOS
FOCALES

ENTREVISTA A:

- Demuestra empatía, se pone en tu lugar
- Siento darte una mala noticia. Sensibilidad
- Te tratan como que te conocen. Cercanía - trato. Conocer el caso y al paciente
- Que te expliquen un poco la técnica o procedimiento. Compartir
- Importancia de la relación humana
- Confianza en el conocimiento del médico
- Relación de confianza con el médico, sentirse a gusto
- Sensación de tranquilidad, de que no pasa nada
- Simpatía con los niños. Adaptarse a los niños
- Tener a alguien de referencia que coordine el proceso
- Explicar las cosas a su medida. Adaptación

ENTREVISTA B:

- Centrada en ti y en tu caso
- Que sea paciente, que no tenga ganas de terminar
- Con un trato cariñoso
- Que el paciente se sienta informado
- Que de un trato humano
- Te mirase
- Te escuchase
- Tenga visión de conjunto

ENTREVISTA C:

- Que tenga una formación humana
- Trate con confianza
- Tenga empatía
- Sea asertivo, hable con franqueza y claridad
- Con capacidad de adaptación

ENTREVISTA D:

- Que quiera tener buena relación, que le expliques, que le informes
- Tratar como persona, no como a un número.
- Que explique pros y contras de lo que propone como tratamiento
- Que sea amable y trate con amabilidad
- Que inspire confianza o seguridad, que el paciente se sienta cómodo
- Que recibas un trato humano
- Sea comprensivo, se esfuerce por comprender al paciente
- Tener en cuenta a la familia
- Demuestra interés por el paciente y su proceso

- Demuestre capacidad de empatía
- Actitud de escucha
- Trato de respeto
- Preocuparse por las necesidades del otro
- Sentirse atendido como persona
- Que se respeten sus derechos
- Que demuestre ser asertivo, hablando con franqueza y claridad
- Sonreír, mirar a los ojos
- Tenga una actitud humilde, no prepotente
- Tener identificada a una persona de referencia
- Información adaptada al paciente, cada cual necesita la suya
- Facilitar información fiable
- Dedique el tiempo a la persona

ENTREVISTA E:

- Haga participe de la decisión
- Que el médico sepa lo que has entendido y que el paciente sepa lo que el médico ha entendido
- Adaptarse a las necesidades y capacidades del interlocutor
- Capaz de interpretar la comunicación no verbal
- Sea amable, te atiende bien
- El médico tiene que transmitir confianza
- Notes que se siente a gusto, cómodo en la relación
- Que te solucionen las cosas, resolutivos
- Tener paciencia

ENTREVISTA F:

- Conseguir fidelizar al paciente. Confianza
- Hablar con lenguaje claro, adecuado al paciente
- Favorecer y contestar a todas las preguntas
- Explicarse técnica y humanamente en función de necesidades
- Introducir los temas duros escalonados, poco a poco según las capacidades para asimilar
- Actitud honesta
- Sincero
- Hablar claro lenguaje y contenido
- Adaptarse a las necesidades de cada paciente
- Buscar el momento más adecuado
- Trato humano y cordial
- Saber explicar y explicar lo necesario
- Saber escuchar
- Sensación de cercanía
- Ir conociendo al paciente y adaptarse
- Te acompañan en el proceso.
- Importante el trato y la técnica, que el médico tenga conocimientos.

- Complicidad / cierto feeling
- Conocer el médico al paciente (que le conozca a él y su historia)
- Que nos quieran, que nos cuiden, que nos mimen!
- Alegre y optimista
- Sensibilidad
- Explicar con claridad
- Que te tengan en consideración, participar en la decisión
- Valoración como persona
- El trato tiene que ser cordial siempre
- Recibir con una sonrisa, una mirada, un gesto, hablar con los ojos
- Acompañar, "estoy contigo, voy a ayudarte"
- Trato humano, como persona
- Informar de acuerdo a lo que el paciente necesita, es capaz de asumir
- Sepa transmitir lo que sabe y con seguridad. Transmitir seguridad.
- Que sea efectivo (sin exceso de pruebas) para establecer confianza
- Que sea objetivo, (sin juzgar)
- Que se dirige a mí, me habla y me explica a mí. Trato personal
- Que tiene seguridad y confianza en sí mismo
- Ser empático, entender al otro
- Que te dé opciones para poder elegir, que te ofrezca alternativas
- El paciente espera que el médico tome parte de la decisión, que lo oriente pero él es quien sabe
- Que aclare todas las dudas del paciente
- Dar respuestas a las necesidades y demandas del paciente, hasta donde el paciente entienda

ANEXO 7
ENUNCIADOS NEGATIVOS RECOGIDOS EN LAS ENTREVISTAS Y GRUPOS
FOCALES

Entrevista A:

- Te lo suelta a bocajarro. Falta de consideración-sensibilidad
- No parece que le importe decirlo así, pues es lo que hay. Pasotismo - Arrogancia
- Falta de sensibilidad con los otros profesionales
- Falta de sensibilidad cuando el caso es más grave
- La forma de tratarte ya te aterra. Miedo
- ¿Cómo te pueden tratar así en un momento tan delicado?
- Hacer las cosas sin comunicar ni dejar prepararse, aunque sea una tontería o algo sencillo. Da inseguridad, indefensión
- Te dan una información en un momento inadecuado y cuando no puedes llegar a asumirlo.
- Iba a saco, sin ninguna delicadeza
- El trato del médico con el paciente/familia era algo muy frío.
- Daba poca información
- No siempre hablan del pronóstico o las consecuencias
- ¡Te trata muy mal!
- Menosprecio
- La falta de intimidad en las pruebas, falta de respeto

Entrevista B:

- Que vaya con prisas, apresuramiento
- Que sea muy nervioso
- Que no te mira tanto, únicamente lo justo
- La prepotencia, los médicos se sienten encumbrados
- El médico no informa bien al paciente
- El médico a veces da miedo y no te enfrentas
- A veces actitud de superior a inferior
- Falta de paciencia, especialmente con los niños
- Falta de tiempo, ¡van acelerados!

Entrevista C:

- Falta de tacto y paciencia con los más mayores. Falta paciencia
- Actitud prepotente
- Sensación de que el paciente molesta
- Que no se le escucha. Falta de escucha e interés
- No percibe que el paciente no entiende
- No asegurar la comprensión
- Dedicar poco tiempo a la información

Entrevista D:

- Desconfianza
- Falta de consideración, menosprecio

- Falta de escucha, de atención
- Ver al paciente como el enemigo, que tiene que demostrar que es el enfermo
- A veces no explicar lo suficiente
- Falta de respeto con el tiempo del paciente
- No ser consciente de que el paciente no se entera de nada de lo que le ha dicho
- Falta información del proceso, sobre todo de información del día a día, información de tipo práctico, no tanto del diagnóstico concreto.
- Falta una persona de contacto para preguntar dudas (después de consulta por ejemplo)
- Dar la información que cree el médico pero no fijarse en lo que realmente quiere o necesita el paciente

Entrevista E:

- Falta de atención y concentración en el proceso en su conjunto
- Falta de cuidado con los mayores. No les hablan directamente
- Falta de información sobre procedimientos. Incompleta o excesiva
- Dar la información que haga falta, la que estás preparado a asimilar y entender
- Mala relación con los colaboradores (enfermeros)
- Saber dar malas noticias
- Falta de coordinación con otros profesionales
- Excesivamente serio
- Que no expliquen las cosas
- Explicar con muchos tecnicismos
- Actuar con prisas
- Que no te miren a la cara
- Sentir que te han dado mala o poca información
- Adelantarse al diagnóstico antes de que el paciente acabe de asumirlo
- Sequedad, antipatía con el paciente
- Falta de respeto con el paciente
- Falta aceptar sus propios errores

Entrevista F:

- El exceso de informes o de información puede ser negativo.
- Que el medico decida sin tenerte en cuenta
- No siempre responden a las preguntas
- Transmitir negativismo puede influir y mucho
- Que te traten como si fueras un número
- Prepotencia / endiosados / engreído
- Que no informen de la espera ni respeten tu tiempo
- Si te dan exceso de información sin estar preparado, te hundes, agobia
- Transmitir miedo, angustia, inseguridad, crear incertidumbre
- Falta de consideración, como si no existiera, pasando
- Que transmita inseguridad

ANEXO 8
OTROS ASPECTOS NO ESPECÍFICAMENTE COMUNICATIVOS IDENTIFICADOS EN
LAS ENTREVISTAS A LOS PACIENTES

Entrevista A:

- Aparte de tener conocimiento técnico
- Pasar por encima de los otros profesionales
- Orgullo/arrogancia
- Cuando estás en el proceso no lo ves tanto como con la distancia
- Trabaja en equipo, comenta el caso con los colegas
- No siempre es básico hacer el diagnóstico, no siempre se puede
- Explicar las consecuencias
- Tener a alguien de referencia que coordina el proceso

Entrevista B:

- Diferencia entre el hombre y la mujer. Ésta quiere más información
- Falta de accesibilidad para dudas

Entrevista C:

- Hay gran variabilidad de la exigencia dependiendo de la gravedad y situación
- Imprescindible la formación temprana en comunicación
- Las tecnologías quitan tiempo para el paciente
- Adaptación a otros cambios

Entrevista D:

- El conocimiento se da por sentado
- Si hay amabilidad se perdonan otros problemas
- Tener identificada a una persona de referencia
- Se puede aprender a comunicar y es necesario ese aprendizaje
- Falta formación en inteligencia emocional, comunicación y asertividad. Tutores
- Cuidado con las actitudes de tutores que se ven y transmiten (ejemplo negativo)
- Dificulta mucho la presión asistencial
- Es necesario el espíritu de servicio
- Falta tiempo / problemas de organización

Entrevista E:

- Tener un referente
- Falta de coordinación y un referente

Entrevista F:

- A veces el médico pone barreras para protegerse de sus propios sentimientos
- Antes no decían nada y ahora hay que saberlo todo
- Es difícil para el médico saber si el paciente y la familia quieren mucha más información
- El tiempo no siempre ayuda, a veces perjudica
- Depende mucho de la persona
- En el entorno de urgencias, ser más frío o efectivo / En ambulatorio más familia, contacto más cercano

- Tiempo que hacen esperar
- Que le gusta ser médico
- Deberían evaluarse ellos mismos de conciencia básica y educación y respeto

ANEXO 9
INTRODUCCIÓN DEL CORREO ENVIADO A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA
CON EL CUESTIONARIO

Apreciados estudiantes de Medicina.

Nos interesa conocer vuestra opinión, como estudiantes y futuros médicos, sobre la formación en la comunicación y relación médico-paciente. El objetivo de este estudio es determinar cuál es el momento y la forma más adecuada para incorporar acciones que mejoren dicha relación, teniendo como centro las necesidades expresadas por los pacientes.

Por eso os solicito vuestra participación **contestando este cuestionario** que supone aproximadamente 5 minutos. Los datos son anónimos y serán tratados con confidencialidad.

Este estudio se incluye en una investigación realizada por profesores universitarios de un Grupo de Educación Médica (se adjunta documentó resumen del estudio)

A continuación está el link para entrar directamente en el cuestionario.

Agradezco de antemano vuestra colaboración. ¡Muchas gracias!

Marta Elorduy

ANEXO 10
INFORMACIÓN ENTREGADA A LOS ESTUDIANTES PARA QUE RESPONDAN AL
CUESTIONARIO SOBRE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Proyecto:

“La formación para la mejora de la relación médico-paciente en el Grado en Medicina, partiendo de las necesidades de los pacientes. Estudio de la perspectiva de los estudiantes”

Directora del Proyecto: M^a Dolores Navarro Rubio (mdnavarro@uic.es)

Investigadora: Marta Elorduy Hernández-Vaquero (melorduy@uic.es)

Departamento de Medicina – UIC (Universitat Internacional de Catalunya)

Propósito del estudio

Conocer la opinión de los estudiantes de Medicina respecto a la relación médico-paciente y su concordancia con la perspectiva y necesidades de los pacientes.

Participantes

Se invita a estudiantes de Medicina de todos los cursos y facultades nacionales.

Procedimientos

Se trata de responder a todas las preguntas del cuestionario adjunto. Los datos obtenidos serán analizados por el investigador y archivados durante el periodo de este estudio, confirmando que no se utilizarán con ningún otro fin.

Riesgos o incomodidades

Únicamente se requieren unos minutos para completar el cuestionario.

Beneficios

Aunque no hay un beneficio directo de la participación, los hallazgos del estudio, podrían beneficiar a la formación de futuros profesionales sanitarios y a la sociedad en general.

Privacidad y confidencialidad

Según la Ley de Protección de Datos 15/1999 (LOPD), la información que aportes al estudio será tratada de forma anónima y confidencial.

Los registros de información serán archivados junto con el resto de información del estudio asignando un código a cada cuestionario, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento.

La información obtenida sólo se utilizará para cumplir el propósito mencionado.

Muchas gracias por la colaboración

Marta Elorduy Hernández-Vaquero
IP proyecto de investigación sobre CMP

ANEXO 11
CUESTIONARIO A LOS ESTUDIANTES DE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y
CIENCIAS DE LA SALUD ESPAÑOLAS

Datos generales		
Fecha de nacimiento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo*_		
<input type="checkbox"/> Mujer		
<input type="checkbox"/> Hombre		
Curso de Medicina que cursas en el momento de contestar. *_(En caso de cursar más de uno, indica el superior)		
<input type="checkbox"/> 1°		
<input type="checkbox"/> 2°		
<input type="checkbox"/> 3°		
<input type="checkbox"/> 4°		
<input type="checkbox"/> 5°		
<input type="checkbox"/> 6°		
¿Eres del programa ERASMUS o intercambio?		
<input type="checkbox"/> Sí		
<input type="checkbox"/> No		
Universidad en la que estudias		
<input type="text"/>		
¿Has cursado otros estudios superiores previos?		
<input type="checkbox"/> Sí		
<input type="checkbox"/> No		
Si has contestado Sí en la pregunta anterior, indica cuál o cuáles:		
<input type="text"/>		
¿Es tu padre y/o madre médico o profesional de otra rama de la salud?		
<input type="checkbox"/> Sí		
<input type="checkbox"/> No		

Indica tu interés respecto a las siguientes especialidades / áreas médicas

	Ninguno	Poco	Algo	Mucho
Especialidades médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialidades quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialidades relacionadas con salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialidades sociosanitarias (Geriatría, Paliativos,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras de menor relación con los pacientes (Laboratorio, Diagnóstico por imagen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formación en comunicación

Marca cada uno de los siguientes aprendizajes según el nivel de importancia que tiene para ti

	No importante	Poco importante	Importante	Imprescindible
Habilidades comunicativas (en general)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de una adecuada relación con el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de una adecuada relación con otros profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación (verbal y no verbal) en la práctica clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicas de resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación de malas noticias o en situaciones delicadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de la empatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de adaptación a distintas situaciones y pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicas para inspirar confianza mediante la comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marca el nivel de formación que has recibido hasta el momento en el Grado de Medicina con respecto a...

	Nada	Bajo	Medio	Alto
Habilidades comunicativas (en general)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de una adecuada relación con el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de una adecuada relación con otros profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación (verbal y no verbal) en la práctica clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicas de resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación de malas noticias o en situaciones delicadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada	Bajo	Medio	Alto
Desarrollo de la empatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de adaptación a distintas situaciones y pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicas para inspirar confianza mediante la comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectativas de los pacientes				
Como médico en formación, indica tu nivel de acuerdo, o desacuerdo, con las siguientes afirmaciones* _				
Todas las frases comenzarían por: "El paciente espera que su médico..."				
	En desacue rdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completam ente de acuerdo
... esté bien formado en comunicación al acabar la carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sea humano, comprensivo, compasivo y amable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de una respuesta profesional y técnica correcta pero al mismo tiempo, con sensibilidad hacia el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... utilice lenguaje y términos comprensibles y adecuados a edad, capacidad, nivel cultural,... del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sea empático, respete los sentimientos, emociones y sensibilidad del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... proporcione la atención médica en el momento necesario, según la urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de sensación de coordinación entre las opiniones de los distintos profesionales que tratan al paciente o el problema y también entre los diferentes niveles asistenciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... proporcione la información que requiere el paciente hasta el nivel de implicación que éste desee ser informado según su nivel de necesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tenga visión de conjunto del paciente sin centrarse únicamente en el motivo concreto de consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de un trato personal, aclarando inquietudes y dudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... escuche y trate de entender no sólo los síntomas sino el mensaje en su globalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dedique su tiempo sin prisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... actúe con método y diligencia centrado en resolver el/los problemas que manifiesta el paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	En desacuerdo	Poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
... inspire confianza y seguridad, llevando el control de la situación, mostrando seguridad en que domina lo que hace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haga sentir cómodo al paciente en la relación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... respete la intimidad y el pudor del paciente, especialmente en las exploraciones clínicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... explique lo que hace o va a hacer y con qué objetivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... facilite el acceso a la atención cuando sea requerida o informe de cómo debe hacer para acceder a ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hable de forma directa y clara, adaptada al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hable al paciente con franqueza y seriedad, compartiendo sus decisiones, dejándole participar y teniendo en cuenta su visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sea su apoyo y guía en su problema de salud u oriente hacia fuentes de información fiables y seguras cuando el paciente necesite mayor información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... recuerde y conozca la historia clínica previa del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... asegure la comprensión por parte del paciente del mensaje emitido, de la información, el tratamiento, el seguimiento, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... respete la dignidad del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... evite juicios preconcebidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Página 3 de 3

Métodos formativos en comunicación

¿Cómo valoras la utilidad de las siguientes actividades formativas para mejorar la comunicación con los pacientes?*_

	Nada útil	Poco útil	Útil	Muy útil
Clases teóricas de comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades teórico-prácticas en el aula (videos, role playing, ejercicios,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades prácticas en el laboratorio de simulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación de pacientes simulados en el laboratorio de habilidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada útil	Poco útil	Útil	Muy útil
Realización un Portafolio reflexivo sobre el contacto con pacientes en las prácticas clínicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejemplo de los médicos en su trabajo asistencial, en su relación con los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejemplo de otros profesionales de la salud en su relación con los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vivencia personal como paciente o familiar de paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión de videos o películas relacionados con la comunicación, fuera del contexto docente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lectura de libros de comunicación, fuera del contexto docente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,...fuera del contexto docente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar en conversaciones, debates, repaso de artículos,... en el contexto docente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que el propio paciente evalúe tu relación con él, en los laboratorios de habilidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que el propio paciente evalúe tu relación con él, durante las prácticas en los centros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios adicionales que quieras realizar				
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>				

ANEXO 12
COMPETENCIAS, OBJETIVOS EDUCATIVOS Y RESULTADOS DE APRENDIZAJE
SELECCIONADOS PARA RESPONDER A LAS EXPECTATIVAS COMUNICATIVAS DE
LOS PACIENTES.

DEL LIBRO BLANCO (Selección de 11 competencias)

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.
 4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.
 21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.
 23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
 24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.
 27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.
- I1 - Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar.
I4 - Habilidad en las relaciones interpersonales.
I5 - Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad.
J2 - Adaptación a nuevas situaciones. (Entendiendo por nueva situación cada nuevo paciente)

DEL LAPS-CCC (Selección de 9 Objetivos educativos y 47 Resultados de aprendizaje)

OBJ ED 1- Reconocer el valor de la entrevista médica para la finalidad del acto clínico conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes.

- 10 - Mostrar disposición para involucrar al paciente en la interacción, estableciendo una relación terapéutica con un enfoque centrado en el paciente.

OBJ ED 2- Establecer y mantener una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente.

- 11 - Conocer las características más relevantes de la comunicación no verbal (contacto visual, gestos, expresiones faciales, prosémica, paralingüaje...) y su influencia en el establecimiento de una relación efectiva.
- 12 - Verificar que el paciente se siente atendido y escuchado utilizando técnicas como la escucha activa, preguntas, chequeo, etc.
- 13 - Percibir el lenguaje no verbal del paciente y responde de manera adecuada según el contexto.
- 15 - Aplicar habilidades de comunicación social para recibir a los pacientes que fomenten una relación efectiva (saludo, llamando al paciente por su nombre, lo que hace que se sientan cómodos...).
- 16 - Aplicar habilidades de comunicación social para despedirse de los pacientes que fomentan una relación efectiva (decir adiós, que los acompaña hasta la puerta...).
- 17 - Demostrar empatía en los momentos adecuados (reacciones emocionales, situaciones difíciles...).
- 18 - Reconocer situaciones difíciles y los retos de comunicación (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresión, ira, ansiedad, temas delicados o embarazosos, dificultades cognitivas, las malas noticias, el primer encuentro...).
- 19 - Utilizar técnicas para manejar con sensibilidad y constructivamente situaciones difíciles y problemas de comunicación.
- 20 - Relacionarse con el paciente de una manera respetuosa teniendo en cuenta sus derechos, la confidencialidad, la privacidad, la autonomía, el respeto a sus valores y creencias).
- 21 - Considerar al paciente como un colaborador para construir la relación y tratarlo como tal.
- 22 - Mostrar interés genuino en la relación con el paciente y su situación.
- 23 - Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...).

OBJ ED 3- Recoger la información relevante para el razonamiento y la toma de decisiones clínicas.

- 30 - Utilizar técnicas de escucha activa verbales y no verbales (reflexión, recogida de los indicios que le ofrece el paciente, parafraseando, provocando, resumiendo...).
- 32 - Evaluar cómo la enfermedad afecta a la vida diaria del paciente, entorno socio-familiar y ambiente de trabajo.
- 33 - Considerar otros factores que pueden influir en las necesidades del paciente en el momento de consultar (ideas, miedos, sentimientos, preferencias, experiencias previas...).

- 34 - Establecer el apoyo adecuado para el examen físico (pidiendo permiso, explicando lo que va a hacer y por qué, compartir los resultados con el paciente...).
- 36 - Mostrar apertura y disposición para tratar de manera apropiada cualquier aspecto importante para el paciente en relación con su salud empleando conductas adecuadas para su consideración.

OBJ ED 4- Ofrecer de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para tomar decisiones.

- 41 - Valorar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y en qué medida el paciente desea ser informado, y el nivel de información que el paciente requiere en realidad.
- 42 - Ofrecer la información al paciente de forma oportuna (circunstancia adecuada).
- 43 - Adapta la comunicación al nivel de comprensión y el idioma del paciente, evitando la jerga médica.
- 44 - Proporcionar información centrada en el paciente desde su perspectiva centrándose en lo que es significativo para el paciente.
- 45 - Discutir de manera centrada en el paciente, beneficios, riesgos y resultados esperados.
- 46 - Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas
- 47 - Explicar al paciente la información precisa para minimizar la incertidumbre en el proceso de toma de decisiones.
- 48 - Compartir, con el consentimiento del paciente, la información con terceros (colegas, familia y otros...).

OBJ ED 5- Tomar decisiones considerando la participación y responsabilidad del paciente, tomando en consideración sus preferencias.

- 54 - Explorar las necesidades, recursos (información, autonomía, confianza, responsabilidad, rasgos psicológicos...) y disposición del paciente para facilitar su implicación en la toma de decisiones.
- 59 - Discutir con el paciente el espectro de las posibles consecuencias de una decisión (explicarle las consecuencias de escoger/no escoger la opción discutida).
- 60 - Ofrecer al paciente la opción de abrir y enriquecer la discusión de toma de decisiones incluyendo a terceros (colegas, familiares).
- 63 - Cerrar el proceso al final de la visita mediante el uso de las estrategias de comunicación adecuadas (resumiendo, destacando las características clave, anticipándose a posibles evoluciones y ofreciendo orientación...).
- 66 - Conocer el papel de la familia como un sistema en la atención y cuidados de los Pacientes.

OBJ ED 6- Reconocer y evaluar el papel de la familia en la atención clínica a pacientes y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste.

- 71 - Solicitar y sintetizar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles.
- 72 - Establecer una comunicación efectiva con el paciente y su familia para identificar los problemas, detectar recursos e implementar planes de acción que beneficien al paciente.
- 73 - Ayudar a la familia a tomar decisiones cuando el paciente es menor de edad o incapacitados (demencias, pacientes en estado de coma, incapacitantes enfermedades mentales...).
- 75 - Mostrar disposición para incorporar a la familia y trabajar con ella en beneficio del paciente.
- 77 - Mostrar sensibilidad con los miedos y preocupaciones de los familiares empleando conductas adecuadas para ello.

OBJ ED 7- Reflexionar habitualmente sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica, auto-cuidados.

- 87 - Reconocer errores propios (y ajenos), asumirlos como parte constitutiva del trabajo y buscar soluciones a los mismos (asistencia de superiores...).
- 88 - Reconocer sus propias emociones (inseguridad, simpatía/antipatía, atracción...) en relación a los otros (pacientes, colegas).

OBJ ED 8- Comunicar eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este.

- 94 - Identificar cuando derivar a profesionales/ instituciones/agencias que pueden ayudar a solventar los problemas en función de cada situación.
- 96 - Discutir decisiones de forma apropiada con colegas, pacientes y sus familiares, y si es necesario, reevaluar sus propias decisiones.
- 97 - Asegurar que toda la información clínica relevante del paciente está disponible.
- 98 - Facilitar el flujo de información de las opiniones en el grupo y promover que los miembros del equipo den opiniones divergentes.
- 102 - Dar instrucciones de forma clara y precisa.
- 104 - Respetar la individualidad, las perspectivas subjetivas de los miembros del equipo y el dominio (habilidades de expertos) de los diferentes profesionales de la salud.

108 - Mostrar flexibilidad para cambiar su rol dentro de un equipo de trabajo.

OBJ ED 9- Aplicar y adaptar las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utilizar habilidades concretas que cada situación pueda requerir.

126 - Reconocer situaciones de tensión emocional en las consultas (del tipo de estrés, temor, enfado, agresividad, negación, colusión, vergüenza...).

128 - Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, idioma, religión, sexo, valores, sexualidad...) y las dificultades comunicacionales que esto conlleva.