



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Entrenamiento de habilidades comunicativas en
estudiantes de medicina: propuesta de taller**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
Stephany Cruz Barragán
Mariel Yasneth Téllez Teodoro

Director: Mtro. **Leonardo Reynoso Erazo**
Dictaminadores: Mtra. **Ana Leticia Becerra Gálvez**
Mtro. **Roberto Miguel Corona**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Mtro. Leonardo Reynoso Erazo,

Por aceptar dirigir el presente proyecto, por su entusiasmo, tiempo y dedicación en cada etapa de este proceso, por apoyarnos en todo momento y alentarnos a continuar pese a las dificultades que se nos presentaron.

A Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez y Mtro. Roberto Miguel Corona

Por su tiempo y valioso asesoramiento en la realización del proyecto. Por brindarnos la orientación necesaria y mostrarse accesibles ante cualquier situación que se relacionara con la mejora y preparación del trabajo.

A Dr. Alejandro León Maldonado

Por brindarnos un espacio y su orientación, a pesar de la distancia. Por inspirarnos a definir nuestro tema de investigación y compartir herramientas para la elaboración del mismo.

Mariel y Stephany.

A mi mamá,

Por tu amor incondicional, tu entrega, tu alegría y tu esfuerzo. Por enseñarme a siempre dar lo mejor de mí, a no rendirme ante las adversidades y a aprender de ellas.

A mi papá,

Por enseñarme que no hay imposibles, por tu ejemplo de constancia y perseverancia. Por tu cariño, por darme siempre lo mejor y apoyarme en todo momento.

A mi hermano Dani,

Quien ha sido un ejemplo excepcional a seguir. Por todo lo que hemos vivido, por tus palabras, tu amor, tus bromas y tus enseñanzas.

A mi amiga Mariel,

Por tu valiosa amistad, por el camino que recorrimos juntas, tu paciencia y compromiso.

A mi familia y mis amigos,

Que en todo momento me han procurado e impulsado para llegar hasta donde estoy. Gracias por las alegrías y por siempre estar.

Stephany.

A mi mamá:

Gracias eternas por ser una luz en mi camino e impulsarme a continuar en todo momento, por ofrecerme tu apoyo incondicional y demostrarme que cualquier sueño se puede lograr con esfuerzo.

A mi papá:

Por ser un soporte en mi vida, por dedicar tu trabajo y esfuerzo para brindarme lo mejor y permitirme llegar hasta donde estoy.

A mi hermana Paola:

Por acompañarme en noches de desvelo y hacerlos suyos, por escucharme y exhortarme a mantener siempre una sonrisa y la frente en alto.

A mis queridos amigos y compañeros de vida:

Partícipes y cómplices en el logro de mis metas, en todo momento recibí su cariño y apoyo; siempre con alegría me animaron, se preocuparon y me mostraron su calidez.

Gracias infinitas, Mariel.

ÍNDICE

Introducción	1
1. Salud	5
1.1 Definición	5
1.2 Proceso de salud-enfermedad	8
1.3 Estilo de vida y salud	11
1.4 Factores de riesgo y salud	16
1.5 Enfermedades crónicas no transmisibles y comportamiento	19
2. Comunicación	25
2.1 Definición	25
2.2 Estilos de comunicación	27
2.3 Psicoeducación	31
2.3.1 Antecedentes de la psicoeducación	35
2.3.2 Efectividad del modelo psicoeducativo	36
3. Comunicación médico-paciente	43
3.1 La importancia de las habilidades comunicativas en la formación del profesional médico	44
3.2 Comunicación y adherencia al tratamiento	54
3.3 Una propuesta conductual para comunicar noticias	60
Conclusiones	67
Referencias	72
Anexos	84

INTRODUCCIÓN

Con el paso del tiempo, la relación entre médico y paciente ha abandonado la noción de unidireccionalidad para adoptar un vínculo en el cual el paciente toma decisiones respecto a todo su proceso salud-enfermedad. Al considerar al paciente como agente activo en su tratamiento, tiene la última palabra en optar por conductas que optimicen el cuidado de su salud, seguir las recomendaciones del médico e incluir cambios de estilo de vida, de acuerdo con la apertura que tenga el profesional, la disposición y la calidad de atención que otorgue en la consulta.

Desde un punto de vista idóneo, el trabajo conjunto que se busca que consigan médico y paciente, se ve favorecido por las habilidades de interacción que tenga cada interlocutor. No obstante, al ser el médico un mediador de conocimientos del mantenimiento y promoción de la salud para la persona y sus familiares, se pone especial énfasis en las capacidades de comunicación que éste posee.

Aunado a lo anterior, se ha constatado en la literatura, la poca atención que se le brinda a la adquisición de habilidades de comunicación durante la formación, en contraste con la impartición de conocimientos técnicos y metodológicos existentes en los planes curriculares. Asimismo, las estrategias de enseñanza han sido otro de los focos de atención, pues al no contemplar las competencias comunicativas como uno de los ejes centrales de la docencia, la preparación de los alumnos se guía por la experiencia dentro de la práctica, o bajo la dirección de profesores con insuficiente o nulo nivel de conocimientos respecto a la comunicación médico-paciente.

Cabe mencionar que dentro de este proceso de formación, la evaluación se convierte en un factor esencial, ya que posibilita evaluar la práctica clínica en escenarios más cercanos a la realidad. Sin embargo, debido a que la apreciación de las habilidades comunicativas no siempre se realiza bajo condiciones controladas, se ha hecho necesaria la creación de pruebas que permitan estimar

conocimientos abstractos y contextualizados, toma de decisiones, profesionalismo, comunicación, relación interpersonal, gestión de recursos, entrevista clínica, habilidades, organización y eficiencia (Millán, 2014).

Al ser contemplados los puntos anteriores, es factible comprender el porqué autores como (Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010; Maguire y Pitceathly, 2002) destacan la importancia de desarrollar en los profesionales una práctica eficaz de las habilidades de comunicación. Por un lado, se habla de una mayor precisión en la identificación de los problemas del paciente que llevan a un diagnóstico más acertado, a un encuentro satisfactorio entre el paciente y el profesional que lleva a una relación que favorece la participación y toma de decisiones, así como la reducción de respuestas de ansiedad, estrés y depresión.

De igual manera en el ámbito preventivo, el médico ejerce una participación fundamental, pues mediante estrategias como la psicoeducación, influye en la proporción de medios pertinentes dirigidos a modificar conductas de riesgo, adquirir hábitos saludables y habilidades que mejoren la salud individual y colectiva. Bajo estas condiciones, el médico es responsable de perfeccionar sus habilidades comunicativas con el fin de facilitar el entendimiento del paciente, su relación y el manejo de la enfermedad, tanto para el enfermo como para sus familiares. Para este cometido, se requiere de esfuerzos que implican programas multicomponentes o multimodales que se pueden llevar a cabo con la conjugación de las disciplinas médica, psicológica y pedagógica.

Es por todo lo anterior que, el presente proyecto se orienta a la propuesta de un taller psicoeducativo de habilidades de comunicación desde un enfoque conductual dirigido a estudiantes en formación de médico cirujano, con el cual se pretende que los futuros médicos mejoren su desempeño en la entrevista médica, particularmente en la obtención y manejo de información (diagnóstico, tratamiento médico, prevención de complicaciones) y trato con el paciente. Asimismo, que

influyan positivamente en la adherencia al tratamiento y por ende en el mantenimiento de la salud de las personas.

Dicho lo anterior, se describirá brevemente la distribución de los contenidos de este proyecto. En el primer capítulo se aborda la evolución de la definición de salud, con sus respectivas críticas y aportaciones que han dado lugar a nuevas reformulaciones y prácticas de la misma. De igual modo, se versa acerca del proceso salud-enfermedad, el cual fue transformándose a la par del término de salud, englobando las propuestas relacionadas con el modelo biomédico y biopsicosocial que dieron como resultado una nueva visión del ser humano y el cuidado de la salud. Consecuentemente, se señala la influencia que tiene el comportamiento dentro de los estilos de vida, y se subraya la relevancia de considerar la adopción y modificación de hábitos saludables; asimismo, de forma complementaria se acentúan los factores de riesgo que dan lugar al origen de algunas enfermedades crónico-degenerativas y su consiguiente crecimiento como principal consecuencia de mortalidad a nivel mundial.

El segundo capítulo comprende la definición de comunicación, las diferencias de la comunicación verbal y no verbal, sus componentes e importancia en las relaciones humanas. Asimismo la descripción de cada estilo comunicativo (pasivo, agresivo y asertivo), las características verbales, no verbales y paraverbales de cada uno y la importancia de practicar el estilo asertivo en la vida cotidiana. Adicionalmente, se aborda el tema de psicoeducación, del cual se mencionan su definición, sus antecedentes, cómo ha sido retomado en el tratamiento de las enfermedades crónicas y en el campo de la salud, los beneficios de llevar a cabo este modelo y la efectividad del mismo en distintos ámbitos.

Finalmente, en el último capítulo se hace énfasis en la importancia que tienen las habilidades de comunicación en la práctica clínica, se señalan las ventajas que ofrece tanto para el profesional como para el paciente durante la consulta médica y en relación a la adherencia al tratamiento. Asimismo, se hace una revisión de la

poca atención que se le da a dichas competencias en el ámbito académico y pautas puntuales sobre cómo deben llevarse a cabo. Para concluir, se expone la propuesta psicoeducativa de la adquisición de habilidades de comunicación para estudiantes de medicina, y los materiales realizados para la aplicación de la misma.

CAPÍTULO 1. SALUD

1.1 Definición

Concebir una idea acerca del término salud, requiere considerar una serie de condiciones históricas, sociales, económicas, políticas y culturales, bajo las cuales sea posible comprender cómo la interrelación de cada uno de estos factores ha dado lugar a las actuales representaciones y prácticas de salud. A continuación se hace un breve recorrido de algunos de los sucesos que hicieron factible caracterizar la salud como fenómeno sociobiológico, sobrepasando así el marco médico-sanitario.

La evolución del término salud da comienzo con el pensamiento primitivo (mágico-religioso) en el que predominaba la creencia de que la enfermedad representaba un castigo divino. Más adelante, civilizaciones como la egipcia y mesopotámica fueron las primeras en adoptar un marco de higiene personal y pública (Perea, 2001). En la Edad Media, de acuerdo con Vergara (2007) la influencia religiosa ponderó, a diferencia de la Edad Moderna, en la que el auge de la ciencia se desarrolló de forma significativa. Siendo que en el siglo XX, gracias a los avances de bacteriología, la creación de centros de seguridad social y campañas de vacunación, es que se vislumbró la oportunidad de divulgar con más precisión el cuidado de la salud.

Un acontecimiento imprescindible para la reconceptualización de salud, fue el ocurrido en 1948 con la emisión de la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), en el que se define a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente como la ausencia de afecciones y enfermedades”. Posteriormente, en el año de 1986 en la declaración de la Carta de Ottawa, la salud es considerada como un recurso de la vida diaria, por lo que se trata de proporcionar a la colectividad los medios necesarios para mejorar su estado y ejercer un control de aquello que

determine su salud. Asimismo, en dicho documento se recalca el hecho de que las organizaciones responsables de las condiciones sociales, económicas y del ambiente deben considerar el impacto que tienen sus actividades en la salud individual y comunitaria (WHO, 1998).

A pesar de que la definición de salud enunciada por la OMS en 1948 reconoce su naturaleza multifactorial, las críticas recibidas a lo largo del tiempo denotan una evidente limitación al ser considerada como estática y utópica. Autores como Machteld *et al.* (2011) señalan que dicha definición contribuye a la medicalización de la sociedad, a la vez que el término “completo” supone una condición saludable la mayoría del tiempo, lo que resulta inadecuado para una gran parte de la población mundial. Asimismo, refieren una incompatibilidad de su uso en relación al cambio demográfico y la naturaleza de las enfermedades, particularmente referente a la prevalencia de población adulta mayor y al predominio de enfermedades crónico-degenerativas.

Por último, Briceño-León (2000, como se citó en Alcántara, 2008) encuentra una limitación en la operacionalización de la definición de salud de la OMS, señalando que es impracticable por el uso de los adjetivos ‘completo’ y ‘bienestar’ que introducen la noción de normalidad en la salud, así como su difícil medición y la creación de indicadores adecuados para representarlos.

No obstante, además de las críticas que dieron lugar al surgimiento de nuevas propuestas de la definición de salud, es importante señalar las aportaciones que trajo consigo la conceptualización de la OMS, entre las que se encuentran: la salud se considera como un fenómeno complejo que requiere de la participación de diferentes disciplinas, se evidencia la superación del paradigma biológico y da pie a que se tomen medidas políticas públicas sanitarias en diferentes estados (Alcántara, 2008).

Ahora bien, como producto de las diversas críticas, autores como Salleras (1990, como se citó en Torres, Beltrán, Barrientos, Lin y Martínez, 2008) ofrece una

nueva conceptualización de la misma, señalando la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (p. 46).

Por su parte, Briceño-León (2000, como se citó en Alcántara, 2008) ofrece otra idea a partir de la interacción de múltiples factores: “la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, el ambiente que nos rodea, las relaciones sociales, la política y la economía internacional” (p. 95).

Por otro lado, Machteld *et al.* (2011) consideran que para una redefinición de la salud, deben tomarse en cuenta aspectos tales como los futuros avances científicos y tecnológicos, consultores interesados y el reflejo de la diversidad cultural. Es por ello que sugieren tomar a la salud como la capacidad de adaptarse y autogestionar, dentro de tres dominios: físico, mental y social. Adicionalmente, propuestas como la de Matarazzo (1980, como se citó en Perea, 2001) no se hicieron esperar, incorporando nuevos términos y señalando la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción, mediante la responsabilidad individual de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales.

Las nuevas reformulaciones citadas con antelación, dejan entrever que la salud es un proceso continuo, dinámico y multidimensional, que es fruto de la interacción de distintos factores como: las condiciones histórico-culturales, avances científicos y tecnológicos que ampliaron los medios para el cuidado de la salud, la preocupación por parte de organizaciones de salubridad de las que derivaron iniciativas sanitarias, acciones políticas y económicas para la protección de la población; cada uno con el potencial de afectar o promover el cuidado de la misma.

Asimismo, cabe señalar que el debate en torno al término de salud ha dejado en evidencia el creciente interés por parte de diferentes disciplinas y profesionales

de mejorar la sanidad colectiva. Sin olvidar que con su continua evolución, ha dado lugar a la reformulación del concepto de enfermedad, una noción que resulta inevitable unificar con la de salud.

1.2 Proceso salud-enfermedad

A lo largo del tiempo, tanto el concepto de salud como de enfermedad han cambiado significativamente en relación con la realidad económica, cultural, social y política de una comunidad. Esto ha traído como consecuencia la redimensión de ambos conceptos y la adopción de nuevas formas de practicar la salud-enfermedad, de modo que ahora el individuo depende menos de su “estado biológico” y mucho más del nivel de integración, posición social, condiciones de vida y el proceder en las acciones para cuidar su propia salud. A continuación se mencionan sucesos que posibilitaron entender la noción de salud-enfermedad tal cual la conocemos hoy en día.

Es sabido que en la antigüedad, las condiciones ambientales y la prevalencia de epidemias propiciaban un nivel de vida corto, lo que llevaba a que las personas dentro de los esfuerzos para mantener su salud recurrieran a la realización de rituales; de manera que predominaba en ellos un pensamiento místico-mágico que explicaba el origen de la enfermedad, y con el que se buscaba preservar la salud de la comunidad (Vergara, 2007). Como parte de las nociones que desarrollaron las civilizaciones egipcia y china, la enfermedad pasó de ser un hecho exterior al individuo a adoptar la idea de un desequilibrio, con el restablecimiento de los humores por un lado, y un balance sobre el comportamiento y el temperamento del enfermo, respectivamente.

En contraste con lo anterior, con el surgimiento del pensamiento médico en la antigua Grecia, las ideas de Hipócrates enfatizaron un método racional en el que destacaron: la observación, el estudio del paciente antes que la enfermedad y la

estimación de la evolución de la misma, nociones que son vigentes hoy en día (La Rosa, 2009).

Así, con el progresivo desarrollo de avances científicos, la invención de los instrumentos de diagnóstico, la realización de medicamentos y vacunas que aliviaban las enfermedades infecciosas, la mejora de las técnicas quirúrgicas y los descubrimientos en el campo de la salud, el modelo biomédico permitió mejorar la salud de la población considerablemente, posicionándose como predominante en este ámbito (Libreros, 2012; Bello, 2006).

Sin embargo, a pesar de los avances obtenidos en la medicina, la visión mecanicista del modelo biomédico no era suficiente para interpretar el proceso salud enfermedad como sistema complejo, ya que al tener a la enfermedad como objeto de observaciones y medidas para conocer sus características, no se le consideraba como un proceso que se desarrolla dentro de un ser humano que vive en interacción con un entorno social, cultural y medioambiental (La Rosa, 2009).

Ante ello, como un intento para superar el modelo, algunos profesionales se dieron a la tarea de señalar algunas limitaciones, entre las que se encuentran (Vergara, 2007; Becoña, 2004; La Rosa, 2009):

- 1) Considera a la salud sólo como la ausencia de enfermedad, poniendo a su vez en tela de juicio la capacidad de adaptación del organismo, limitando la aceptación de la influencia que tienen las diversas formas de vida y cultura.
- 2) Una alteración bioquímica no significa enfermedad en todos los casos, es decir, la enfermedad es multicausal.
- 3) Pierde de vista al paciente como persona, y presenta a la enfermedad como algo aislado que afecta a una parte del organismo y no a una totalidad viviente.
- 4) Focaliza la formación de los profesionales de la salud en aspectos técnicos, dejando de lado los aspectos psicológicos y sociales. De la misma forma, en su

labor diaria reciben apoyo técnico, pero no así para su afrontamiento de la angustia, el dolor o la muerte.

5) Se proporciona poca importancia a los factores relacionados con el ambiente; se considera la salud como individual, sin tener en cuenta la familia o la comunidad.

6) Da lugar a un uso constante de la estadística para discernir lo normal de lo patológico.

Ante este panorama y como resultado de esfuerzos por cubrir las limitaciones del modelo anterior, surgió una nueva propuesta por parte de Engel (1977, como se citó en Borrell, 2002), quien no sólo daba importancia a los aspectos biológicos relativos a la salud y la enfermedad, sino también a la influencia de los factores psicológicos y de carácter social sobre la salud, por lo que enuncia su modelo biopsicosocial. Dentro de los postulados que establece destacan: 1) la salud-enfermedad debe analizarse en conjunto y no por separado, es decir es un modelo holístico; 2) aborda al paciente integralmente, lo que implica la relación del profesional de la salud con su paciente y familia; 3) resalta la importancia de tener en cuenta al paciente como sujeto responsable de su enfermedad; 4) se tiene en cuenta el contexto; 5) el diagnóstico y tratamiento incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y psicosociales.

La crítica sobre la insuficiencia del paradigma biomédico y el planteamiento de un nuevo enfoque, trajo consigo un cambio cualitativo dentro del marco científico, transformación que a su vez repercutió a nivel social. Estos hechos, constituyeron el motor que desencadenó una progresiva evolución de la concepción salud-enfermedad. Ejemplo de ello es la idea que expone Alcántara (2008) al considerar una conexión indisoluble entre salud y enfermedad, es decir, un proceso en el que ambos pueden ser graduales, a la par que no respetan períodos de latencia entre uno y otro, es decir, es un binomio continuo.

Barceló y Borroto (2001) por otro lado, forjan la noción bajo la cual se entiende el proceso salud-enfermedad como: “un complejo que integra sistemas biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, el estado saludable o patológico del hombre y su sistema de relaciones” (p. 289).

La importancia de considerar la salud-enfermedad como un proceso continuo, radica en las propuestas que pueden tener lugar a partir del escrutinio de los factores que inciden en el desarrollo de la enfermedad o el mantenimiento de la salud. De esta manera, las acciones que se tomen, estarán encaminadas a potenciar las habilidades de las personas, así como a mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas que influyen en la salud pública e individual (World Health Organization WHO, 1986 como se citó en Sanjuán y Rueda, 2014). Asimismo, permite hacer hincapié en la intervención y participación de la comunidad, la gestión gubernamental y servicios de salubridad dentro del proceso de prevención, al igual que otorgarle responsabilidad al individuo sobre su propia salud.

1.3 Estilo de vida y salud

Las condiciones del medio en el que el individuo se desarrolla, los recursos que tiene a su alcance para el cuidado de su salud, los ingresos económicos, el nivel educativo, el acceso a los servicios de salubridad, en conjunto con la disposición genética y las acciones que ejerce el individuo diariamente, son factores que convergen entre sí para determinar la condición de salud de una persona. No obstante, dichas acciones, los riesgos a los que se expone, las actividades de cuidado que ejecuta y el estilo de vida en general, son algunos elementos que posibilitan o aminoran las probabilidades de enfermar (Flórez y Hernández, 1998).

El concepto de estilo de vida surgió en las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a la par que el concepto de salud evolucionaba; lo que permitió la comprensión de los factores no biológicos que influyen en el proceso salud-enfermedad (Vives, 2007). El autor apunta que con el establecimiento de las primeras escuelas de medicina preventiva durante la década de los 50 en Estados Unidos, se inició el estudio de los elementos que influyen en la salud, sin enmarcar el estilo de vida dentro de estos. Posteriormente, con la aportación de H. Sigesrist (1945, como se citó en Vives, 2007) en Inglaterra se definieron cuatro cometidos de la medicina: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, lo que fomentó el escrutinio de los componentes no biológicos involucrados con la salud.

Estas nuevas consideraciones acerca de los elementos relacionados con la salud, se abrieron paso a partir de los cambios drásticos en los patrones de enfermedad puntualizados por investigadores y profesionales de la ciencia biomédica (Matarazzo, 1980). En poblaciones avanzadas socioeconómicamente, las enfermedades infecciosas como neumonía, gripe y tuberculosis ya no eran las principales causas de muerte, en su lugar surgieron las enfermedades crónicas como enfermedad coronaria y cáncer, propiciadas por diversos factores entre los que se encuentran posibles comportamientos inadecuados, sistemas insuficientes de salud, condiciones ambientales de riesgo y factores biológicos (Vives, 2007; Matarazzo, 1995 como se citó en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

En este punto, la relevancia de los factores conductuales en la presencia o ausencia de la enfermedad es cada vez más evidente. De acuerdo con Rosental y Iudin (1981, como se citó en Vives, 2007) se entiende por estilo de vida aquellos patrones cognitivos, afectivos y conductuales que son consistentes en el tiempo, bajo condiciones más o menos iguales y los cuales pueden dividirse en factores de riesgo o protectores, dependiendo de su naturaleza. Adicionalmente, Flórez y Hernández (1998) puntualizan que el estilo de vida se conforma a lo largo de la historia de la persona y representa un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales que convergen entre sí.

De acuerdo con Egger, Binns y Rossner (2009) diversos comportamientos del estilo de vida que se relacionan con el surgimiento de enfermedades crónicas, tienen que ver con ciclos viciosos, por ejemplo, el sueño inadecuado puede conducir a la fatiga, ésta a su vez a la inactividad, a una mala nutrición o comer en exceso, lo que desencadenaría riesgo de obesidad y depresión hasta un síndrome metabólico o potenciar una enfermedad cardíaca. Por otro lado, Becoña, Vázquez y Oblitas (2004) señalan la fuerte conexión que existe entre los problemas de salud y las condiciones sociales en que viven las personas, incluyendo factores demográficos. De manera directa o indirecta, cada una de estas condiciones influyen en la adopción de conductas saludables, es decir, acciones en las que toma parte el individuo con objeto de prevenir la enfermedad.

Al respecto, Ejg *et al.* (2017) realizaron una investigación con una muestra danesa, cuyo propósito fue describir y discutir los factores asociados con las preferencias que tienen las personas para realizar cambios de estilo de vida; y en las expectativas de autoeficacia sobre la capacidad de iniciar y mantener dichas modificaciones de comportamiento. Los participantes que habían experimentado enfermedades del corazón o algún miembro de su familia, así como aquellos que tenían ingresos bajos prefirieron los cambios de estilo de vida. También se encontró en los resultados que aquellos que no presentaron ningún factor de riesgo (tabaquismo, poca actividad física, IMC alto), fueron más propensos a aceptar los cambios.

Cabe señalar que en el mismo estudio resaltaron diferencias entre subgrupos en relación a la motivación para realizar cambios, por ejemplo, las personas con sobrepeso, el menor ingreso se asoció con una menor preferencia por el cambio de estilo de vida. Lo anterior sugiere que una vez que un individuo presenta un factor de riesgo, la motivación para la adopción de hábitos saludable puede ser más débil si son menos favorecidos socialmente, posiblemente por la falta de recursos.

En concordancia con la anterior investigación, Egger, Binns y Rossner (2009) subrayan que alrededor del 60%-70% de las visitas en atención primaria de salud tan sólo en los países desarrollados son por enfermedades relacionadas con el estilo de vida, es decir, que tienen un carácter prevenible. No obstante, en padecimientos como la insuficiencia cardiaca a pesar de que difiere en los subgrupos de población, se reportó que hombres de edad madura se adhieren a menos de 4 hábitos saludables como: no fumar, hacer ejercicio, IMC adecuado, consumo moderado de alcohol, y dieta baja en grasa (Del Gobbo *et al.*, 2015).

Ante la alta incidencia de enfermedades crónicas y a pesar de los adelantos en el tratamiento, la poca adherencia y la exposición a distintos factores de riesgo, el pronóstico para las personas que presentan algún padecimiento resulta desfavorable. Es por ello que investigaciones como las de Egger, Binns y Rosner (2009) hacen hincapié no sólo en la participación de instancias gubernamentales encargadas de preservar la salud, sino también en la intervención de profesionales en la toma de acciones preventivas reales que permitan identificar factores modificables en un primer nivel de atención.

Los mismos autores destacan la participación de la medicina del estilo de vida, y la definen como “la aplicación de los principios ambientales, conductuales, médicos y motivacionales a la gestión de problemas de salud relacionados con el estilo de vida en un entorno clínico” (p. 143).

Dicho sistema de atención es una manera de abordar las enfermedades crónicas que no se remiten fácilmente bajo la gestión farmacológica, de modo que la forma de proceder de la medicina de estilo de vida difiere de la orientación de la práctica convencional en la participación activa del paciente en su propio cuidado, y por el hecho de que su objetivo es la modificación de las bases conductuales, en lugar de centrarse únicamente en el tratamiento del proceso patológico (Egger, Binns y Rossner, 2009).

Queda en evidencia la condición multifactorial y conductual que influyen en una vida saludable, al respecto Camacho, Echeverría y Reynoso (2010) hacen hincapié en tres tipos de factores:

a) Medio: comprende el contexto social, económico y político, que puede repercutir en la toma de decisiones y acciones para preservar la salud.

b) Características biológicas: refiere a la carga de información genética de una persona, no modificable por sí misma.

c) Comportamiento: es el conjunto de actividades realizadas por el individuo y moduladas por las condiciones ambientales.

Asimismo, Alcántara (2008) señala dos dimensiones además de las acciones individuales que conforman el estilo de vida y que son determinantes para el estudio de la salud. Por un lado, las condiciones de vida, que corresponden a las diversas prácticas de grupos sociales, y por el otro, el modo de vida, que engloba la convergencia entre el ambiente y los sistemas sociales de una colectividad. En conjunto, esto plantea un reto en los programas de promoción de salud debido a que en entornos como la comunidad laboral, se subrayan dos cambios importantes: a) la percepción de un papel activo a uno activo en el cuidado de la propia salud y b) del apoyo destinado a costosos programas de atención de la salud, a la promoción de programas menos caros y orientados a la prevención (Matarazzo, 1980).

Ahora bien, de acuerdo con (Horne y Weinman, 1999 como se citó en Ejj *et al.*, 2017) no sólo los cambios de estilo de vida plantean desafíos, sino también el uso de medicación preventiva, debido a que un gran porcentaje de recursos se destinan al desarrollo de nuevos regímenes médicos, lo que quiere decir que, si los pacientes no se adhieren a los tratamientos, la inversión realizada sería en vano.

Es en este punto en el que la participación de los profesionales se hace aún más indispensable, en relación a la labor con sus pacientes y la comunidad en

general, para orientarlos a la prevención y a la adopción de hábitos saludables, identificando de manera temprana los factores de riesgo contextuales que pudieran afectar la decisión de aceptar una determinada intervención, ya sea de cambios en el estilo de vida o en conjunto con tratamiento farmacológico.

1.4 Factores de riesgo y salud

Considerar el estilo de vida como un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo, requiere entender que las acciones de una colectividad, así como la convergencia de factores personales, ambientales y sociales, influyen sobre la salud en diferentes momentos y de diversas maneras. Es decir, que cualquier comportamiento implicado en la salud interviene en la probabilidad de consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y/o a largo plazo (Flórez y Hernández, 1998).

La amplia gama de elementos que participan en la etiología de las enfermedades, difieren entre sí en la medida en que algunas formas del estilo de vida actúan como inmunógenos e inoculan posibles padecimientos o bien, aumentan el riesgo de sufrirlos. Al respecto, Matarazzo (1983) señala que tener una rutina de ejercicio físico, hábitos de sueño y distracción, control de sustancias como cafeína, nicotina y alcohol, entre otros, son conductas que conforman un estilo de vida saludable y por lo tanto ejercen un papel inmunógeno o protector. Complementariamente, Holmes y Rahe (1967, citado en Vives, 2007) enfatizan el rol del apoyo social como factor protector, que consiste en la información y recursos ofrecidos por las personas del entorno que ayudan a minimizar la percepción de amenaza de un evento.

Por otro lado, los estilos de vida patógenos o de riesgo, se caracterizan por conductas como fumar, comer en exceso, trabajar y vivir bajo un estilo de vida crónicamente estresante, obesidad, sedentarismo, prácticas sexuales de riesgo, higiene deficiente, etc. (Matarazzo, 1983; Vives 2007). Estos factores a su vez

pueden clasificarse en modificables y no modificables; los primeros incluyen consumo de sustancias, falta de actividad física, alimentación alta en grasas, además de algunos otros factores que predisponen a padecimientos, como hipertensión arterial, diabetes, estrés o ansiedad, obesidad, colesterol alto, etc. Entre los elementos de riesgo no modificables se encuentran: la edad, herencia genética, raza y género (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004; Pereira-Rodríguez, Peñaranda-Florez, Reyes-Sáenz, Caceres-Arevalo y Cañizarez-Pérez, 2015).

Ante la creciente incidencia de enfermedades crónicas y el reconocimiento de la influencia de los estilos de vida en las conductas de salud, la acción preventiva no se ha hecho esperar, materializada en políticas de salubridad y programas de atención. Sin embargo, en los diferentes niveles de prevención, la falta de apego a las recomendaciones y la no adherencia a los regímenes médicos, han hecho evidente una acción más concreta sobre cada uno de los factores de riesgo, lo que usualmente resultan foco de intervención.

En un estudio reciente del European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE) IV encontraron que cerca de 8000 pacientes con cardiopatía coronaria, seis meses después del evento coronario, la gran mayoría no cumplió con las directrices de las Sociedades Europeas sobre los estilos de vida y los factores de riesgo en pacientes con enfermedades del corazón (Kotseva et al., 2016 como se citó en Ejj *et al.*, 2017). Estos autores están de acuerdo en que diferentes mecanismos pueden vincular características distintas de la población como estado socioeconómico, educación y conocimiento de la salud a niveles de comportamientos de riesgo, por lo que señalan que es un elemento importante en la comunicación con el paciente.

Los retos que plantean los cambios de hábitos o el seguimiento en los tratamientos médicos, suponen un gasto excesivo, no sólo para la persona sino también para los servicios de salud. Autores como Adams, Grandpre, Katz y Shenson (2017) señalan que los adultos que presentan igual o más de dos

padecimientos incluidos en las Múltiples Condiciones Crónicas (MCCs) entre las que se consideran las enfermedades crónicas, factores de riesgo, problemas de salud mental y deterioro cognitivo, representan alrededor de dos tercios de todos los costos de atención en salud en Estados Unidos. Cabe señalar que dentro de 163 estudios revisados de MCCs, el 85% incluía factores de riesgo (FRs) en sus definiciones de MCCs, es decir, que la hipertensión, obesidad y tabaquismo se encuentran asociadas con enfermedades crónicas separadas.

En concordancia con la evidencia, Del Gobbo *et al.* (2015) realizaron una investigación con 5,201 personas menores a 65 años con riesgo de padecer insuficiencia cardíaca, y analizaron factores de estilo de vida como el consumo moderado de alcohol, patrones dietéticos, tabaquismo, IMC y circunferencia de cintura. Los resultados que obtuvieron confirman que la adherencia a unos cuantos factores de riesgo modificables, reduce la mitad de posibilidades de padecer insuficiencia cardíaca.

Entre más factores de riesgo presente una persona, la probabilidad de desarrollar una enfermedad se incrementa. Se reafirma este hecho con la revisión de artículos realizada por Pereira-Rodríguez, Peñaranda-Florez, Reyes-Sáenz, Caceres-Arevalo y Cañizarez-Pérez (2015) sobre los factores que inciden en enfermedades cardiovasculares en América Latina. Los precedentes más frecuentes de este padecimiento fue la hipertensión arterial, sobrepeso y consumo de tabaco, resaltando la prevalencia de obesidad en un 53.8%, sedentarismo (38.5%) alcoholismo y tabaquismo (31%), dislipidemias (29.4%), diabetes (25%) e hipertensión arterial (14.1%).

La prevalencia de riesgo y la tasa de mortalidad que se reportan en diversos estudios que indagan sobre el tema, es menor en las mujeres en comparación a la que presentan los hombres estadounidenses, siendo similar el resultado en la población latinoamericana (Matarazzo, 1983; Pereira-Rodríguez, Peñaranda-Florez, Reyes-Sáenz, Caceres-Arevalo y Cañizarez-Pérez, 2015). Asimismo, es el

género femenino el que más se inclina por la adopción de hábitos saludables y cambio de estilos de vida (Ejg *et al.*, 2017).

Los hallazgos recabados acerca de las prácticas preventivas de salud, son un elemento imprescindible para reducir las tendencias del siglo XX sobre las causas de morbilidad y mortalidad. Lo que además ofrece la oportunidad de liderar investigaciones y acciones educativas en materia de salud desde un campo interdisciplinario, analizando en primera instancia la situación actual de incidencia.

1.5 Enfermedades crónicas no transmisibles y comportamiento

Actualmente se sabe que la principal causa de mortalidad en el mundo se debe a las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), causando 38 millones (el 68%) de las 56 millones de defunciones registradas en 2012 (OMS, 2014).

De acuerdo con la OMS (2017), las enfermedades no transmisibles también conocidas como enfermedades crónicas se caracterizan por ser de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las defunciones a causa de ello a nivel mundial se concentraron en enfermedades cardiovasculares (17.7 millones), cáncer (8.8 millones), enfermedades respiratorias (3.9 millones) y diabetes (1.6 millones). Siendo que del 70% de las muertes por ENT en el mundo, el 37% fueron registradas en países de ingresos bajos y el 88% en países de ingresos altos (OMS, 2017).

A nivel nacional el panorama de incidencia no es muy distinto, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) reportó que en 2015, las cuatro causas principales de mortalidad en México fueron enfermedades del corazón (128,731), diabetes mellitus (98,521), tumores malignos (79,514) y accidentes (37,184). En la población joven (15 a 29 años) las causas de mortalidad son externas: homicidios, accidentes y suicidios. No obstante, las cardiopatías isquémicas y la insuficiencia renal están teniendo un aumento considerable en este grupo poblacional.

El Informe sobre la salud de los mexicanos 2015 (Secretaría de Salud, 2016), indica que a principios de este siglo, la prevalencia de diabetes en México presentó un incremento considerable, siendo que en el año 2000, 6.5% de la población de 20 años o más, fue diagnosticada como diabética, porcentaje que ascendió a 9.2% en 2012. En 2006, esta enfermedad fue más prevalente en hombres que en mujeres (15.6% y 13.0%, respectivamente).

Dentro de las complicaciones con mayor incidencia en el país a causa de la diabetes se encuentran: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de vista (9.95%), úlceras (9.1%) y amputaciones (5.5%). Asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2016 (ENSANUT, 2016) algunos de los síntomas más presentados por las personas diabéticas son: pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies y fatiga al caminar por más de seis minutos.

Lo anterior no resulta extraño, al considerar que la población adulta mexicana se encuentra entre las que manifiesta mayor sobrepeso y obesidad considerando a los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (Secretaría de Salud, 2016). Aunado a ello, datos de la ENSANUT (2016) informan que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad para adultos de 20 años en adelante fue de 72.5% en 2016.

Teniendo como precedentes los datos anteriores, es importante considerar que no sólo la obesidad y sobrepeso representan un factor de riesgo potencial para desarrollar enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, etc. Hay que hacer hincapié en la existencia de personas que sin saberlo vive con alguna enfermedad crónica, tal es el caso del 6.5% de la población mexicana que en 2006 presentó niveles altos de glucosa, sugerentes de una condición de persona diabética sin tener conocimiento de ello (Secretaría de Salud, 2016).

Algo semejante ocurre en el caso de la hipertensión arterial, la cual la presenta el 25.5% de la población y de los cuales, el 40% no sabe que la padece.

Lo anterior resulta relevante al tener en cuenta que la hipertensión arterial es una enfermedad por sí misma y además constituye un factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, causando 9.4 millones de muertes en el mundo debido a sus complicaciones (ENSANUT, 2016; Secretaría de Salud, 2016).

En México, la hipertensión arterial suele diagnosticarse en mayor medida en mujeres que en hombres (70.5% y 48.6%) respectivamente, sin reporte de .diferencias entre las entidades geográficas ni entre las localidades rurales y urbanas respecto a la prevalencia de la enfermedad (ENSANUT, 2016).

Ahora bien, la mortalidad debido a la presencia de tumores malignos a nivel nacional, de acuerdo con el INEGI (2017), fue de 79,514 personas en 2015. El perfil epidemiológico de mortalidad por cáncer se puede diferenciar por sexo y por grupos de edad. El grupo de mujeres, se ve afectado actualmente por el cáncer de mama, el cual ocasionó 5, 338 muertes en 2013. Cabe señalar que el cáncer de mama representa un reto para el sistema de salud en cuanto a prevención y diagnóstico oportuno se refiere, ya que en el año 2000 no aparecía dentro de las primeras causas de mortalidad, y en 2013 se ubicó en la octava posición.

Por su parte, los hombres se ven afectados principalmente por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea, el cual ocasionó 1,7 millones de muertes a nivel mundial en 2015. Cabe mencionar que para el desarrollo de ese tipo de cáncer, el consumo de tabaco es un factor de riesgo potencial, así como la exposición a la contaminación ambiental. En México, el porcentaje de adultos de 20 años o más que han fumado al menos cien cigarrillos en su vida y que sigue fumando, registró una disminución durante el periodo 2000-2012 de 2.4 puntos porcentuales, siendo que pasó de 22.3% a 19.9% de acuerdo con datos del Informe Nacional de Salud de los Mexicanos 2015 (Secretaría de Salud, 2016).

Datos de la OMS (2017) indican que cerca del 70% de muertes por cáncer se presentan en países de ingresos bajos y medio bajos. Esto en parte, puede

explicarse con datos del Instituto Nacional de Cáncer (2016), quienes mencionan que a pesar de los esfuerzos realizados por el sector salud respecto del diagnóstico, prevención y tratamiento del cáncer, existe una desigualdad en la atención de los grupos socioeconómicos bajos.

En cuanto a la cardiopatía isquémica, fue en la mitad del siglo pasado que su incidencia aumentó a nivel mundial. A nivel nacional, la tasa de mortalidad fue de 993 personas por cada 100.000, en mayores de 70 años en 2013 (Secretaría de Salud, 2016).

Ahora bien, el panorama epidemiológico presentado con anterioridad permite dar a conocer la manera en que las personas atienden su salud en México. De acuerdo con la ENSANUT 2016 (Secretaría de Salud, 2016), el 40.7% de los pacientes con enfermedades crónicas utilizan el servicio de seguridad social, el 26.4% utiliza servicio médico privado y el resto, los Servicios Estatales de Salud (SESA) o IMSS-Prospera.

En relación con los cuidados que los enfermos crónicos requieren, se sabe que el uso de la insulina tuvo un aumento (11.1%) en comparación con el de 2012 (6.5%), así como el uso conjunto de insulina y pastillas (8.8% y 6.6% en 2012). Además, cerca del 44.5% de las personas que presentan diabetes, hipertensión y/o dislipidemia, reciben una prescripción médica de hasta tres medicamentos. Al respecto, cabe mencionar que el 46.6% de los diabéticos no llevan a cabo medidas preventivas para evitar complicaciones de su enfermedad, como revisarse los pies, realizarse medidas de colesterol y triglicéridos, aplicación de vacunas y revisión oftalmológica (Secretaría de Salud, 2016).

En este sentido, la prevalencia de las ENT ha evidenciado la deficiencia en el sector sanitario referente al incremento de los costos tanto de atención como de medicamentos, siendo que en el plano nacional, Gutiérrez, Guajardo y Álvarez (2012, como se citó en el Programa Sectorial de Salud, 2013) indican que el costo

de atención médica de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en 2008 fue de 42 mil millones de pesos, viéndose afectado el panorama financiero.

En el caso particular del cáncer, se estima que en el año 2009 en la Región de las Américas, 2,8 millones de casos nuevos se valoraron en 153,000 millones de dólares en el primer año después del diagnóstico médico. Ello sin tomar en cuenta los costos de prevención o de tratamientos posteriores, de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f). Por su parte, en 2010, los costos de la diabetes representaron el 9% del gasto sanitario de América del Sur y América Central, y el 14% de América del Norte (Federación Internacional de la Diabetes, como se citó en OPS, s.f).

En la actualidad, adoptar una perspectiva centrada en el tratamiento de las personas una vez que hayan enfermado, es probablemente la menos adecuada en cuanto a la relación coste-eficacia en el cuidado de la salud. Además de que procedimientos médicos como los quirúrgicos, hormonales, farmacológicos, etc, suponen un gasto excesivo a la vez que resultan agresivos para la persona enferma y su familia (Bravo, 2014).

Todo lo anterior ha desembocado en una idea hoy bien asumida de la necesidad de hacer prevención (Caplan, 1964 como se citó en Oblitas y Becoña, 2000), con la cual se busca que la modificación de los comportamientos y del estilo de vida incida en la mejora de la salud de las personas, la prevención de enfermedades y la reducción de síntomas (Reynoso y Seligson, 2005).

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas afectan las funciones orgánicas, personales, económicas y emocionales de la persona, es pertinente que el tratamiento farmacológico se conjunte con estrategias psicológicas que permitan la atención integral del paciente para lo cual es necesaria la colaboración de un equipo multidisciplinario (Bravo, 2014). Asimismo, es de vital importancia que dentro de esta labor, los programas contribuyan a un abordaje de mayor alcance para los grupos socioeconómicos más bajos, en los cuales el número de afectados es alto;

de este modo uno de los logros que se esperaría es la reducción de gastos de atención, así como del paciente y su familia.

Sin dejar de hacer hincapié en la necesidad de medidas preventivas, hay que considerar que al igual que la población adulta, los jóvenes también comienzan a verse afectados por las ENT. De esta manera es que las acciones de prevención resultan primordiales para contribuir a la educación de este sector, enfatizando en la detección oportuna de factores de riesgo y en la adopción de conductas de salud que podrían disminuir la posibilidad de desarrollar alguna condición desfavorable de salud, y por ende controlar el crecimiento de las cifras de mortalidad a causa de ello.

En este sentido, y debido a que la educación es fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, se considera pertinente incluir un capítulo dedicado al proceso comunicativo, así como al papel que la psicoeducación juega en la labor de los profesionales de la salud. Integrando a ello, evidencia de los resultados de la intervención psicoeducativa en el contexto hospitalario tanto con los pacientes como con sus familias.

CAPÍTULO 2. COMUNICACIÓN

Debido a que el proceso comunicativo está presente en las interacciones que tienen lugar en la vida cotidiana, tanto en el ámbito personal como en el profesional y educativo, el presente capítulo está destinado a describir los componentes y elementos que conforman el proceso de la comunicación. Ello con el fin de dar al lector, las pautas para posteriormente comprender el papel que juega la comunicación en el ámbito de la salud, específicamente en el contexto clínico en la aplicación de estrategias como la psicoeducación.

En este sentido, al tener en cuenta los elementos presentes en la comunicación, es posible abordar las características de la relación entre el profesional de la salud y el paciente, así como las características de la comunicación efectiva, las cuales tendrán lugar a lo largo de cualquier encuentro de atención de salud y serán necesarias para un desempeño idóneo.

2.1 Definición

Tradicionalmente, la comunicación se ha considerado como un proceso social y simbólico que permite compartir significados e interactuar, al tiempo que posibilita la profundización en el conocimiento propio y de los otros. De esta manera, las personas logran transmitir información, sentimientos e ideas, etc. (Sánchez y Díaz Loving, 2003; Domínguez y Maldonado, 2006).

Por su parte, Van der Hofstadt y Navarro (2004) la conceptualizan como un proceso en el cual un emisor envía un mensaje al receptor dentro de un contexto concreto, con un código que ambos comparten y que puede verse afectado por diversas variables (ruidos). Desde una perspectiva cognitivo-conductual, el mismo autor enlista tres elementos que intervienen en el proceso de la comunicación. En primer lugar se encuentran los factores conductuales, los cuales se componen de

aspectos verbales, no verbales y paraverbales. Continúan los factores cognitivos, relacionados con los pensamientos involucrados en el transcurso de la transmisión de información. Y por último, los factores fisiológicos, asociados con las reacciones que el cuerpo de la persona presenta mientras se comunica.

Otros autores como Ramírez y Reyes (2010) plantean que la comunicación es un proceso de interacción e intercambio de información que tiene lugar entre dos o más personas. Algunos componentes que conforman el proceso de comunicación son los siguientes:

1. Comunicación verbal: Refiere al uso de la palabra o de sonidos.
2. Comunicación no verbal: Refiere al uso de otros medios de expresión como imágenes, gestos, posturas, movimientos corporales, distancia, contacto visual, entre otros.
3. Comunicación paraverbal: Refiere al uso de elementos que mejoran la comprensión del lenguaje verbal y favorecen la expresión de sentimientos o emociones. Algunos ejemplos son: volumen, ritmo, tono de voz, silencios, etc. (Van der Hofstad y Navarro, 2004).

De acuerdo con Villa y Grijalva (2013) la comunicación es un proceso que está presente en todas las esferas de la actividad del ser humano, contribuyendo a la formación de valores, sentimientos y experiencias. Lo cual es imprescindible en las vivencias que involucran al médico y al paciente.

Dentro de los elementos que intervienen en el proceso comunicativo, Villa (2007) enlista los siguientes:

- Emisor: quien da la información, en este caso, el profesional sanitario.
- Receptor: quien recibe la información, en este caso, paciente, familiar o cuidador.
- Canal: medio por el que se transmite la información (aire, papel).
- Mensaje: la información o noticia que se va a comunicar.
- Código: Lenguaje que se utiliza (verbal, no verbal).

- Ruido: Cualquier interferencia que, afectando a cualquiera de los demás elementos, produce el fracaso en el acto de comunicación.
- Contexto: Circunstancias temporales, espaciales y socioculturales que rodean el hecho o acto comunicativo y que permiten comprender el mensaje en su justa medida.

En este sentido, Bateson (1984, como se citó en Naranjo, 2005) menciona que la comunicación engloba todos los procesos mediante los cuales los seres humanos se influyen mutuamente; lo que posibilita la relación entre las personas, determinada por el contexto en el que se produce. Asimismo, son los componentes del proceso comunicativo los que desempeñan un papel importante en la transmisión de la información, debido a que repercuten en la manera en que se relacionan los agentes partícipes de la interacción.

En la medida en que exista coherencia y reciprocidad entre emisor y receptor; la escucha, el entendimiento y la retroalimentación serán de mayor efectividad. En contraste con los déficits de comunicación que se presentan cuando se establecen conjeturas, se altera el mensaje, o no se está en disposición de escuchar activamente; entorpeciendo así el diálogo. Tomando esto en cuenta, podemos señalar que la comunicación es el pilar de las relaciones interpersonales, en tanto que puede afectar el entorno, es la vía para transmitir a otros lo que pensamos, sentimos y deseamos, y no menos importante, es una de las formas de entender la manera en que otros conciben el mundo.

2.2 Estilos de comunicación

Debido a que la comunicación es un proceso vital para el establecimiento de relaciones interpersonales, algunos autores se han dado a la tarea de agrupar los elementos verbales, no verbales y paraverbales en categorías, que de acuerdo a su

incidencia permiten o no tener una comunicación adecuada, los cuales son denominados: estilos de comunicación.

Dentro de los elementos verbales se encuentran el contenido del mensaje, el uso de preguntas y respuestas, es decir, todo lo que se dice con palabras. Por su parte, los elementos no verbales aluden a las expresiones faciales, posturas, orientación del cuerpo, distancia, gestos, etc., en otras palabras, elementos que podemos observar en nuestro interlocutor. Por último, los elementos paraverbales hacen referencia a la fluidez verbal, el tono de voz, silencios, el volumen de la voz, etc. Estos últimos ayudan a mejorar la comprensión del lenguaje verbal, además de favorecer la expresión de emociones y sentimientos (Troyano y Carrasco, 2006).

A continuación se enlistan los estilos de comunicación y sus principales características de acuerdo con Troyano y Carrasco (2006):

1. Estilo de comunicación pasiva: Las personas que utilizan este tipo de comunicación se caracterizan principalmente por su incapacidad de decir “no” a pesar de contradecir lo que quieren. Son inseguras al expresar sus sentimientos, además de que suelen sentirse manipuladas y controladas en diferentes situaciones.
2. Estilo de comunicación agresivo: Se caracteriza por utilizar una comunicación unidireccional y no escuchar a su interlocutor. Buscan dominar y obtener el control de la situación a través de sus palabras. A corto plazo ofrece resultados positivos, es decir, la persona que lo lleva a cabo probablemente alcanza sus objetivos, sin embargo, a largo plazo puede generar en la persona sentimientos de frustración, culpa, tensión, etc.
3. Estilo de comunicación asertivo: Este estilo de comunicación se caracteriza por la capacidad que poseen las personas de expresar sus sentimientos, ideas, opiniones, sin irrumpir sobre los derechos de los demás.

En la siguiente tabla se muestran los elementos verbales, no verbales y paraverbales de cada estilo de comunicación mencionados con anterioridad.

Tabla 1.

Elementos de los estilos de comunicación

	Estilo de comunicación pasivo	Estilo de comunicación agresivo	Estilo de comunicación asertivo
Elementos verbales	Poca verbalización, expresiones como: quizás, bueno, supongo, te importaría mucho, no quiero molestar, realmente no es importante	Son comunes los términos de forma imperativa, las críticas hacia los demás, como: haz, deberías, mal, harías bien en, ten cuidado con, si no lo haces, etc.	Suelen hablar en primera persona, emplea frases como: pienso, opino, necesito, siento, hagamos, cómo podemos resolverlo, qué te parece si, qué piensas, etc.
Elementos no verbales	Sonrisas poco frecuentes, mirada hacia abajo y nunca directa a los ojos del interlocutor. Postura distante y poco contacto físico.	La expresión facial es tensa, con el ceño fruncido y sin sonrisas, la mirada es directa a los ojos, los ademanes con las manos son abundantes	La expresión facial es distendida, sonrisas frecuentes, contacto ocular directo hacia su interlocutor, la postura es erguida sin ser rígida, los ademanes son relajados, la orientación es directa y frontal.
Elementos paraverbales	Tono de voz bajo y titubeante, la fluidez verbal es escasa y entrecortada, utilización de muletillas.	El tiempo que utiliza para hablar es excesivo, no realiza pausas ni mantiene silencios, el tono de voz es elevado y enfático.	El volumen de la voz y la velocidad es adecuado, el habla es fluida y directa, no interrumpe al interlocutor.

Tabla 1. Datos tomados de Troyano y Carrasco (2006).

Una vez mencionados los estilos comunicativos, nos centraremos en la importancia de llevar a cabo el estilo de comunicación asertivo. El entrenamiento para lograr una comunicación y conducta asertiva, fue una técnica desarrollada por los terapeutas de la conducta al término de 1950 e inicios de 1960, de acuerdo con Janda (1988 como se citó en Naranjo, 2005).

Con el fin de adentrarnos en las conductas verbales y no verbales propias de la asertividad, Riso (2002, citado en Naranjo, 2008) aportan lo siguiente:

- Mirar a los ojos: Las personas asertivas sostiene la mirada el tiempo suficiente para establecer contacto.
- El volumen de la voz: Es lo suficientemente fuerte para hacerse escuchar por su interlocutor, pero sin llegar al volumen para intimidar.
- Modulación y entonación de la voz: La entonación implica interés, lo cual es fundamental para no transmitir aburrimiento al interlocutor.
- Fluidez verbal: Requiere espontaneidad y seguridad. Con el fin de no generar impaciencia y angustia en la persona con la que se conversa, se debe evitar el uso exagerado de muletillas y silencios prolongados.
- Gestos: La importancia de los gestos radica en que acompañan al lenguaje verbal y le dan un sentido diferente. Cuando se habla con alguien con poca expresión gestual se siente desconcierto o incertidumbre.
- El contenido verbal del mensaje: El mensaje es claro, preciso, franco, directo y respetuoso con los demás.

Lo anterior cobra relevancia al considerar que cerca del 70% del significado social presente en una interacción se transmite a través del componente no verbal (Rodríguez y Álvarez-Ude, 2011). Resumiendo, se puede decir que la importancia de llevar a cabo el estilo de comunicación asertivo radica en que permite a las personas que lo practican, hacerse responsables de sus sentimientos así como de reconocer sus necesidades, lo que a su vez brinda la oportunidad de expresarse adecuadamente, combinando los componentes verbales y no verbales de una

manera efectiva, de modo que pueden establecer relaciones de mayor respeto y confianza (Naranjo, 2005).

Bajo ese punto de vista, si se dirige la mirada al ámbito de salud, en el cual los profesionales se encuentran diariamente con situaciones difíciles, la comunicación asertiva permite hacer frente a circunstancias en las que el paciente externa una queja o una crítica, así como cuando el médico debe reconocer un error, pedir favores y aceptar sugerencias y halagos (Rodríguez, Álvarez-Ude y Gimeno, 2016). Los mismos autores hacen énfasis en que este tipo de comunicación abre paso a que el profesional aprenda a manejar la incertidumbre y tenga mayor control sobre su actuar de acuerdo a las emociones que experimenta en la consulta.

Cabe señalar que existen diversas circunstancias en las que la falta de asertividad puede expresarse en ideas, pensamientos o creencias, acompañadas de enfado, ansiedad, conductas defensivas, agresivas, sensación de culpa, vergüenza e incomprensión. En este sentido, es importante reflexionar sobre los momentos en los que mostramos una conducta pasiva o agresiva, es decir, estar conscientes los aspectos que subyacen a las mismas para así mejorar la interacción interpersonal en cada uno de los contextos de los que seamos partícipes.

2.3 Psicoeducación

Debido a que los ejes prioritarios para el mejoramiento de la salud son la promoción y prevención, el papel de la educación es fundamental, pues como proceso no sólo se encarga de la transmisión de conocimientos, sino que capacita a las personas para tener un pensamiento crítico, ser independientes y comprometidas con el cuidado de su salud (Torres, Beltrán, Barrientos, Lin y Martínez, 2008).

A su vez, teniendo en cuenta que actualmente las enfermedades crónicas representan uno de los principales problemas de salud, las afectaciones que sufren las personas en diferentes ámbitos de su vida han cobrado un lugar importante para

los profesionales de la salud. Entre las afectaciones que vive el paciente se encuentran las dificultades al afrontar su enfermedad, así como el manejo, tratamiento, rehabilitación y reincorporación a su vida diaria, lo que trae como consecuencia problemas psicológicos, cognitivos y sociales (Montiel y Guerra, 2016).

Considerando el hecho de que las condiciones individuales e interpersonales de las personas enfermas pueden matizar la conceptualización del padecimiento y la intervención, es de vital importancia que el profesional las tome en cuenta al momento de plantear una mediación con el paciente y su familia (Bravo, 2014). De acuerdo con Gavino (2006), una de las intervenciones más empleadas para lograr apoyar al paciente es la psicoeducación, que consiste por un lado en proporcionar información a la persona acerca de un tema relacionado con su condición y se emplea cuando por falta de información la persona no realiza ciertas conductas o no actúa adecuadamente en situaciones particulares; y por otro lado en desarrollar las conductas pertinentes comunicadas en el paso uno y con las cuales la salud del paciente se verá favorecida (Cobos y Gavino, 2006 como se citó en Bravo, 2014).

En la aplicación de los programas psicoeducativos, Colom (2011) hace una distinción importante entre estos y los objetivos que cada uno busca con el paciente:

1. Los programas centrados en la información: Suelen ser de poca duración y su prioridad es la transmisión de información acerca de la enfermedad.
2. Los modelos de psicoeducación centrados en la conducta: Se caracterizan por ser impartidos durante periodos largos, preponderando el manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de creencias acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc.

En palabras de Albarrán (2007), la psicoeducación puede definirse como una aproximación terapéutica mediante la cual se les proporciona a los familiares del paciente información acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para hacer frente al problema. Por su parte, Noguera y Pérez (2014) señalan que la

psicoeducación es esencial como parte de la intervención, ya que permite que el individuo entienda su enfermedad, incremente su confianza, la credibilidad y las expectativas en el tratamiento. De este modo, se pretende que el paciente sea proactivo en la toma de decisiones y aplique los conocimientos adquiridos en la mejora de sus hábitos diarios.

La implementación de esta técnica al campo de la salud puede asegurar el alcance de un importante objetivo: prevenir educando (Dueñas, 1999). A pesar de las diferencias entre los programas dirigidos a este objetivo, Colom (2011) señala elementos comunes que se pueden encontrar en el diseño de dichos modelos:

- Conciencia de la enfermedad: Los profesionales no deben dar por sentado que los pacientes conocen toda la información relacionada con las causas, síntomas o complicaciones de la enfermedad, pues la mayoría de ellos desconoce el carácter biológico y crónico de la enfermedad.

- Mejora del cumplimiento terapéutico: Es uno de los principales objetivos de la intervención, debido a que una inadecuada adherencia se relaciona con un mal pronóstico de la evolución de la enfermedad. En este sentido, mediante la psicoeducación se pretende erradicar y trabajar en el prejuicio y la desinformación que son causa de las conductas de no adherencia.

- Regularidad de hábitos: Con la psicoeducación, el profesional establece pautas adaptadas a las necesidades de cada paciente, con el fin de preservar una estabilidad de hábitos como: sueño, actividad física, y manejo de estrés.

Por sus características, la psicoeducación puede ser aplicada en diferentes situaciones en las que se puede intervenir psicológicamente, siendo importante ajustar los elementos de la técnica en pos de la mejora del paciente. De este modo, Bravo (2014) señala pautas importantes a considerar dentro del proceso salud-enfermedad: análisis de las creencias y expectativas de curación, brindar

información relacionada con los diferentes tratamientos posibles, intervención orientada a la reducción de respuestas ansiógenas o depresivas, así como preparar al paciente en el proceso de tratamiento terapéutico, remarcando los beneficios del seguimiento de recomendaciones. Asimismo, después de la intervención médica, se recomienda realizar las creencias del paciente respecto a los efectos secundarios y las atribuciones asociadas con la evolución de la enfermedad.

Para cada una de las anteriores mediaciones con el paciente y sus familiares, el profesional a cargo, debe estimar los siguientes puntos según Gavino (2006):

1. Definir la información que se le proporcionará al paciente.
2. Transmitir la información de manera clara, concisa y fácil de entender.
3. Preguntar al paciente o familiar si la explicación se entiende correctamente, a modo de corroborar que no hay malentendidos o suposiciones.
4. Si se cree oportuno, proporcionar la información con apoyo de material escrito.

La psicoeducación se ha convertido con el paso del tiempo en un elemento básico en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, debido a que no sólo facilita la comprensión de la persona respecto a su condición, sino que también promueve la adopción y modificación de conductas que favorecen el cuidado de su salud. Cuenta además con la ventaja de que al ser proporcionada por el médico especialista, trabajador social o psicólogo, el programa puede ser adaptado en beneficio de la persona en cuestión y sus familiares. Asimismo, es de gran importancia reconocer su potencial como medio de prevención primaria, tanto de la misma patología como de las subsecuentes consecuencias de la misma en el entorno del paciente.

2.3.1 Antecedentes de la psicoeducación

A mediados del siglo XX, la psicoeducación se planteó como un modelo de intervención en el tratamiento de enfermedades mentales. El término se difundió gracias a los psicólogos clínicos M. Anderson y Douglas J. Reiss, así como por el trabajador social Gerard E. Hogarty de la Universidad de Pittsburgh, como parte del desarrollo de una serie de principios metodológicos en el marco del tratamiento de la esquizofrenia (Montiel y Guerra, 2016; Zapata, Martínez-Villalba y García, 2015).

En psiquiatría, los programas de psicoeducación surgieron como una forma de abordaje con las familias de pacientes esquizofrénicos, los cuales tenían como propósito que los parientes comprendieran la etiología de la enfermedad, sus síntomas y la evolución, que reconocieran la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico y la relevancia de su participación como agente rehabilitador para el paciente, a la vez que buscaba favorecer la solución de conflictos relacionados con la patología (Builes y Bedoya, 2006; Albarrán, 2007).

Por su parte, Colom (2011) indica que entre los precedentes de los programas psicoeducativos se encuentran las clínicas de litio que se popularizaron en Europa y en Estados Unidos a mediados de los años setenta en la atención de pacientes bipolares. Este tipo de intervención se considera como precursora de los modelos de “psicoeducación informativa”, que posteriormente se distinguieron de los modelos centrados en la conducta que procuran modificar actitudes y conductas que promuevan una mejor adaptación a la enfermedad. De este modo, se puede deducir que la psicoeducación surge de una necesidad clínica.

Conforme los programas psicoeducativos demostraron su eficacia terapéutica, el requerimiento de su aplicación aumentó, es decir, se comenzó la implementación en otras modalidades además de la familiar, como: la individual, de pareja y grupal (Montiel y Guerra, 2016). Asimismo, con el crecimiento de dichos modelos, se ampliaron los propósitos con respecto de los pacientes, pues se

buscaba fomentar su proactividad y responsabilidad sobre su propia salud a través de la proporción de herramientas.

Para lograr este fin, Albarrán (2007) señala algunos principios metodológicos esquematizables en el ámbito psiquiátrico, que a su vez coinciden con otros modelos creados en los años 90:

1. Conformar alianza terapéutica
2. Transmisión adecuada de la información
3. Forjar un ambiente que vincule al paciente con su entorno
4. Integración paulatina del paciente en su contexto familiar
5. Continuidad en el cuidado y vinculación institucional

Con el tiempo, la relevancia de su aplicación propició su generalización del área psiquiátrica al tratamiento de patologías orgánicas crónicas (Builes y Bedoya, 2006), y a personas que no necesariamente están enfermas, es decir, a modo de brindarles elementos de prevención (Bulacio, Vieyra y Mangiello, 2008). En este sentido, se hace evidente la importancia del papel que funge la comunicación, pues es el medio a través del cual el profesional informa al paciente lo relacionado con su enfermedad. De este modo, es relevante conocer más acerca de cómo la comunicación es un elemento imprescindible dentro de la intervención y hace posible el logro de los objetivos de la psicoeducación.

2.3.2 Efectividad del modelo psicoeducativo

La incorporación progresiva de la psicoeducación en el campo de la salud, ha derivado en el énfasis que actualmente tienen los programas psicoeducativos como elementos complementarios e indispensables en el tratamiento de diversas patologías. Debido al alcance que tiene actualmente, dentro y fuera del contexto

hospitalario, la eficacia de la psicoeducación se ve reflejada en diferentes niveles de prevención. De acuerdo con Reynoso y Seligson (2005), se reconocen cuatro:

1. Prevención primaria: Enfocada a las acciones para prevenir la enfermedad.
2. Prevención secundaria: Intervención temprana con la inclusión de un tratamiento de la enfermedad para aminorar la severidad de la misma.
3. Prevención terciaria: Son acciones encaminadas a minimizar las complicaciones de una enfermedad que se ha desarrollado.
4. Prevención cuaternaria: Enfatiza en los esfuerzos de rehabilitación que pueden prevenir un mayor deterioro después de que la enfermedad ha sido tratada.

Los estudios que dan cuenta de los resultados de la psicoeducación se concentran en los tres primeros niveles, es decir, en la puesta en marcha de programas de salud planeados con antelación por miembros del sector; su utilización como modelo terapéutico en conjunto con el tratamiento médico/farmacológico y en la orientación de los pacientes en pos de promover su reincorporación, contrarrestar los efectos secundarios de la intervención, y proporcionar herramientas dirigidas a cambios de estilo de vida.

Con las respectivas modificaciones en el contenido de la información, acorde a las necesidades identificadas para cada padecimiento, la psicoeducación se planteó como una técnica para una variedad de trastornos mentales, entre los que se encuentran la depresión, trastorno por déficit de atención o trastornos de alimentación, incluidas propuestas sanitarias para llevarse a cabo a mayor escala (Albarrán, 2007).

Existen estudios que demuestran la eficacia de la psicoeducación con pacientes bipolares, tomando como referencia los resultados de grupos experimentales y grupos control. En el primer grupo los pacientes recibieron 30

sesiones de psicoterapia, mientras que el grupo de comparación contó con 3 sesiones de apoyo. Después de su aplicación se evidenció una mejora en la calidad de vida del grupo con tratamiento activo y la adherencia terapéutica resultó significativamente más alta; lo que con el paso de los años mantiene su ganancia en beneficios a largo plazo y ahorro económico (Colom, 2011).

En el trato con pacientes esquizofrénicos, Builes y Bedoya (2006) documentan la reducción de recaídas, mientras que en pacientes bipolares con y sin comorbilidad, señalan una mejora clínica. Asimismo, evidencian la adherencia al tratamiento farmacológico a raíz de la aplicación de la psicoeducación, a la par que las familias que reciben dichas técnicas, demuestran mayor efectividad en la disminución de emociones expresadas, así como la comprensión de la enfermedad que impulsa a responder de manera deseable a sus manifestaciones.

En lo que concierne a las enfermedades crónicas no transmisibles que ocupan el principal problema de salud a nivel mundial, los modelos educativos se plantean como un enfoque terapéutico que aborda cambios conductuales en diferentes aspectos del proceso salud-enfermedad. Esto sugiere su empleo no sólo en una etapa preventiva de segundo nivel, sino también como parte de iniciativas del sector salud en acciones protectoras que reduzcan los factores de riesgo en poblaciones vulnerables y que en consecuencia, reduzcan los índices de incidencia en enfermedades como: diabetes, cáncer, cardiopatías, enfermedades respiratorias, etc. (Matarazzo, 1983).

Respecto al punto anterior, investigadores como Montiel y Guerra (2016) abordan la psicoeducación en pacientes con cáncer de mama, pues mencionan que en la medida que la enfermedad se presenta, las mujeres manifiestan dificultades para afrontarla debido a que las intervenciones médicas resultan en alteraciones físicas, que desencadenan problemas psicológicos, cognitivos, sexuales y síntomas secundarios. De acuerdo con estos mismos autores, la psicoeducación en oncología se concentra en la enseñanza del afrontamiento de la enfermedad y su

tratamiento, entrenamiento cognitivo-conductual que contribuye al cambio de pensamientos, comportamientos, reducción de estrés y complicaciones físicas del tratamiento.

Por su parte, Bostanci y Buzlu (2012) realizaron un programa psicoeducativo relacionado con el efecto psicológico que produce el cáncer de mama respecto a las emociones del cambio estético que éste ocasiona. El contenido del programa consistió en:

- Información básica: Métodos de tratamiento y criterio de selección de los mismos.
- Nutrición: Importancia de una dieta balanceada, factores de riesgo y protectores referentes a la alimentación.
- Factores psicosociales: Proceso de ajuste, así como facilitación de pérdidas, depresión y ansiedad.
- Lidiando con el cáncer: Abordaron los signos del estrés, afrontamiento, conductas para sobrellevar el cáncer.
- Relaciones interpersonales: Relevancia del papel de la comunicación en la familia, así como habilidades para una comunicación efectiva.
- Resolución de problemas: Definición y resolución efectiva de problemas relacionados con cambios en la autoimagen, sexuales y control de los pacientes en el tratamiento.
- Intercambio de experiencias y apoyo: Se alentó a los pacientes a compartir sus historias a modo de brindar apoyo a compañeros que lo necesitaran.

Los resultados mostraron que a medida que los pacientes tenían conocimientos acerca de su enfermedad, expresaron sentir más apoyo, por lo que hablaron de ellos mismos y su condición con mayor comodidad, es decir, tenían la confianza de compartir su experiencia con su grupo correspondiente, incluso después de seis meses el grupo experimental demostró tener menores niveles de preocupación ansiosa.

En lo que respecta a la intervención que se realiza con pacientes diagnosticados con infección por VIH, la cual es una más de las enfermedades crónicas con alta prevalencia de mortalidad a nivel mundial; Noguera y Pérez (2014), mencionan que entre las principales técnicas que se emplean para su intervención se encuentran: psicoeducación, técnicas cognitivas, técnicas conductuales, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, modalidades de intervención grupal y familiar.

Si bien la psicoeducación es una herramienta que ha adquirido relevancia en el tratamiento, por sí sola no es suficiente para todos los pacientes. En este sentido, los mismos autores señalan que es necesario poner en marcha programas multimodales y multidisciplinarios que combinen estrategias para conseguir que la persona mejore su calidad de vida.

En esta misma línea, Suárez (2017) presenta un estudio realizado con 12 participantes del Hospital Juárez de México, cuyo objetivo fue evaluar los efectos de un programa multicomponente cognitivo conductual para favorecer la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Las técnicas que formaron parte del modelo son las siguientes: Psicoeducación, autocontrol, y solución de problemas. Para monitorear la adherencia se consideraron parámetros fisiológicos, antropométricos, comportamentales y autoreportes. Se llevaron a cabo 6 sesiones de 90 minutos, una por semana, adaptadas de un taller: “Mejorando el seguimiento de mi dieta” y el “programa de ejercicio progresivo”.

Los resultados evidenciaron diferencias en los parámetros de evaluación; se redujo en promedio 0.43 kg/m² en el IMC, en el examen de hemoglobina glucosilada (Hb A1C) las unidades disminuyeron en conjunto con intervención de ejercicio físico y dieta. En el aspecto comportamental, se redujo el consumo de granos, almidones y grasas y aumentó el de verduras, al igual que se observaron diferencias en el tiempo de ejercicio realizado, dependiendo de los objetivos propuestos por cada

participante y las indicaciones médicas; antes de la intervención puntuaban un promedio de 40 minutos a la semana y posteriormente realizaban 108.75 minutos. En lo referente a la adherencia auto-reportada, los cambios significativos se observaron en el ejercicio físico y la dieta durante las evaluaciones pre y post intervención.

Ante estas evidencias, queda comprobado que la psicoeducación va más allá de proveer información al usuario, y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Colom, 2011). Opinión similar expresan Reynoso y Seligson (2005) respecto a lo conveniente de llevar a cabo cambios de estilos de vida, específicamente en conductas que pueden reducir la probabilidad de riesgo de ciertas enfermedades que aumentan con la exposición a factores ambientales.

La atención que se preste a este respecto, puede resolver las insuficiencias que señalan los expertos, en relación a la gravedad de las complicaciones que surgen en la etapa crítica, y que podrían prevenirse si se tratan en la fase previa de la enfermedad (Montiel y Guerra, 2016). En este sentido, es posible hablar de manifestaciones como la ansiedad y depresión que comúnmente manifiesta el paciente a lo largo del proceso salud-enfermedad, y que han resultado reducirse mediante la psicoeducación, además de promover la adherencia a los tratamientos, las conductas de autocuidado, estrategias adaptativas, e incrementar la sensación de control (Bravo, 2014).

Los estudios mencionados fungen como referente para caracterizar a la psicoeducación como un recurso que ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de pacientes con enfermedad crónica, las cuales ocupan en el presente proyecto particular atención. Al realizar un entrenamiento adecuado, se promueve un aprendizaje prolongado y a largo plazo, un ahorro en función de coste-beneficio,

pues representa una diferencia contundente en relación a gastos de hospitalización y gastos médicos para el propio paciente.

Adicionalmente, cabe señalar que al reconocer la función informativa de la psicoeducación, se otorga al paciente herramientas que promueven su proactividad en la comprensión de su condición de salud (Zapata, Martínez-Villalba y García, 2015). De este modo, la manera de transmitir la información se convierte en parte esencial del proceso, siendo difundida por medios impresos estandarizados por institutos de salud especializados, material grabado, llamadas telefónicas, encuentros interpersonales con los educadores y a través de programas previamente diseñados con el apoyo de estos soportes psicoeducativos, de los cuales la comunicación entre el médico y el paciente es vital (Montiel y Guerra, 2016).

CAPÍTULO 3. COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Con base en el panorama epidemiológico a nivel mundial y nacional descrito en los capítulos anteriores, se hace evidente la necesidad de llevar a cabo intervenciones que proporcionen a las personas los medios adecuados para el mantenimiento y conservación de su salud, ya sea dentro o fuera del ámbito hospitalario. Para lograr este cometido, es importante considerar que la solución a la problemática de salud en la sociedad implica responsabilidad individual en primera instancia, y responsabilidad social mediante esfuerzos legislativos y voluntarios en segundo lugar (Matarazzo, 1980).

Retomando la idea anterior, y sin menoscabar la participación del individuo en el cuidado de su salud, la diversidad de estudios analizados en el capítulo anterior apuntan que la mediación del profesional sanitario resulta pertinente en el cumplimiento de ese objetivo; cuya función no se reduce a la realización de diagnósticos y a proporcionar un tratamiento, sino que también comprende la puesta en práctica del cúmulo de habilidades y experiencias adquiridas durante su formación. Esto delega el deber a las autoridades gubernamentales, instituciones educativas, profesionales del sector y de la comunidad en general, para así mejorar las competencias de los sanitarios, principalmente en un nivel pregrado y continuar actualizaciones constantes con el fin de ofrecer una atención de calidad.

De acuerdo con esto, resulta pertinente que en la formación médica se preste atención tanto a la adquisición de habilidades conceptuales y técnicas, como al desarrollo de habilidades de comunicación, las cuales servirán al estudiante médico como un instrumento indispensable para su profesión (Van der Hofstadt y Navarro, 2003). Al respecto, cabe señalar que existen numerosos estudios dedicados a este punto, los cuales presentan evidencia de los beneficios de la práctica comunicacional del médico como una forma de entablar adecuadamente la confianza y alianza terapéutica con el paciente y de los que se hablará en los subtemas siguientes.

En consecuencia de dichas investigaciones, han tenido lugar iniciativas dentro de los estudios de posgrado, así como en propuestas de formación continua de la división del sector salud, las cuales se ven reflejadas en los esfuerzos educativos por incluir en el currículo, asignaturas relacionadas con las habilidades comunicativas. El ejemplo más próximo procedente de las demandas a la labor profesional, es la actuación del gobierno mexicano que ha propuesto líneas de acción centradas en la capacitación continua de profesionales médicos para incrementar sus habilidades interpersonales y de comunicación, las cuales están orientadas a la adecuación de los servicios según las necesidades de la comunidad, así como en el manejo y tratamiento óptimo de las enfermedades crónicas (Programa Sectorial de Salud, 2013).

Por consiguiente, en el presente capítulo se analizará la importancia de las habilidades comunicativas en la formación del médico, se profundizará en sus aplicaciones en la práctica profesional y en los beneficios que representan para la propia labor, los pacientes y el ejercicio en pregrado de la interacción médico-paciente.

3.1 La importancia de las habilidades comunicativas en la formación del profesional médico

El desarrollo de las actividades profesionales del médico en el aspecto clínico, preventivo o investigativo, requiere de una serie de competencias conceptuales y técnicas, que ligadas a las habilidades de comunicación hacen de su trabajo una parte importante del proceso salud-enfermedad. En este sentido, la comunicación se concibe no sólo como un vehículo que el profesional va a utilizar para obtener información del paciente, sino como un medio para forjar un vínculo terapéutico (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria y Hernández-Hernández, 2006).

De este modo, es tal la importancia que ha adquirido la comunicación en el quehacer profesional, que las iniciativas de incluirla en la enseñanza de pregrado como parte de las competencias básicas clínicas del médico, han requerido de análisis y evaluaciones diversas tanto en el ámbito profesional como en el formativo. A continuación se describen hechos que permitieron hacer de la comunicación, un elemento esencial en las diferentes tareas del médico.

Desarrollar y mantener una comunicación adecuada con el paciente es indispensable para cualquier disciplina médica, debido a los beneficios que ofrece para ambos interlocutores. Sin embargo, en la década de los 70, las competencias clínicas básicas del médico se reducían a tres elementos: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de problemas médicos (Moore, Gómez y Kurtz, 2012). El aspecto comunicativo no era un elemento esencial en la matrícula de las escuelas, por lo que su reconocimiento fue gradual. De acuerdo con Moore, Gómez y Kurtz (2012) en 1999 la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAEME) realizó una publicación acerca de la comunicación médico-paciente, en la que se especificó que toda escuela debería realizar una evaluación formal de sus estudiantes en materia de comunicación.

A partir de entonces, la iniciativa de realizar evaluaciones se vio apoyada por consideraciones como las de Van der Hofstadt y Navarro (2004) quienes señalan que más allá de la importancia de los conocimientos biotécnicos necesarios para la práctica médica, los conocimientos y técnicas adecuadas para la buena comunicación también son esenciales. Para llegar a tal afirmación, dos factores fueron esenciales. Por un lado, el crecimiento progresivo de los hallazgos provenientes de investigaciones que dan cuenta de la eficacia de la comunicación en medicina y los aportes que dichos resultados otorgaron a la tarea clínica; y por el otro, la aparición de métodos que posibilitaron la observación de entrevistas médicas, entre los cuales se encuentran: la filmación, espejo unidireccional y pacientes simulados (Moore, Gómez, y Kurtz, 2012).

Entre los estudios que justifican la relevancia de la comunicación en la preparación de los estudiantes, se encuentran investigaciones como la de Alonso y Kraftchenko (2003) en la cual analizaron documentos normativos relacionados con la formación ético-profesional de los médicos, concretamente en materia de comunicación médico-paciente. Los hallazgos fueron contrastantes, pues el 90.69% de los docentes refirieron que el desarrollo de la comunicación está contemplada en sus programas educativos, tanto para el área básica como la clínica, sin embargo, el 46.51% de los estudiantes indicó que “nunca” o “casi nunca” se analizó el tema. Asimismo, del total de los estudiantes, 57.25% manifestó un bajo nivel de conocimientos de los elementos que caracterizan la comunicación, seguido de los docentes con un 51.16%.

Otro análisis del mismo tipo se realizó en la Universidad de Colombia por González, Uribe y Delgado (2015) mediante la revisión de documentos que conforman el currículo del programa de medicina, encuestas y grupos focales con docentes y estudiantes internos de último año. El análisis de documentos incluyó el proyecto educativo institucional, guías de cátedra de ciencias médicas clínicas, salud mental y pública, reglamento de prácticas clínicas y el perfil de egreso.

Los resultados revelan que la enseñanza de la comunicación se encuentra a cargo de pocas asignaturas que la abordan de manera parcial; asimismo, las encuestas a 49 profesores mostraron que las estrategias pedagógicas y evaluativas no son las adecuadas, debido a que sólo el 51% de los docentes conocen las competencias que contienen la guía de cátedra de la asignatura que imparten, el 55% realizan actividades de enseñanza para el logro de dichas habilidades, el 10% colabora con su equipo docente para el mejoramiento de los recursos pedagógicos de las competencias comunicativas y sólo el 8% de los profesores conocen instrumentos específicos para la competencia en cuestión, siendo la observación la estrategia más empleada en un 18%.

En lo que refiere a los estudiantes, 74.6% mencionaron que en algún momento de la carrera se les impartió contenido teórico acerca de la comunicación con el paciente, mientras que el 11.9% no lo recuerda; no obstante, el 74% considera tener claridad acerca de las competencias necesarias en la relación médico-paciente. Respecto a la metodología que utilizan para su enseñanza destacan: el modelado, juego de roles con pacientes simulados y reales, observación y retroalimentación, entretanto, la evaluación que de acuerdo con los encuestados se realiza en un 24.4% consiste en reinterrogar al paciente sobre la información obtenida, análisis de historias clínicas y exámenes orales.

Ante los resultados del estudio, y a pesar de que tanto estudiantes como profesores destacan la importancia de desarrollar las competencias comunicativas, en el plano curricular no ocupan un eje central. En consecuencia, los porcentajes obtenidos revelan una falta de preparación del equipo docente en materia de enseñanza y evaluación por un lado, y por el otro, la insuficiente claridad por parte de los estudiantes acerca de las competencias necesarias para ejercer una participación activa y formal de sus funciones en situaciones clínicas reales.

Con base en lo anterior, es posible darse cuenta que la situación particular de las asignaturas enfocadas en la enseñanza de la comunicación, es un tema que continúa llamando la atención de los investigadores, pues al no contar con un contenido sólido y fundamentado en las escuelas de medicina, los propósitos de alcanzar un nivel óptimo al final de la carrera se dificulta, dejando así en manos de la experiencia laboral la adquisición de habilidades sin supervisión. De esta manera, los intentos por impulsar la enseñanza en comunicación no se ha detenido y se han diversificado.

Ejemplo de ello es la iniciativa que tomó la universidad de Chile desde 1995. Con la colaboración de grupos de especialistas introdujeron un curso específico con más 90 asistentes, que posteriormente se redujeron a grupos de 6 a 8 estudiantes por el poco interés de los estudiantes (Moore, Gómez y Kurtz, 2012). En consecuencia,

desde el año 1997 se incluyeron nuevos métodos de observación, se iniciaron evaluaciones estructuradas y se inició la formación docente en comunicación como un curso obligatorio. Así se formaron 4 cursos a partir de 3° año, con énfasis en entrevista médica, relación médico paciente, malas noticias y retroalimentación. No obstante, las dificultades no dejaron de presentarse, pues aún existe una brecha entre lo que se enseña y lo que realmente se ve en la práctica clínica.

De una manera similar, como parte del análisis realizado para la elaboración del presente trabajo, se indagaron algunas de las universidades mexicanas con la carrera de medicina dentro de sus ofertas académicas. Específicamente se buscaron materias que abordaran dentro de la formación académica las habilidades de comunicación, así como la impartición de cursos y especialización de la misma.

En el caso particular de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, donde se imparte la carrera de médico cirujano, el plan de estudios establece 4 materias optativas relacionadas con la enseñanza y práctica de la comunicación médico-paciente: desarrollo humano, formación de equipos para la práctica interprofesional, psicología médica e historia de la relación médico-paciente. De estas materias, las habilidades de comunicación no son eje central, además de que su contenido es en su mayoría totalmente teórico, con 0 horas de práctica dentro de sus evaluaciones. Asimismo, las orientaciones que toman para su enseñanza se fundamentan en temáticas humanistas y psicoanalistas, siendo un dato desconocido qué profesionales están a cargo de impartir cátedra de dichas asignaturas (UNAM, 2016).

Subrayando el hecho de que no son materias regulares si no optativas, hay que destacar que existe un grupo por cada asignatura con espacio para 30 a 32 estudiantes, de los cuales, según informes del personal administrativo de la carrera no se cubre el cupo total, ya que los alumnos se inclinan por materias relacionadas con temas clínicos o tecnológicos.

Con estos antecedentes, Alonso y Kraftchenko (2003); González, Uribe y Delgado (2015) coinciden en que para formar egresados que desempeñen una labor de calidad, además de prestar atención al plan curricular, es importante tomar en cuenta la capacitación a los profesores para contribuir a la preparación de los estudiantes en general y a la competencia comunicativa en particular. Asimismo, es preciso señalar que a diferencia de la elaboración de la historia clínica o el examen físico, en las cuales los estudiantes comienzan su aprendizaje en un nivel básico, la comunicación que es practicada desde la infancia, aún cuando se cuente con alguna destreza, es esencial observarla y analizarla desde el inicio, ya que posteriormente la forma en que los estudiantes se comunican requerirá adaptarse en la relación médico-paciente (Moore, Gómez y Kurtz, 2012).

Si bien hasta el momento los estudios anteriores han permitido entrever la relevancia e incluso la necesidad de reformular la enseñanza de las habilidades comunicativas en los estudiantes de medicina, aún falta profundizar en cuáles son las habilidades específicas que requieren los profesionales, de qué manera estas herramientas son de apoyo a la relación con sus pacientes y las propuestas que se han implementado para mejorar su desempeño.

En un intento por clasificar las características deseables para una práctica clínica adecuada por parte del profesional de la salud, algunos autores (Vidal, 2010 y Dubé, O'Donnell & Novack, 2000, como se citó en Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria y Hernández-Hernández, 2006) coinciden en las que se señalan a continuación:

- Saludar al paciente y establecer contacto visual
- Invitar al paciente a sentarse
- Nombrar al paciente, por su nombre o apellido
- Presentarse
- Preguntar al paciente cómo está desde la última visita
- Invitar al paciente a hablar

Durante la fase de desarrollo, que es el momento de explorar el motivo de consulta y de abordar los objetivos que se plantean, es imprescindible para el médico:

- Acotar el tiempo de la entrevista
- Respetar el tiempo del paciente
- Realizar preguntas abiertas o cerradas
- Alentar el relato gestualmente
- Estar atento al discurso del paciente
- Verificar su comprensión mediante parafraseo
- Integrar información
- Realizar resúmenes parciales breves

Finalmente, en el cierre en el cual se llevan a cabo acuerdos, las habilidades a considerar son:

- Elaborar un resumen final
- Proponer los pasos a seguir y ofrecer alternativas
- Hacer recomendaciones
- Aclarar dudas e inquietudes del paciente
- Verificar que la información haya sido comprendida
- Despedir a la persona y acompañarlo a la puerta

Asimismo, existen habilidades complementarias que el médico debe tomar en cuenta al momento de relacionarse con el paciente. Vidal (2010) y Sobrino (2008) enuncian:

- Ordenar la información
- Explicar en forma parcial, poco a poco
- No excederse en la cantidad de información y los detalles
- Proporcionar la información mínima para que el paciente o su familia tomen decisiones
- Utilizar ejemplos propios del ámbito del paciente

- Dar información individualizada respecto al riesgo personal y no epidemiológico
- Si es posible ilustrar la información, hacerlo mediante folletos, dibujos o material audiovisual
- Emplear lenguaje neutro y sin tecnicismos
- Cuidar la comunicación no verbal: Cercanía física, posición cómoda, contacto visual, mirada directa, cálida y serena, voz pausada y suave.
- Ser empático y asertivo
- No interrumpir al interlocutor

Al respecto, resulta importante señalar algunos errores presentes en la comunicación médico-paciente que deben evitarse. Entre ellos se encuentran: la mala formulación de las preguntas, inducir las respuestas, realizar preguntas poco trascendentes o que no ofrecen información relevante para el caso clínico, interrumpir al enfermo, no tomar notas, cambiar el tema antes de terminarlo, o hablar al mismo tiempo que el paciente (Moreno, 2000).

Lo anterior da luz acerca de lo que el profesional debe ser capaz de hacer frente al paciente en los encuentros clínicos, no obstante, existe un momento en el que él es responsable de otorgar información, ya sea en un nivel preventivo primario, secundario y terciario. Esto quiere decir, explicar sobre el riesgo de contraer enfermedades, el padecimiento de un paciente, consecuencias del incumplimiento del tratamiento, complicaciones, tratamiento, recomendaciones de cambio de estilo de vida, entre otros, por lo que la práctica de las habilidades mencionadas permitirán facilitar la tarea del profesional de la salud.

En este punto, es fundamental recordar que los pacientes buscan generalmente dos cosas: en primer lugar, recibir información acerca de su situación de forma clara y concisa en cuanto a cantidad y contenido; en segundo lugar, dialogar al respecto dentro de una conversación terapéutica (Sobrino, 2008). Lo anterior se corresponde con el uso efectivo de las habilidades de comunicación por parte del médico, pues

al atender los problemas e inquietudes de los pacientes, animarlo a hablar de estos de forma cronológica, implementar la escucha activa; proporcionar información a la par que aclara las creencias equivocadas, preguntar la información que el paciente quiere saber, otorgar los datos por categoría y comprobar el entendimiento del paciente, se abre paso a la participación del individuo en la toma de decisiones de su proceso terapéutico.

Sobre el punto anterior, es trascendente mencionar que el factor tiempo es una variable fundamental, pues al poner en práctica una serie más amplia de habilidades, se puede pensar que constituye un inconveniente en la atención. No obstante, como señalan Moore, Gómez, Kurtz y Vargas (2010), las habilidades comunicacionales complementan y enriquecen lo que habitualmente ya se lleva a cabo en la interacción médica, por lo que una vez que se adecuan se acorta el tiempo de consulta. Al respecto hay que puntualizar que en la medida en que el médico es capaz de involucrarse en el cuidado del paciente, éste resuelve una de sus mayores necesidades: ser entendido y sentir el interés por parte del profesional (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria y Hernández-Hernández, 2006).

Ahora bien, en lo que respecta a los métodos y propuestas para mejorar las habilidades de comunicación, son diversos los autores que consideran un entrenamiento con escenarios simulados y posteriormente reales, en los que el estudiante de medicina sea evaluado y retroalimentado por tutores competentes. Para ejemplificar esto, Vázquez-Mata (2008) dirige la mirada a la incorporación de métodos de simulación y Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs); concretamente para las habilidades de comunicación propone su ensayo con actores para la recolección de historias clínicas e información a las familias y al paciente con actividades de role-play, simulaciones de trabajo y análisis de accidentes. Complementariamente, Maguire y Pitceathly (2002) indican el proporcionar pruebas de las deficiencias actuales en la comunicación, la

demostración de habilidades a aprender mediante modelado, prácticas controladas y retroalimentación constructiva.

Dado que la evaluación debe ser un recurso continuo en la enseñanza, González, Uribe y Delgado (2015) hacen hincapié en la necesidad de familiarizar al cuerpo docente con instrumentos que evalúen específicamente las habilidades comunicativas, de modo que la observación además de ser una estrategia en sí, tenga una dirección particular. Algunos de los recursos son: *SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skill*, *Calgary-Cambridge Observation Guide* y el *Kalamazoo Essential Elements* o la escala CICCA.

Otros autores como Vidal (2010) ofrecen listados de las destrezas que deben considerarse en la interacción, y a través de las cuales es posible corroborar el nivel de desempeño. Asimismo, el tomar elementos que en otros estudios hayan sido implementados como iniciativas en la evaluación de entrevistas con estaciones en las que los estudiantes interactúan con los pacientes, resultan como referencia para nuevas propuestas (Moore, Gómez, y Kurtz, 2012). Lo mismo aplica para guías o manuales que contienen las competencias necesarias para el profesional sanitario, sea docente, estudiante o egresado.

Esta información sin duda nos ofrece un amplio panorama de la situación en la que se encuentra la enseñanza de habilidades comunicativas en la relación médico-paciente. A pesar de que a nivel institucional y educativo el tema es relevante para la preparación de sus profesionales, los intentos por incluirla se ve dificultado no sólo por la falta de organización en el plan curricular sino de los mismos docentes, quienes no cuentan con las suficientes herramientas o no está claramente definido quién ni cómo deben impartirse dichas habilidades. En contraparte, podemos hablar de los investigadores que se preocupan por este aspecto formativo, ofreciendo con su labor materiales y propuestas de trabajo que pretenden mejorar la adquisición de competencias.

De forma adicional, los estudios han demostrado los beneficios que el uso efectivo de estas habilidades traen consigo para el profesional y el paciente. Siendo lo que más llama la atención, la utilidad en la consolidación del vínculo terapéutico y la consecuente adherencia al tratamiento. A continuación se aborda con más detalle cómo intervienen las habilidades del médico en el cumplimiento de este cometido.

3.2 Comunicación y adherencia al tratamiento

Como ya se ha mencionado, una característica de las enfermedades crónicas degenerativas es que debido a su naturaleza, son incurables. No obstante, a través de la modificación de hábitos y del estilo de vida, se pueden controlar. Esto es en parte posible por la participación del médico y su papel en el proceso salud-enfermedad en el que acompaña al paciente.

De acuerdo con el informe *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*, WHO (2003), la falta de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas a nivel mundial es un problema alarmante. Ya que en los países desarrollados es sólo del 50%, mientras que en los países en vías de desarrollo las cifras van en decremento. Lo anterior cobra relevancia debido a que el incumplimiento del tratamiento de las ENT perjudica tanto al paciente, al incrementar la posibilidad de que presenten complicaciones médicas y su calidad de vida se reduzca; como a las instituciones de salud, ya que el incremento de las readmisiones hospitalarias deriva en el desperdicio de recursos asistenciales.

Para comprender mejor, se hará mención de lo que se entiende por adherencia. La WHO (2003) indica que la adherencia terapéutica comprende diversos comportamientos que la persona enferma lleva a cabo para mejorar o mantener su salud y no solo implica la ingesta oportuna de medicamentos. Como ejemplo podemos citar las siguientes conductas a seguir: búsqueda de atención médica de cualquier nivel, llenado de recetas y formularios médicos, toma de

medicamentos de manera apropiada, asistencia a citas de seguimiento, modificaciones de conducta que aborden la higiene personal, autocontrol de la enfermedad, vacunación, anticoncepción, incorporación de una dieta saludable y de niveles suficientes de actividad física.

En este sentido, adherencia se define como la medida en que los comportamientos de una persona se corresponden con las recomendaciones de un proveedor de atención médica (Haynes, 1979 como se citó en WHO, 2003; Rand, 1993 como se citó en WHO, 2003).

Al respecto, cabe señalar que el término adherencia es concebido de manera particular de acuerdo a cada autor. Por un lado, WHO (2003) menciona la importancia de diferenciar la adherencia del cumplimiento: “La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. Creemos que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.” (p. 18). Es decir, para este autor, al hablar de adherencia se percibe al paciente como colaborador activo de su proceso de salud al estar en contacto con la negociación de las recomendaciones médicas.

Por su parte, Creer y Holroyd (2005) opinan que la adherencia implica tomar un rol pasivo, por lo que proponen que los pacientes tomen el control y la responsabilidad de su enfermedad a través de la autogestión; la cual es definida como “la capacidad del individuo para manejar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica” (Barlow, Wright, Sheasby y Turner, 2002 citado en Creer y Holroyd, 2005). Para estos autores, “la autogestión enfatiza en el rol activo del paciente en la toma de decisiones, tanto dentro como fuera de la consulta” (p. 8).

A pesar de que existen diferentes concepciones acerca de las implicaciones de la adherencia terapéutica, para fines de este proyecto se considerará la definición

propuesta por Haynes (1979 como se citó en WHO, 2003) y Rand (1993 como se citó en WHO, 2003). Entendida como el nivel de correspondencia entre las indicaciones médicas y las acciones del paciente, haciendo énfasis en el papel activo que este tiene dentro del proceso terapéutico. Asimismo, se dirige la atención a la responsabilidad compartida respecto a la toma de decisiones a través del diálogo que establezcan médico y paciente, con el fin de potencializar las posibilidades de participación de ambas partes.

Cabe señalar que incluso cuando la relación médico-paciente sea favorable, existen variables que afectan la probabilidad de que los pacientes realicen o no los cambios recomendados por el personal sanitario. Autores como Silva, Galeano y Correa (2005) mencionan que la no-adherencia implica la falla del paciente en el cumplimiento médico ya sea de forma voluntaria o inadvertidamente. La decisión del paciente de seguir o no el tratamiento se basa a menudo en su propia evaluación de los siguientes factores: 1) qué tan alta es la prioridad de tomar el medicamento, 2) la percepción de la gravedad de la enfermedad, y 3) la aceptación de los cambios recomendados.

Existen factores que promueven o dificultan la adherencia al tratamiento relacionados con el sistema de salud, características del paciente y de su familia y con la interacción médico-paciente (Soria, Vega, Nava y Saavedra, 2011).

Silva, Galeano y Correa (2005) enuncian que el incumplimiento del tratamiento se ve afectado por factores relacionados con el paciente, con la medicación y con la interacción existente entre médico y paciente.

- a) Factores relacionados con el paciente. Una de las razones por las que la persona no siga adecuadamente su tratamiento puede ser por algún deterioro sensorial, como cualquier limitación para desplazarse, alguna falla auditiva o visual, o cierto deterioro cognoscitivo que le lleve a un aprendizaje incompleto o incorrecto. Otro motivo puede deberse a que la persona

enferma se adapta a la condición en la que vive y la prefiere, a realizar un cambio de hábitos

- b) Factores asociados a los medicamentos. La ingesta de medicina generalmente disminuye cuando el paciente toma más de un medicamento, cuando el esquema de dosis es complicado, cuando se requiere personal capacitado para administrar el medicamento, o cuando se conocen efectos adversos del mismo.
- c) Interacción médico-paciente, en la cual la duración de la consulta puede representar un problema si no se posee del tiempo suficiente para explicar a la persona en qué consiste el tratamiento; por lo que es pertinente que el médico informe con claridad, la duración, forma, horarios y dosis de la medicación.

Ahora bien, existen estudios que enfatizan el papel que juegan las habilidades de comunicación en el cumplimiento del tratamiento, debido a que es responsabilidad tanto del personal médico como del individuo participar en el cuidado de la salud.

Alcantarilla, Güell y Bello (2014) indican que la mayoría de los pacientes que reciben en la consulta información completa, fácil de entender y retener, de acuerdo al nivel de cada uno, son aquellos que siguen las recomendaciones sugeridas. En este sentido, resalta la importancia de que al momento de realizar la entrevista médica, no sólo se incursione en el aspecto biológico sino que se incluyan también las dimensiones psicológicas y sociales para evaluar integralmente al paciente y brindar la opción de un tratamiento acorde a sus necesidades (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria y Hernández-Hernández, 2006).

Por su parte, autores como Moore, Gómez, Kurtz y Vargas (2010) y Maguire y Pitceathly (2002), mencionan que cuando se ponen en práctica las habilidades de comunicación en la consulta, afecta a ambos interlocutores. Por un lado, el médico

logra identificar los problemas del paciente con mayor precisión, a través de la escucha activa; lo que genera que la persona atendida se muestre satisfecha con la atención y entienda mejor las opciones de tratamiento, por lo que la modificación de conductas se verá favorecida. Como punto adicional una buena relación con el médico facilita la reducción de los niveles de estrés y depresión.

En un estudio realizado por Soria, Vega, Nava y Saavedra (2011), se evaluó la adherencia terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas y la relación que tenían con sus médicos e instituciones de salud. Participaron voluntariamente 200 personas con enfermedades crónicas pertenecientes a instituciones de salud como IMSS e ISSSTE y a clínicas de salud privadas. Las enfermedades que presentaba la muestra iban desde diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades cardíacas, artritis, hipercolesterolemia, enfermedades renales, arteriosclerosis hasta sida o cáncer. A cada participante se le aplicó la Escala de Adherencia Terapéutica (Soria, Vega, Nava y Saavedra, 2009), la cual evalúa tres dimensiones de la adherencia: 1) control de ingesta de medicamentos y alimentos, 2) seguimiento médico conductual y 3) autoeficacia; además del Cuestionario de Satisfacción con el Servicio Médico.

Los resultados mostraron que los pacientes que acuden a un servicio médico privado refirieron estar más satisfechos, pues el personal médico les explicaba mejor en qué consistía su enfermedad, los síntomas, el tratamiento a seguir, las evaluaciones a realizar, qué tipo de medicamento debían tomar y los beneficios de hacerlo. Por su parte, aquellos que presentaron mayor adherencia al tratamiento, específicamente a la ingesta de medicamentos y alimentos, así como al seguimiento conductual fueron los pacientes que expusieron sus dudas en la consulta independientemente de la institución de salud a la que acudían. Por último, un factor que influyó en la adherencia al tratamiento, fue que el médico informaba adecuadamente a su paciente cómo seguirlo, y en caso de haber cambios favorables en la conducta de la persona enferma, éste los felicitaba.

De lo anterior, se puede concluir que debido a que la formación médica está centrada en las habilidades conceptuales y técnicas, el elemento que diferenciará a un profesional mejor preparado son las habilidades de comunicación que lleve a la práctica clínica (Van-der Hofstadt y Navarro, 2004). Al respecto algunos autores como (Maguire y Pitceathly, 2002; Silva, Galeano y Correa, 2005) proponen lo siguiente:

1. Brindar información clara y pertinente que se adapte a lo que el paciente desea saber, y a su nivel mental y sociocultural.
2. Evitar en la medida de lo posible el uso de lenguaje técnico; en caso de hacerlo, informar al paciente a qué se refiere el término.
3. Conocer las preocupaciones del paciente respecto del tratamiento médico, asegurándose de dispersar sus dudas.
4. Identificar tempranamente las creencias que los pacientes tienen acerca de su capacidad para iniciar un cambio de estilo de vida (Ejg, et al., 2017)
5. Comprobar que el paciente tenga claro el propósito del régimen médico, conozca la duración del tratamiento, los medicamentos a ingerir, y las demás recomendaciones.
6. Incrementar paulatinamente la participación del paciente en el cuidado de su salud.
7. Discutir abiertamente el esquema de tratamiento con el paciente, hablando de los riesgos y beneficios asociados al mismo. Así como de diferentes opciones de tratamiento (Kusserow, 1990 citado en Silva, Galeano y Correa, 2005).
8. Hacer uso de fichas de ayuda, diseñadas para que el paciente cumpla con las recomendaciones.
9. Involucrar a los familiares y/o cuidadores en el proceso de salud de la persona enferma.

Asimismo, la WHO (2003) resalta la importancia de que los tratamientos médicos se adapten a las necesidades relacionadas con la enfermedad del paciente, y a las características del mismo.

Teniendo en cuenta que la actividad del profesional médico es de vital importancia para el cuidado y mantenimiento de la salud de una comunidad, en el sentido de que éste los escucha y les brinda las pautas a seguir; y conociendo la importancia de incluir en la práctica clínica las habilidades de comunicación, es que en el siguiente subtema se realiza una propuesta de taller práctico para el entrenamiento de dichas habilidades.

3.3 Una propuesta conductual para comunicar noticias

Con el análisis realizado como precedente, hemos llegado al punto central del presente proyecto, que es exponer la metodología de un taller psicoeducativo enfocado a la práctica de habilidades comunicativas desde un enfoque conductual.

Para su planeación, se consideraron importantes los siguientes elementos mencionados por Vázquez-Mata y Guillamet-Lloveras (2009), Maguire y Pitceathly (2002) y Vázquez-Mata (2008):

1. Realizar una evaluación inicial que permita a los participantes reconocer fallas actuales en la comunicación.
2. Elaborar un listado de actividades y habilidades a desarrollar, e implementarlas mediante la demostración de cada una.
3. Considerar la preparación de los tutores.
4. Realizar el entrenamiento en condiciones seguras.
5. Considerar diferentes escenarios para el desarrollo de las habilidades, puesto que así será posible identificar más fácilmente aquellas que se le dificultan a los participantes.

6. Asimismo, considerar la simulación de situaciones complejas dentro del entrenamiento, entre las que se encuentran: dar malas noticias, peticiones de consentimiento informado y el trato con pacientes en situación de gravedad.

En este sentido, se expondrá a continuación la propuesta de taller.

Objetivo general:

Al término del taller, los participantes habrán adquirido habilidades de comunicación que permitan mejorar su desempeño en la entrevista médica, específicamente en la obtención y manejo de información (diagnóstico, tratamiento médico, prevención de complicaciones) y trato con el paciente.

Objetivos específicos:

1. Evaluar las habilidades de comunicación con las que cuentan los participantes, en simulación de entrevista médica, informe de diagnóstico y tratamiento.
2. Que el participante identifique las partes de la entrevista médica, asimismo que distinga los diferentes estilos de comunicación.
3. Que los participantes incorporen el estilo comunicativo asertivo en la entrevista médica.
4. Que identifiquen la importancia del lenguaje no verbal en la relación médico-paciente
5. Que los participantes practiquen las habilidades presentes en el inicio de la entrevista médica
6. Que los participantes practiquen las habilidades comunicativas presentes en la elaboración de la historia clínica.
7. Discutir la importancia de conocer el estilo de vida del paciente para la prevención de enfermedades y/o complicaciones

8. Que los participantes proporcionen el diagnóstico a los pacientes, de forma completa y comprensible
9. Que los participantes practiquen las habilidades necesarias para proporcionar un tratamiento integral a sus pacientes.
10. Evaluar las habilidades de comunicación desarrolladas por los participantes durante el taller.

Metodología

Participantes

El entrenamiento en habilidades de comunicación está pensado para ser impartido a estudiantes de medicina que quieran potenciar sus habilidades en la práctica clínica. Se sugiere contar con la participación de aproximadamente de 12 a 15 estudiantes, con el fin de brindarle a cada uno la suficiente atención y de practicar las habilidades de comunicación el número de veces necesario.

Para la selección de los participantes se proponen los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

- Registrarse previamente en el taller psicoeducativo.
- Haber cursado materias prácticas en las que hayan tenido contacto directo con pacientes.

Criterios de exclusión:

- Haber asistido a un curso de habilidades de comunicación previamente.

Criterios de eliminación:

- Faltar a dos o más sesiones del taller.
- Abandono del proyecto en cualquiera de sus fases.

Escenario

Para la impartición del taller se sugiere un espacio que cuente con asientos individuales, proyector, escritorio y pizarra. Asimismo que sea lo suficientemente amplio para realizar los ejercicios simulados.

Instrumentos

- Consentimiento informado (ver anexo 1). Mediante éste se comunica al participante el objetivo del taller, así como algunas indicaciones sobre las actividades de evaluación del mismo.
- Evaluación escrita (ver anexo 2). Consta de 4 preguntas abiertas, las cuales se relacionan con situaciones clínicas hipotéticas, que pretenden recabar información acerca de los conocimientos de habilidades comunicativas y toma de decisiones que los participantes ponen en juego en dichas circunstancias.
- Lista checable (ver anexo 3). Se divide en 4 apartados orientados a las fases de la entrevista: inicio, recolección de información, explicación y planificación, y cierre. En cada uno se enlistan las habilidades comunicativas que se evalúan de forma práctica, con su correspondiente descripción operacional y una sección en la que se determina el nivel de logro alcanzado: la presenta, no la presenta, no aplica (realizó una conducta similar a la descrita) y observaciones. Asimismo, se incluye una serie de habilidades que pueden presentarse a lo largo de todo el encuentro clínico y de igual manera cuenta con las mismas características evaluativas de la entrevista.

Materiales

- Computadora
- Cámara o celular para videograbar
- Proyector

- Lápices, hojas, tijeras, resistol e imágenes
- Tarjetas de casos clínicos (ver anexo 4)
- Tarjetas de estilos de comunicación (ver anexo 5)
- Presentaciones de Power Point (ver anexo 6) y vídeos (ver anexo 7), disponibles también en el siguiente enlace público a google drive:
https://drive.google.com/drive/folders/1xqxFLpvWp14ORfXNEV7FnfRPSHHLn5_n?usp=sharing

Procedimiento

El taller psicoeducativo está pensado para ser impartido a lo largo de una semana. Se compone de tres fases, de las cuales dos se orientan a la evaluación, pues debido a que es un factor que va a permitir estimar los conocimientos base de los participantes acerca de las habilidades de comunicación, así como los adquiridos después de la intervención, se realizarán complementariamente en dos fases: teórica y práctica.

Referente a la evaluación práctica se recuperó de la Guía de Evaluación de la Práctica Clínica en las Facultades de Medicina, componentes enunciados por Nolla y Palés (2014) del instrumento *Team Objective Structured Clinical Examinations* (TOSCE), derivada de la *Objective Structured Clinical Evaluation* (OSCE), la cual consta de cinco estaciones con enfermos simulados, cada uno con casos clínicos diferentes para evaluar una actividad o habilidad en particular.

Fase 1. Evaluación inicial grupal.

Con el fin de conocer qué saben los participantes acerca de las habilidades de comunicación, se les realizará una evaluación teórica mediante un cuestionario (anexo 2) de cuatro preguntas abiertas, en las cuales se presentan situaciones

hipotéticas de la entrevista médica. Por otro lado, para observar cómo los participantes disponen de las habilidades comunicativas durante la interacción, se propone realizar una evaluación práctica, en la que a través de situaciones simuladas aborden a los pacientes. Para evaluarlos se hará uso de una lista checable diseñada específicamente para este taller (anexo 3).

Fase 2. Taller psicoeducativo de habilidades de comunicación.

Esta fase se compone de cuatro sesiones, que en su mayoría se conforman por ejercicios prácticos. La estructura del taller está diseñada para que los participantes aprendan habilidades básicas de comunicación e interacción, de acuerdo a la secuencia de la entrevista médica. En ese sentido se iniciará con el entrenamiento de las habilidades necesarias para el inicio de la entrevista y de recolección de información, se procederá a practicar las habilidades de diagnóstico y explicación de lo que éste conlleva, para seguir con las habilidades de planificación del tratamiento y cierre de la entrevista. Por último, la sesión final será de retroalimentación, es decir, los participantes expondrán sus dudas para ser retroalimentados. El procedimiento específico de las sesiones de entrenamientos se encuentra en las cartas descriptivas (ver anexo 8).

Es importante mencionar que se hará énfasis durante el entrenamiento a las habilidades en las que los participantes presenten mayor dificultad o hayan omitido durante la evaluación práctica.

Fase 3. Evaluación final grupal.

Después de haber practicado las habilidades de comunicación presentes en la práctica clínica, se realizará una evaluación final para comprobar el aprendizaje de los participantes. Al igual que en la fase inicial, se realizará una evaluación escrita y una práctica.

A continuación se muestra el esquema de trabajo propuesto (figura 1).



Figura 1. Esquema propuesto para la impartición del taller de habilidades de comunicación.

Conclusiones

El objetivo del presente proyecto fue elaborar una propuesta de un taller psicoeducativo de habilidades de comunicación dirigido a estudiantes de medicina, en el cual los participantes desarrollen habilidades comunicativas y de interacción que permitan mejorar su desempeño en las fases de la entrevista médica, específicamente en la obtención y manejo de información, así como en el trato con el paciente dentro de la consulta.

En el ámbito clínico, la práctica de los profesionales de la salud es esencial para el cumplimiento de diversos objetivos, por lo que su participación se ha convertido en el foco de atención de numerosas investigaciones. Particularmente, el análisis realizado en el presente estudio permitió abordar en profundidad el panorama de las competencias comunicativas en la relación médico-paciente como parte de las habilidades requeridas en la formación de pregrado de los estudiantes de medicina y que son fundamentales en el contexto hospitalario.

Si bien las habilidades de comunicación son consideradas como imprescindibles para la práctica médica debido a los beneficios que ofrece, los cuales fueron descritos a lo largo del capítulo tres, y entre los que destacan el favorecimiento de la interacción entre el profesional y el paciente, el fomento de la participación del individuo en las decisiones de su tratamiento y la adherencia al mismo; es importante resaltar que los profesionales de esta disciplina no siempre tienen buen manejo de dichas habilidades.

Como se enunció en el tema 3.1, lo anterior no resulta sorprendente si se considera en primer lugar, la poca atención que recibe la impartición de materias relacionadas con habilidades de comunicación en la formación académica del estudiante de medicina. En segundo lugar, el grado de preparación por parte del profesorado encargado de impartir esa temática, tanto a nivel teórico como práctico; y en tercer lugar, el poco interés y motivación de los estudiantes por aprender acerca

del tema, que consecuentemente deriva en que los cursos o materias destinados a promover la comunicación médico-paciente no sean fructíferos.

Estudios como el de González, Uribe y Delgado (2015) dan cuenta de dos puntos anteriores. Por un lado, revelan que las habilidades de comunicación no son parte medular de la enseñanza en medicina, sino de forma parcial dentro de otras materias que tienen lugar a partir del cuarto semestre de la carrera; y por otro, la poca participación de los docentes en lo referente a la actualización de estrategias pedagógicas y de evaluación de dichas habilidades, así como la poca implicación en actividades orientadas a mejorar las competencias ya adquiridas. Para reafirmar estos hechos y abordar la situación de los alumnos, Alonso y Krafchenko (2003) presentan evidencia de una encuesta realizada a profesores y estudiantes, en la que ambos manifestaron niveles bajos de conocimiento, 51.16% y 57.25% respectivamente, en relación a los elementos que constituyen la comunicación.

Estos resultados sin duda subrayan el hecho de que aún existe una brecha entre el desarrollo idóneo de la enseñanza de las habilidades comunicativas y la situación real dentro de las universidades. Es decir, a pesar de que en el plan curricular de las universidades estén contemplados temas referentes a la comunicación, no hay certeza de que las asignaturas estén estructuradas adecuadamente para desarrollar de manera potencial las habilidades en los estudiantes, así como tampoco que sus docentes estén capacitados para impartirlas. Dentro del mismo rubro, se habla de que la enseñanza se ha orientado a materias optativas o de libre elección que al ser poco difundidas, son difícilmente cursadas (Moore, Gómez y Kurtz, 2012).

El reflejo de los sucesos citados, se traducen en deficiencias de saberes, y en prácticas basadas en la experiencia que pueden o no corresponder con las competencias requeridas en los escenarios reales, que con el tiempo, pueden mermar el logro de un buen vínculo terapéutico entre médico y paciente, así como en el mantenimiento de la salud de éste. Bajo este punto de vista, es importante

reconocer que el médico es responsable no sólo del diagnóstico y tratamiento, sino también es un mediador entre el paciente y su familia, así como un agente promotor de prevención en cualquiera de sus niveles. De esta manera, es posible afirmar que si no se hace énfasis en el aprendizaje de una adecuada comunicación, los médicos egresados podrían presentar complicaciones al relacionarse con sus pacientes.

Derivado de lo mencionado, cabe señalar que la propuesta presentada resultó de un intento de aplicar el taller psicoeducativo durante el período intersemestral 2017-1 en la FES Iztacala. No obstante, debido a la poca respuesta de los alumnos, se suspendió y tuvo que darse por concluido en la segunda sesión.

La convocatoria del taller fue registrada en la plataforma del Programa de Superación Académica Permanente (PROSAP) perteneciente a la FES Iztacala, y se delimitó a estudiantes de la carrera de médico cirujano. De esta manera, la invitación estuvo al alcance de todos los alumnos de esta institución, además de que al ser gratuito y en periodo vacacional no interfirió con el horario de las clases formales.

Se inscribieron cuatro estudiantes de los cuales sólo se presentó uno de ellos durante dos sesiones del programa psicoeducativo. En consecuencia, el diseño del taller se vio afectado, pues desde la sesión de evaluación no resultó según lo planeado. Asimismo, al estar diseñados los ejercicios como grupales, y sólo contar con la participación de un asistente se perdió el componente de intercambio de experiencias y la retroalimentación de sus iguales. Otro problema que se presentó fue que las sesiones duraban menos tiempo de lo planeado, lo cual daba la impresión de que el taller estaba incompleto. Lo mencionado refuerza la idea del poco interés de los estudiantes en este tipo de habilidades.

No obstante, a pesar de los inconvenientes que tuvieron lugar, los datos que se recuperaron en el curso de las sesiones impartidas, sirvieron como referencia para ajustar el contenido del actual proyecto que aquí se presenta.

En este sentido, la principal aportación que tiene este escrito es una propuesta de taller psicoeducativo de habilidades de comunicación, que busca que los estudiantes de medicina desarrollen competencias necesarias para desempeñarse eficazmente en la interacción y comunicación con el paciente. La aproximación a este tema desde un enfoque conductual, tiene como ventaja la facilidad de corroborar mediante la observación cada comportamiento que componen las habilidades consideradas en la temática del taller. Asimismo, las técnicas de las cuales dispone, permite ir reforzando cada aspecto que lo requiera, lo que cabe señalar, no sucede en los planes curriculares, pues se aborda desde otras perspectivas.

En lo referente a las limitaciones que pueden encontrarse, tienen que ver con el número de colaboradores que se requieren para la evaluación aplicada, pues al ser cuatro estaciones consecutivas, los pacientes simulados deben tener una preparación previa para cada caso clínico. Asimismo, al ser una evaluación donde se registran los comportamientos que componen cada habilidad comunicativa a lo largo de la entrevista, el desacuerdo de los observadores e investigadores pueden sesgar los resultados de los participantes, por lo que es importante que no haya discordancia en la operacionalización de cada rubro.

Otro punto que puede hallarse como limitante es que a pesar de que el taller se orienta a la entrevista, se plantea únicamente para el primer encuentro con el paciente, lo que deja sin abordar posibles entrevistas de seguimiento. No obstante, la propuesta pone sobre la mesa la oportunidad de agregar nuevos contenidos que considere lo anterior, así como material adicional en la impartición de los temas o la dificultad de los mismos. De igual manera, las posibilidades de aplicación del taller se extienden a otros escenarios como parte de las materias obligatorias, en ámbito hospitalario e incluso para los mismos médicos egresados.

Ante lo señalado anticipadamente, surge como reflexión el generar espacios en los que se aborden factores que obstaculizan la puesta en marcha de estrategias

que permitan alcanzar un nivel óptimo de aprendizaje en lo que a habilidades de comunicación se refiere para los egresados de la carrera. Asimismo, se remarca la importancia de difundir más propuestas encaminadas a la adquisición de habilidades en los estudiantes y crear conciencia de los beneficios de capacitarse continuamente. De igual manera se exhorta a extraer la enseñanza de las habilidades comunicativas del currículo optativo, de modo que se instaure como componente formal, con elementos y contenidos sólidos.

Así, el dominio de las habilidades comunicativas debe ser un ejercicio continuo, que se practique desde el inicio de la formación a la par de los contenidos teóricos, disponiendo del asesoramiento del docente capacitado, primero en escenarios simulados y posteriormente a los reales, donde se demuestre que se ha desarrollado un uso eficaz de las habilidades de comunicación.

Referencias

- Adams, M. L., Grandpre, J., Katz, D. L. y Shenson, D. (2017). Linear association between number of modifiable risk factors and multiple chronic conditions: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Preventive Medicine*, 105, 169-175. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.013>
- Albarrán, L. A. J. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en salud*, 9 (2), 118-124. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290206>
- Alcántara, M. G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9 (1), 93-107. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36180/1/salud_oms.pdf
- Alcantarilla, R. D., Güell, F. E. y Bello, M. J. (2014). La comunicación con el paciente y la adherencia al tratamiento. *Formación médica continuada*, 21 (9), 530-540. Disponible en: <http://bello.cat/comunicacion.pdf>
- Alonso, G. M. y Kraftchenko, B. O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 17 (1), 38- 45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000100004
- Barceló, A. M. y Borroto, D. G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 20 (4), 287-295. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400009

Becoña, I. E., Vázquez F. y Oblitas, G. L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Investigación a detalle*, (5). Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>

Bello, F. N. L. (2006). *Fundamentos de enfermería*. Parte 1. Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Bello%20Nilda%20-%20Fundamentos%20De%20Enfermeria.pdf>

Borrell, C. F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119 (5), 175-179 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-modelo-biopsicosocial-evolucion-13034093>

Bostanci, D. N. y Buzlu, S. (2012). Psychoeducation Intervention to Improve Adjustment to Cancer among Turkish Stage I-II Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13 (10), 5313- 5318. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.10.5313>

Bravo, M. C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico- degenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (coords.), *Medicina conductual: Teoría y práctica* (pp. 43-64). México: Qartuppi.

Builes, C. M. V. y Bedoya, H. M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 463-475. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635403.pdf>

- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C. y Mongiello, E. (2008). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Fundación de Investigación en Ciencias cognitivas Aplicadas. Disponible en:
[http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso de la psicoeducacion como estrategia terapeutica.pdf](http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf)
- Camacho, R. L., Echeverría, C. S. y Reynoso, E. L. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (1), 91-103. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221727010>
- Carta de Ottawa para el fomento de la salud. Primera conferencia internacional sobre fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de Noviembre de 1986. Disponible en:
[www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2 carta de ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (5), 147-165. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316010>
- Del Gobbo, L., Kalantarian, S., Imamura, F., Lemaitre, R., Siscovick, D., Psaty, B. y Mozaffarian, D. (2015). Contribution of major lifestyle risk factors for incident heart failure in older adults. *JAAC: Heart Failure*, 3 (7), 520-528. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2015.02.009>
- Domínguez, R. K. y Maldonado, R. G. (2006). Estilos de comunicación en la relación de pareja en tres áreas de conflicto: relaciones sexuales, distribución de dinero y familia política. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México

- Dueñas, B. J. (1999). Educación para la salud: Bases psicopedagógicas. *Revista Educación Médica Superior*, 13 (1), 92-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21411999000100012
- Egger, G. J., Binns, A. F. y Rossner, S. R. (2009). The emergence of “lifestyle medicine” as a structured approach for management of chronic disease. *MJA*, 190 (3), 143-145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19203313>
- Ejg, J. D., Veldt, L. P., Gyrd-Hansen, D., Sondergaard, J., Brandt, C., Leppin, A., ... Bo, N. J. (2017). Determinants of preferences for lifestyle changes versus medication and beliefs in ability to maintain lifestyle changes. A population-based survey. *Preventive Medicine Reports*, 6, 66- 73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.02.010>
- Flórez, A. L. y Hernández, L. (1998). Adaptación de un instrumento de evaluación del estilo de vida y aplicación a la población de la localidad de Chapinero de Bogotá. *Boletín Latinoamericano de psicología de la salud*, 1, 1-47.
- Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- González, O. H., Uribe, P. C. y Delgado, R. H. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16 (4), 227-233. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.10.008>
- Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M., Irigoyen-Coria, A., y Hernández-Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente

en medicina familiar. *Archivos en medicina familiar*, 8 (2), 137-143.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780211>

INEGI (2017). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad//ConsultaMortalidad.asp>

Instituto Nacional de Cáncer. (11 de abril de 2016). Desigualdades en salud por cáncer. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/investigacion/areas/desigualdades>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. Disponible en:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

La Rosa, E. (2009). *La fabricación de nuevas patologías. De la salud a la enfermedad*. Perú: Fondo de Cultura Económica.

Libreros, P. L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad.

Revista Cubana de Salud Pública, 38 (4), 622-628. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n4/spu13412.pdf>

Machteld, H., Knottnerus, A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.,

Kromhout, D.,... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 1- 3. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Maguire, P. y Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700 DOI:

<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>

- Matarazzo, J. D. (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817. Disponible en: <https://ohsu.pure.elsevier.com/en/publications/behavioral-health-and-behavioral-medicine-frontiers-for-a-new-hea-2>
- Matarazzo, J.D. (1983). Behavioral immunogens and pathogens: psychology's newest challenge. *Professional psychology: research and practice*, 14 (3), 414-416. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/1984-04475-001>
- Millán, N.J. (2014). Recomendaciones para la evaluación de la práctica clínica. En N. J. Millán, A.J. Palés, y B.R. Rigual (Eds.), Guía para la evaluación de la práctica clínica en las facultades de medicina. Instrumentos de evaluación e indicaciones de uso (pp. 45-47). Madrid: Unión Editorial.
- Montiel, V. y Guerra, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19 (36), 324-335. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-01372016000200324&lng=es&nrm=is
- Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, S. (2012) Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención primaria*, 44 (6), 358-365. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.008>
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138 (8), 1047-1054. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>

- Moreno, R. M. (2000). Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. *Revista Cubana*, 39 (2), 106-11. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_2_00/med05200.htm
- Naranjo, P. M. L. (2005). Perspectivas sobre la comunicación. *Revista electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 5 (2), 1-32
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44750218>
- Naranjo, P. M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas. *Revista electrónica "Actualidades investigativas en educación"*, 8 (1), 1-27. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/download/9315/17783>
- Noguera, O. M. y Pérez, T. B. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico- degenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (coords.), *Medicina conductual: Teoría y práctica* (pp. 263-284). México: Qartuppi.
- Nolla, D. M. y Palés, A. J. (2014). Instrumentos de evaluación y sus características. En N.J. Millán, A. J. Palés, y B. R. Rigual, (Eds.), *Guía para la evaluación de la práctica clínica en las facultades de medicina. Instrumentos de evaluación e indicaciones de uso* (pp. 33-44). Madrid: Unión Editorial.
- Oblitas, G. L. y Becoña, I. E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos 48ª edición*.
Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- OMS (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=7A11C23270A5725B16DFFDF7A67BDA23?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). Nota descriptiva. *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas*.

Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14371&Itemid=270

Perea, Q. R. (2001). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo.

Educación XX1, (4), 15-40. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/706/70600403.pdf>

Pereira-Rodríguez, J., Peñaranda-Florez, D., Reyes-Sáenz, A., Caceres-Arevalo, K. y Cañizarez-Pérez, Y. (2015). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en América Latina: una revisión de la evidencia publicada de 2010 a 2015. *Revista Mexicana de Cardiología*, 26 (3), 125-139. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982015000300004

Ramírez, M. G. y Reyes, J. P. (2010). Entrenamiento en habilidades de comunicación verbal y su impacto en la satisfacción marital. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Reynoso, E. L. y Seligson, N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

- Rodríguez, S. J., Álvarez-Ude, C. F. y Gimeno, V. E. (2016). La asertividad. *FMC*, 23 (6), 352-7. Disponible en: <http://www.fmc.es/es/la-asertividad/articulo/S1134207216302080/#.Wr3TFS5ubIU>
- Rodríguez, S. J., Kurtz, L. C. y Álvarez-Ude, C. F. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18 (7), 401-409. Disponible en: [http://www.academia.edu/12563476/Aspectos clave de la comunicaci%C3%B3n no verbal en la consulta](http://www.academia.edu/12563476/Aspectos_clave_de_la_comunicaci%C3%B3n_no_verbal_en_la_consulta)
- Sánchez, A. R. y Díaz Loving. R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. *Anales de psicología*, 19 (2), 257-277. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/08-19_2.pdf
- Sanjuán, S. y Rueda, L. B. (2014). *Promoción y prevención de la salud desde la psicología*. España: Editorial Síntesis
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Secretaría de Salud. (2016). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional*. Disponible en: www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html
- Silva, G.E., Galeano, E. y Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta médica colombiana*, 30 (4), 268- 273. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
- Sobrino, L. A. (2008). Comunicación de malas noticias. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 9 (2), 111-122. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1577-3566\(08\)74928-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1577-3566(08)74928-5)

- Soria, T. R., Vega, V. Z., Nava, Q. C. y Saavedra, V. K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17 (2), 223-230 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011
- Suárez, R. A. (2017). Intervención cognitivo conductual para la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Torres, F. I. A., Beltrán, G. F.J., Barrientos, G. C., Lin, O.D. y Martínez, P.G. (2008). La investigación en educación para la salud. Retos y perspectivas. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 8 (1), 45-55. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol8_num1/articulos/investigacion.pdf
- Troyano, R. Y. y Carrasco, C.J.L. (2006). *Las habilidades de comunicación en la resolución de conflictos grupales*. VI Congreso Internacional Virtual de Educación. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/254749386/4-Las-habilidades-de-comunicacion-en-la-resolucion-de-conflictos-grupales-pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2016). *Proyecto de modificación del plan de estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano* (Tomo II). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Disponible en: <http://medicina.iztacala.unam.mx/PDFS%202016/MEDICINA%20Tomo%20II%20%20CAABQYS%20APROBADO%2025I2016%20FINAL.pdf>
- Van-der Hofstadt, R. C. J. y Navarro, C. F. (2003). Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico.

Semergen, 30 (11), 552-556. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(04\)74369-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(04)74369-5)

Vázquez-Mata, G. (2008). Realidad virtual y simulación en el entrenamiento de los estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 11 (1), 29-31.

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000500006

Vázquez-Mata, G. y Guillamet-Lloveras, A. (2009). El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica.

Educación Médica, 12 (3), 149-155. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n3/revision.pdf>

Vergara, Q. M. F. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista hacia la promoción de la salud*, 12, 41-50.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689003.pdf>

Vidal, B. M. (2010). *La relación médico paciente: Bases para una comunicación a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Villa, L.B. (2007). Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias.

Nure Investigación, 31, 1-9. Disponible en:

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/355>

Villa, C. B. y Grijalva, (2013). Malas noticias. En Hernández, T. I., Hamui, S. L., Navarro, G. A. y Valencia, I. Y. (Eds.), *Comunicación médico-paciente en medicina familiar*. (pp. 47-59). México: Prado.

Vives, I. A. E. (2007). Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología científica*, 9 (33), 1-9. Disponible en:

<http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable>

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Switzerland: Division of Health Promotion, Education and Communication.

Disponible en:

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=76C6F500A6319FE4739900015F3FA054?sequence=1>

WHO (2012). *World health statistics 2012*. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1

Zapata, O. J, Martínez-Villalba, A. y García, V. J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (3), 143-149. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.03.005>

Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F a ____ de _____ de 2018

A quien corresponda,

Por medio de la presente confirmo estar enterado que el objetivo del presente taller es que el estudiante de medicina ponga en práctica las habilidades comunicativas presentes en la entrevista médica, las cuales le permitirán mejorar la obtención de información, resolución de diagnóstico y planificación del tratamiento, así como mejorar la relación con su paciente.

Asimismo, estoy de acuerdo que algunas actividades del taller sean videograbadas, las cuales sólo se harán con fines educativos y para cumplir los objetivos planteados en el programa.

Atentamente

Nombre y firma

Anexo 2

EVALUACIÓN ESCRITA

Nombre: _____

Semestre: _____ Fecha: _____

A continuación, encontrarás una serie de situaciones. Describe a detalle qué harías en cada caso.

1. Llega un paciente a tu consultorio, ¿cómo lo recibes?
2. Un paciente de 35 años se presenta a consulta, tiene antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2, ¿qué información le solicitas?
3. Se presenta un paciente masculino de 40 años, le tienes que informar que tiene diabetes mellitus, ¿cómo se lo comunicas? Toma en cuenta que su nivel escolar es básico.
4. Tu paciente no ha seguido las instrucciones de su tratamiento, es una mujer de 59 años de edad y presenta diabetes tipo 1, ¿qué haces?

Anexo 3
Lista checable

Fecha de aplicación:						
Nombre del aplicador:						
Participante:						
	Habilidad	La presenta	No la presenta	No aplica	Observaciones	
Etapas de la entrevista						
Inicio de la sesión	Introducción a la entrevista	El médico da los buenos días/tardes al paciente o bien, lo saluda estrechando su mano				
		El médico le indica al paciente dónde sentarse				
		El médico indica su nombre y especialidad al paciente				
		El médico pregunta a su paciente cuál es su nombre				
		El médico pregunta al paciente el motivo de consulta, o bien, la inquietud que lo llevó a la cita médica.				
		Conocer las expectativas que el paciente tiene acerca de la consulta				
Recolección de información	Elaboración de historia clínica	Indagar lo que el paciente sabe acerca de su estado de salud				
		Conocer a qué le adjudica el origen o causa de su problema de salud				
		Conocer si el paciente ha recurrido a tratamientos previos o alternativos				

		Habilidad	La presenta	No la presenta	No aplica	Observaciones
		Solicitar al paciente que exponga con la mayor exactitud posible la secuencia de los síntomas (fechas de eventos)				
		Conocer la condición económica del paciente				
		Conocer la condición familiar del paciente				
		Conocer la condición laboral del paciente				
		Conocer las condiciones de vivienda del paciente				
		Indaga sobre hábitos en su estilo de vida (consume alcohol/drogas, fuma, alimentación, sueño y actividad física)				
Explicación y planificación	Elaboración de diagnóstico	El médico se asegura que el paciente quiera conocer su diagnóstico				
		Se explica la definición de la enfermedad con un lenguaje comprensible para el paciente				
		El médico explica al paciente cuáles son los factores que propiciaron el desarrollo de su enfermedad				
		Se enlistan cuáles son las características de la enfermedad				
		Se explica cuáles son los síntomas de la enfermedad				

		Habilidad	La presenta	No la presenta	No aplica	Observaciones
		Se le hace saber al paciente cuáles son las posibles consecuencias y complicaciones de su enfermedad				
Tratamiento	El médico pregunta al paciente si desea ser partícipe en las decisiones de su tratamiento					
	El médico le brinda al paciente diferentes opciones de tratamiento y sus implicaciones					
	El médico prescribe los medicamentos que el paciente debe tomar, indicando la hora, duración y función de cada uno					
	Le brinda indicaciones acerca de los cambios en su estilo de vida (alimentación, actividad física, actividad recreativa, disminución de tabaco, alcohol)					
	El médico promueve la planificación y negociación en común con el paciente, incorporando la perspectiva de éste					
	Las indicaciones del profesional se ajustan a las condiciones de vida del paciente (recursos económicos con los que cuenta, lugar en que reside, personas con las que convive, horario laboral, comorbilidad)					

		Habilidad	La presenta	No la presenta	No aplica	Observaciones
		Enseñar al paciente a poner recordatorios para cumplir su tratamiento farmacológico				
		Corroborar que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan de trabajo				
Cierre de sesión	Hacer un resumen de la sesión	Resumir la sesión brevemente y clarificar el plan de cuidados				
	Canalizar al paciente	El médico canaliza al paciente con otros profesionales (psicólogo, nutriólogo, oftalmólogo, entre otros) para una atención integral de su salud				
	Acordar cita siguiente	El médico indica la fecha y horario del próximo chequeo				
	Despedir al paciente	El médico se despide amablemente, pudiendo estrechar la mano de su paciente				
Habilidades que se presentan durante el transcurso de la entrevista						
		Habilidad	La presenta	No la presenta	No aplica	Observaciones
	Demostrar respeto al paciente	El médico no emite comentarios juiciosos acerca de las creencias religiosas, políticas, preferencias sexuales y culturales del paciente				
		El lenguaje que el médico emplea no es vulgar				
		El médico no discrimina al paciente por su condición económica, cultural y/o nivel de estudios				

		Habilidad	La presenta	No presenta	No aplica	Observaciones
	Interrumpir al paciente	Interrumpir cuando el médico requiera profundizar en un tema				
		Interrumpir cuando el paciente se desvía del tema y reorientar la entrevista				
	Mantener una distancia adecuada	La distancia entre médico y paciente es un metro aproximadamente				
	Comprobar que el paciente no tiene dudas	El médico corrobora en cada categoría de información si el paciente ha comprendido antes de continuar la sesión				
	Corregir información equivocada	Si el profesional detecta una idea equivocada por parte del paciente, le proporciona información adicional para que clarifique su idea				
	Mostrar interés a lo que dice el paciente	El médico hace contacto visual con el paciente cuando este habla				
		El médico escucha y resume periódicamente lo que el paciente menciona				
Mantener un estilo comunicativo dialógico con el paciente	Logra mantener el curso de la entrevista, él y el paciente intercambian ideas sin que alguno de los dos acapare todo el tiempo designado a la consulta.					

		Habilidad	La presenta	No la presenta	No aplica	Observaciones
	Establecer contacto físico	El médico mantiene contacto físico (apretón de manos, palmada en la espalda) cuando el paciente experimenta/comparte una situación grave				
	Adecuar el lenguaje al nivel cultural del paciente	Evitar el uso de tecnicismos				
		Ejemplificar términos difíciles de comprender, con ayuda de imágenes y vídeos				
		El médico solicita la aclaración de términos del vocabulario del paciente que no comprende				
		Preguntar al paciente si la explicación fue clara				
	Mantener una postura adecuada	El médico se mantiene con una postura recta, o puede inclinarse hacia el paciente para escucharlo mejor si lo requiere				
	Favorecer la relación a través de la expresión facial	El médico se muestra gentil con una sonrisa al recibir al paciente				

Anexo 4 Tarjetas de casos clínicos

TARJETA CASO CLÍNICO

Evaluación / Inicio y recolección de información

Paciente mujer de 30 años de edad, de nivel socioeconómico medio, es ama de casa y refiere tener algunos síntomas (mareos, dolor de cabeza, zumbido de oídos) durante los últimos días. ¿Cómo la recibes?

TARJETA CASO CLÍNICO

Evaluación / Diagnóstico

Se presenta una paciente mujer de 34 años a quien hay que darle el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la paciente refiere síntomas de ansiedad "me empecé a sentir mal, como que el corazón me latía más rápido, como que tenía sudoración, como que tenía miedo, muy raro" La paciente se imagina que va a tener una serie de cambios en la vida cotidiana.

TARJETA CASO CLÍNICO

Evaluación / Planificación de tratamiento

Es una paciente femenina de 60 años, se sabe diabética desde hace 15 años. Al indagar sobre el motivo de consulta, notas que la paciente no se adhiere a las indicaciones de alimentación y está subiendo de peso. Además, se refiere hipertensa. En la entrevista se identifican conductas problema en la preparación e ingestión de alimentos. Debes ofrecerle opciones de tratamiento y practicar la negociación.

TARJETA CASO CLÍNICO

Estilos de comunicación

Paciente masculino de 40 años de edad, de bajo nivel socioeconómico, se muestra renuente a seguir las indicaciones del médico. ¿Qué haces para que reconsidere continuar con el tratamiento?

TARJETA CASO CLÍNICO

Recolección de información

Se trata del cuidador primario varón de un paciente con diabetes mellitus que fue diagnosticado hace dos años; el cuidador refiere vivir junto con el paciente. Hay reporte de seguimiento de instrucciones incorrecto, lo que repercute en mala adherencia al tratamiento. El cuidador se queja de mala adherencia de su paciente (su padre). ¿Qué información le pedirías?

TARJETA CASO CLÍNICO

Habilidades de inicio y recolección de información

Paciente masculino de 49 años que acude a consulta, refiere ser viudo, vive solo y sus dos hijas le ayudan con las tareas de casa. Presenta diabetes y la presión alta. Al interrogar sobre su vida cotidiana, el paciente refiere transgredir la dieta diariamente. ¿Qué información necesitas saber?

TARJETA CASO CLÍNICO

Diagnóstico

Paciente mujer de 34 años a quien hay que darle el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la paciente refiere síntomas de ansiedad "me empecé a sentir mal, como que el corazón me latía más rápido, como que tenía sudoración, como que tenía miedo, muy raro" La paciente se imagina que va a tener una serie de cambios en la vida cotidiana.

TARJETA CASO CLÍNICO

Diagnóstico

Paciente femenino de 50 años de edad, vive con su esposo y un hijo, hay que notificarle que tiene diabetes mellitus, tiene antecedentes familiares, e ideas equivocadas de la enfermedad. ¿Cómo lo haces?

TARJETA CASO CLÍNICO

Diagnóstico

Paciente masculino de 44 años, acudió al médico porque su esposa se lo pidió ya que los últimos días no se ha sentido bien y porque al tomarse la glucosa, le dijeron que la tenía elevada. Es de nivel socioeconómico medio. Hay que informarle cuál es su condición médica.

TARJETA CASO CLÍNICO

Tratamiento-indicaciones

La paciente acaba de ser diagnosticada con diabetes mellitus tipo, tienes que darle indicaciones para su tratamiento: tiene que medir sus cifras de glucosa, inyectarse insulina, cambiar la alimentación, hacer ejercicio. De ser necesario debes enseñarle a medir glucosa y a inyectarse insulina.

TARJETA CASO CLÍNICO

Pre diagnóstico o negociación

La paciente NO quiere hacerse los estudios para la DM2, pues no quiere que le digan que está enferma, "que no puede comer lo mismo de antes y que la estén pique y pique". Dice que toda su familia ha tenido diabetes. Refiere que su mamá falleció por diabetes al corto tiempo de enterarse de que la padecía, motivo por el cual cree que lo mismo sucederá con ella.

TARJETA CASO CLÍNICO

Negociación

Se trata de una paciente diabética que no se adhiere al tratamiento farmacológico prescrito (insulina). Su principal problema consiste en el temor a aplicarse insulina y la escasa adherencia al tratamiento por referir dolor a la aplicación. Además tiene antecedentes hereditarios y familiares de diabetes mellitus (madre, padre y hermano fallecidos).

Anexo 5

Tarjetas de estilos de comunicación

Estilo pasivo

Estilo agresivo

Estilo asertivo

Anexo 6 Presentación sesión 1

TALLER EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

PRESENTAN:

MARIEL TÉLIZ TEODORO
STEPHANY CRUZ BARRAGÁN

MIRO LEONARDO REYNOSO ERAZO

OBJETIVO DEL TALLER

Que el estudiante de medicina ponga en práctica las habilidades comunicativas presentes en la entrevista médica, las cuales le permitirán mejorar la obtención de información, resolución de diagnóstico y planificación del tratamiento, así como mejorar la relación con su paciente

TEMARIO

Se Se Se Sesión 5

Evaluación/ cierre del taller

EVALUACIONES

- Prueba escrita grupal
- Prueba práctica (3 módulos)

PARTES DE LA ENTREVISTA MÉDICA

La entrevista médica

Es el escenario donde se desarrolla un proceso de comunicación entre médico y paciente con un flujo comunicativo multidireccional

Sus objetivos son:

- Desarrollar la relación médico-paciente.
- Obtener información biopsicosocial del paciente.
- Promover las acciones de salud en el paciente mediante sus características educativas.

Introducción a la entrevista médica

Es el primer encuentro en donde el profesional establece contacto con el paciente.

- Establece las bases para una relación cordial
- Indaga para obtener información sobre el tipo de problema del paciente

Recolección de información

El médico realiza una valoración del paciente mediante la realización de preguntas.

- Abarca los ámbitos en los que vive la persona
- Sitúa la enfermedad en un momento evolutivo.
- Realiza exploración física.

Resolución de diagnóstico

Requiere un planteamiento y explicación por parte del médico acerca de la situación del paciente

- Explica al paciente/familiares su condición de salud.
- Emplea lenguaje sin tecnicismos para facilitar su comprensión.
- Ofrece al paciente la oportunidad de decidir si quiere saber su diagnóstico en ese momento.

Planificación del tratamiento

El médico informa al paciente acerca del tratamiento, después de evaluar su situación particular.

- Fomenta la participación del paciente en la toma de decisiones.
- Negocia con el paciente para alcanzar acuerdos finales.
- Establece ajustes de acuerdo con la condición de salud del individuo.

Cierre de la entrevista

Finaliza la entrevista una vez solucionado el problema inicial o establece posteriores seguimientos.

- Resume brevemente la sesión.
- Resuelve dudas si es que surge alguna
- Despide al paciente.

Ejercicio grupal

Instrucción:

A continuación encontrarás un diálogo entre médico y paciente. Cada frase corresponde a una parte de la entrevista médica. Identifícalas y ordénalas.

Inicio de la entrevista

Dr.: ¿Qué molestias ha tenido?
 Dra.: ¿A qué lo atribuye?
 P.: Me parece bien hacer una radiografía como sugiere.
 Dra.: Si noto que las molestias aumentan, no dude en volver a visitarme.
 Dra.: ¿Recuerda con precisión cuándo comenzó a sentirlo?
 Dra.: Mucho gusto, yo soy la doctora Rosa María Álvarez y voy a atenderlo el día de hoy.
 P.: Vengo por un dolor de espalda que estoy presentando.
 Dra.: ¿Fuma o bebe?
 Dra.: Últimamente llevo mucho tiempo con este dolor, y el trabajo que realiza puede que sea lo que afecta los huesos de su columna. Lo que tiene es una hernia discal.
 P.: ¿Doctora, ¿eso es grave?
 Dra.: Le voy a mandar terapias para su columna.
 Dra.: ¿Cuál es el motivo de su visita?

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Presentación sesión 2

Habilidades presentes en la entrevista médica

¿Cómo se relaciona el médico con el paciente?

¿Cómo se relaciona el médico con el paciente?

Mantener una postura adecuada

➤ Para que el médico mantenga una postura recta, o se incline hacia el paciente para escucharlo mejor si lo requiere.

Favorecer la relación a través de la expresión facial

➤ Mediante el uso de una sonrisa o de una expresión facial relajada, el médico se percibirá gentil.

Mantener una distancia adecuada

➤ Se considera adecuado acercarse al paciente si menos un metro de distancia.

Mantener un estilo comunicativo dialógico con el paciente

➤ Logra mantener el curso de la entrevista, a través del intercambio de temas, sin que alguno de los dos abandone todo el tiempo designado a la consulta.

Establece contacto físico

➤ A través de un apretón de manos o una palmada en la espalda cuando el paciente experimenta o comparte una situación delicada.

Adecuar el lenguaje al nivel cultural del paciente

➤ Evita el uso de tecnicismos.

➤ Explica términos difíciles de comprender con ayuda de material extra.

➤ Además solicita la aclaración de términos del vocabulario del paciente con no comprendo.

➤ Pregunta al paciente si la explicación fue clara.

Mostrar respeto al paciente

➤ Evitar emitir comentarios sarcásticos acerca de las creencias religiosas, políticas, preferencias sexuales y culturales del paciente.

➤ No emplear lenguaje vulgar.

➤ No discriminar al paciente por su condición económica, cultural y/o nivel de estudios.

Contribuir que el paciente no dude

➤ Corroborar en cada repetido momento si el paciente ha comprendido la información, antes de continuar la sesión.

Interrumpir al paciente

➤ Si se requiere profundizar en un tema, se permite interrumpir al paciente.

➤ O interrumpir cuando el paciente se desvía del tema y reorientar la entrevista.

Corregir información equivocada

➤ Si se detecta una falta equivocada por parte del paciente, se le proporcionará información adicional para que clarifique sus ideas.

Mostrar interés en lo que dice el paciente

➤ Hacer contacto visual con el paciente cuando éste habla.

➤ Escuchar atentamente y resumir periódicamente lo que el paciente menciona.

Video

Analizar los elementos y habilidades no verbales del siguiente video.

Ejercicio

Elaborar una lista de las actividades que consideran que el médico debe realizar en el inicio de la entrevista.

Inicio de la entrevista médica

Es el primer encuentro entre el médico y el paciente

➤ Genera confianza entre médico-paciente.

➤ Hace que el paciente se sienta acogido.

➤ Relación cordial.

¿Qué habilidades se requieren?

El médico da los buenos días (también al paciente si bien, lo saluda estrechando su mano).

Videos

1. Observa las habilidades de comunicación en el inicio de la entrevista presentes en el video.
2. Anota los errores o elementos que consideres oportunos mejorar.

Ejercicio grupal

Se les entregará un diálogo para corregir de acuerdo a las habilidades de inicio vistas en la sesión.

Tarea

Elaborar notas sobre los elementos que solicitan en la etapa de recolección de información (historia clínica), describiendo a detalle cada uno.

¡Gracias!

¿Preguntas?

Contacto

➤ Psic. Mariel Téllez Teodoro
mariel.tellez@iztacala.gob.mx

➤ Psic. Stephany Cruz Barragán
stephany@iztacala.gob.mx

➤ Mtro. Leonardo Reynoso Erazo
leonardo@iztacala.gob.mx



Presentaciones sesión 3

Recolección de información

Presentar
Miret Tóiba Tordera
Stephany Cruz Barragán

“ El médico averigua el motivo de consulta y realiza la recolección de datos de acuerdo con el objetivo de la entrevista.”



¿QUÉ INFORMACIÓN SE REQUIERE?

- Indagar lo que el paciente sabe acerca de su estado de salud.
- Conocer a qué le atribuye el origen o causa de su problema de salud.
- Conocer si el paciente ha recibido o trata con tratamientos, previos o alternativos.

- Conocer el momento que le lleva a la consulta y la historia de su problema de salud.
- Conocer la situación económica del paciente.
- Conocer la condición familiar del paciente.
- Conocer la condición laboral del paciente.
- Conocer las condiciones de vivienda del paciente.

¿CÓMO LOGRARLO?

- Realizar preguntas abiertas para obtener más información.
- No inducir respuestas con los cuestionarios realizados.
- Guiarse por el esbozo de la hipótesis de diagnóstico.
- Evaluar las condiciones del paciente alrededor del problema, dándole la oportunidad de exponer la situación con sus palabras.

ESTILOS DE VIDA

Son patrones de comportamiento que se caracterizan por:

- Ser consistentes en el tiempo.
- Ser modulados por factores contextuales.
- Se desarrollan a través de la historia de vida del individuo.
- Los grupos de pertenencia los refuerzan.
- Pueden ser factores de riesgo o protectores.

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA?

Al demostrar los riesgos, se puede señalar la probabilidad de ocurrencia de problemas de salud en los pacientes.

Al ser transmitidos por generaciones, si se modifican se podría disminuir la morbilidad y mortalidad de la población.

Los estilos de vida saludables promueven el bienestar de las personas.

Se pueden ofrecer programas de prevención y de tratamiento para evitar enfermedades o complicaciones.

Defecciones y su distribución porcentual por causa de fallecimiento 2015

Causa de defunción	Fallecidos	Porcentaje respecto al total	Orden de las principales causas
Total	422,288	100.0	
Cardiopatías de diversa etiología	83,640	19.8	1
Definición específica de cardiopatía	81,142	19.2	
Definición no específica	2,498	0.6	
Definición no específica	17,727	4.2	2
Definición específica, arteriosclerótica y miocárdica	81,942	19.4	3
Definición específica	81,942	19.4	
Tronco respiratorio	54,207	12.8	4
Causa específica de defunción de tronco respiratorio	53,827	12.7	
Causa no específica de tronco respiratorio	380	0.1	
Causa específica de defunción de otro sistema orgánico	3,580	0.8	
Causa no específica de defunción de otro sistema orgánico	3,580	0.8	
Definición no específica	11,733	2.8	5
Total	422,288	100.0	

Algunas enfermedades y complicaciones de las mismas, tienen origen en los mencionados estilos de vida.

Causa de defunción	Fallecidos	Porcentaje respecto al total	Orden de las principales causas
Total	422,288	100.0	
Causa interna de morbilidad (de mortalidad)	407,297	96.5	
Morbilidad	37,728	8.9	
Morbilidad asociada a factores externos	3,574	0.8	
Definición de morbilidad específica	42,848	10.1	1
Definición no específica	17,727	4.2	
Definición de morbilidad no específica	25,121	6.0	2
Definición no específica	25,121	6.0	
Total	407,297	96.5	

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2015. Base de datos.

Algunas formas de los estilos de vida actúan como inmunógenos e inducen posibles patologías, es decir, llegan como factores de protección.

O bien, aumentan el riesgo de sufrir posibles enfermedades y complicaciones, y son considerados factores de riesgo.

Algunos pueden ser modificables.

FACTORES DE RIESGO:

- Prácticas sexuales de riesgo.
- Ingestión de alcohol.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Agua inaltera e higiene deficiente.
- Obesidad y sedentarismo.

FACTORES PROTECTORES:

- Actividad física regular.
- Hábitos adecuados de sueño y distracción.
- Control de sustancias: cafeína, nicotina y alcohol.
- Alimentación adecuada.



Podemos decidir y determinar nuestro estilo de vida y practicarlo voluntariamente.

VIDEO

Analiza el actuar del profesional durante la fase de recolección de información y observa posibles fallas que puedan mejorarse.

Ejercicio grupal

- En equipos de tres, se les entregó un caso clínico para analizar.
- Elaboren un diálogo en el que comuniquen al paciente la resolución del diagnóstico que obtuvieron tras la información y datos del caso.

Características del tratamiento: es decir tipo de medicamento, dosis, efectos secundarios.

Adaptación y adherencia: correcta prescripción del tratamiento.

Es importante: relacionar las ideas y dar por escrito las instrucciones del médico.

La mayoría de los pacientes que reciben información completa, fácil de entender y retener, de acuerdo al nivel de cada uno, son aquellos que siguen las recomendaciones sugeridas.

¿Qué habilidades se ponen en juego?

- Preguntar al paciente si desea ser participe en las decisiones de su tratamiento.
- Fomentar la planificación y negociación en conjunto con el paciente.
- Brindar al paciente diferentes opciones de tratamiento y sus implicaciones.

La negociación

Es una técnica de resolución de problemas.

Considerada como un acuerdo obtenido a través de la comunicación recíproca entre interlocutores, que da satisfacción a cada persona que participa en ella.

Para llevar a cabo la negociación, es importante:

- Reconocer y comprender las propias necesidades y objetivos.
- Conocer los deseos y necesidades de la otra parte.

¿Qué debemos tener en cuenta?

- No perder de vista que el objetivo es llegar a un acuerdo, no quebrantarlo con juicios personales.
- Tener claro qué es negociable y qué no, tanto para uno mismo como para el otro.
- Tener claro qué se quiere obtener y no defender una posición simplemente porque se considera una lucha de poder.

Antes de decidir, generar una variedad de posibilidades, entre las cuales se decide la más satisfactoria para los dos. De lo contrario, con una sola opción, parecerá una imposición.

Para que un acuerdo sea duradero tiene que ser satisfactorio para ambos. Los dos interlocutores tienen que sentir que han ganado algo.

Si cualquiera de está fuera de la negociación no considera que el acuerdo es beneficioso para ambas partes, seguro que no lo es.

Ejemplo:

Médico Antonio, como se lo ha comentado, cree que tiene una diabetes y por eso le voy a recomendar que tome un antidiabético.

Paciente: Doctor, yo sé que a mí no me gusta tomar nada.

M: Entiendo que no te gusta, a mí tampoco a mí me es bastante necesario, pero ¿qué se le da que le preocupa especialmente de tomar un antidiabético?

P: Tengo miedo de quedarme engordado, como le pasó a un familiar mío con el azúcar.

M: El azúcar se le tranquiliza. Ya lo voy a recetar un antidiabético, y los antidiabéticos nunca producen náuseas. Si eso se lo preocupaba, quedare tranquilo.

P: Pero me preocupa mi hijo. ¿Las medicaciones afectan?

M: Te recomiendo un antidiabético asociado a insulina. Son los que menos afectan a los órganos. Insúlase las heparinas. Muy bien lo tiene durante años. Nunca engordó y se le un medicamento muy seguro. ¿Qué otras preocupaciones tiene con el antidiabético?

P: No sé, no sé.

M: ¿Eso genera que problema?

La información

El médico brinda indicaciones acerca de los cambios de estilo de vida que debe seguir el paciente.

El médico prescribire los medicamentos, indicando la hora, duración y función de cada uno. Asegurarse que el paciente haya entendido todo.

Las indicaciones que otorga el profesional se ajustan a las condiciones de vida del paciente.

Explicar al paciente estrategias para cumplir con su tratamiento, por ejemplo recordatorios para el ingreso de medicamento.

Comprobar que el paciente está de acuerdo con el plan de trabajo.

Asimismo debe tomarse en cuenta que la adherencia implica:

- Información
- Sensación de control
- Soporte social

Información de la dieta:

- Alimentos permitidos.
- Condiciones.
- Calorías.
- Sustitución de alimentos.
- Horarios de alimentación.
- Períodos de ayuno.
- Preparación de alimentos.

Sensación de control

«Conocimiento de la acción de los medicamentos.»

- Administración de los medicamentos.
- El control sobre las condiciones de vida.
- Sustitución de alimentos.
- Manejo de alimentos.

Soporte social

- Coadyuvando en la administración de medicamentos.
- Colaborando con la dieta.
- Colaborando con la higiene.
- Ayudando a cambiar el estilo de vida.
- Haciendo ejercicio en grupo.
- Compartiendo metas.

PONER EN PRÁCTICA ESTOS COMPONENTES PROMUEVE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE.

EJERCICIO GRUPAL

En parejas se les dará un caso clínico, deberán proponer una forma de negociar con el paciente en alguno de los siguientes aspectos:

- Alimentación
- Actividad física
- Consumo de sustancias

Cierre de la entrevista

Es el momento final de la consulta. Se acuerdan los pasos siguientes a realizar con el paciente.

Las habilidades necesarias son:

- El médico tiene un momento de su consulta, a qué hora comienza.
- El médico describe al paciente sus problemas, pero con respeto y empatía.

+ SALUD

El médico indica la fecha y hora del próximo encuentro.

El médico describe al paciente, proponiendo enfrentar la tarea de su consulta.

¡GRACIAS!

¿Preguntas?

Contacto:

- Psic. Maribel Téllez Teodoro
- Psic. Stephany Cruz Barragán
- Mtro. Leonardo Raynoso Erazo

IZTACALA

Videos para las sesiones del taller

Disponibles en el siguiente enlace público a google drive:

https://drive.google.com/drive/folders/1xqxFLpvWp14ORfXNEV7FnfRPSHHLn5_n?usp=sharing

Anexo 8

Cartas descriptivas

Entrenamiento en habilidades comunicativas en estudiantes de medicina		
Facilitador: Stephany Cruz y Mariel Téllez	Tema: Habilidades comunicativas durante la entrevista	
Fechas: Tentativamente una semana	Número de sesiones: 5	Duración: 20 horas
Objetivo general del taller: Al término del taller, los participantes habrán adquirido habilidades comunicativas que les serán útiles en la práctica médica de la entrevista.		

Sesión/ Fecha	Objetivo específico	Técnicas	Actividades		Actividades en casa	Materiales	Criterio de cambio
			Terapeuta	Participante			
1	<p>Evaluar las habilidades de comunicación con las que cuentan los participantes, en simulación de entrevista médica, informe de diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Que el participante identifique las partes de la entrevista médica, asimismo</p>	<p>Evaluación escrita Evaluación con role playing</p> <p>Exposición Participación activa Ensayo conductual Retroalimentación</p>	<p>Se explicará brevemente a los asistentes en qué consistirá el taller psicoeducativo, la distribución de las sesiones y los objetivos que se pretenden que logren al término del mismo.</p> <p>Darán indicaciones para el inicio de la evaluación, formando tres equipos. Mientras dos grupos realizan la prueba escrita, a uno</p>	<p>Los participantes escucharán las instrucciones de las investigadoras.</p> <p>Cada asistente responderá un cuestionario. Formarán equipos para la evaluación práctica y cada uno pasará al módulo indicado.</p> <p>Mencionarán los componentes de la entrevista médica</p>	<p>Elaborar un diálogo de una de las partes de la entrevista médica, ejemplificando alguno de los tres estilos comunicativos.</p>	<p>Presentación del taller en PP Cuestionarios Lápices Consentimiento informado Lista checable Cámara Computadora Presentación de la entrevista médica y estilos de comunicación en PP Tarjeta de caso clínico Tarjeta de estilo de comunicación</p>	<p>Los participantes mencionan los componentes de la entrevista médica.</p> <p>Los participantes distinguen los elementos que caracterizan los estilos de comunicación: pasiva, agresiva y asertiva.</p>

	<p>que distinga los diferentes estilos de comunicación.</p>		<p>se le distribuirá en los tres módulos respectivos para la evaluación práctica.</p> <p>Al término de las pruebas, se comenzará con el primer tema. Se les pedirá a los participantes que mencionen cuáles consideran que son los componentes de la entrevista médica, y se complementará la información con el uso de la presentación en PP. Para corroborar que los participantes logran identificar las partes de la entrevista, se presentará grupalmente una serie de diálogos para analizarlos.</p> <p>Posteriormente, se indicará la importancia de los estilos de comunicación dentro del contexto de la entrevista y se explicará cada uno.</p> <p>Se pedirá la participación de dos</p>	<p>que conocen, y en qué consisten; escucharán la explicación de las investigadoras y participarán activamente. Dos de ellos, interpretarán un caso clínico, personificando un estilo de comunicación. Los participantes que no pasen al frente, observarán a sus compañeros y retroalimentarán su interpretación. Con las tarjetas de estilos de comunicación, indicarán cuál identificaron en el caso interpretado por sus compañeros. Expresarán sus dudas para que puedan ser aclaradas.</p>			
--	---	--	--	--	--	--	--

			<p>voluntarios para un ensayo conductual; a cada integrante del resto del grupo se le entregará una tarjeta de un estilo comunicativo y se explicará la función de éstas para el ejercicio.</p> <p>Se retroalimentará la participación de cada uno y se enfatizará en las diferencias de cada estilo comunicativo.</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión/ Fecha	Objetivo específico	Técnicas	Actividades		Actividades en casa	Materiales	Criterio de cambio
			Terapeuta	Participante			
2	<p>Que los participantes incorporen el estilo comunicativo asertivo en la entrevista médica.</p> <p>Que identifiquen la importancia del lenguaje no verbal en la relación médico-paciente.</p>	<p>Ensayo conductual</p> <p>Participación activa</p> <p>Retroalimentación</p>	<p>Las investigadoras solicitarán a tres participantes que lean y representen en una simulación, el diálogo realizado de tarea. Se enfatizará en la práctica del lenguaje verbal y no verbal que componen el estilo asertivo.</p>	<p>Representarán una escena de la entrevista médica, utilizando su tarea. Sus compañeros y las investigadoras retroalimentarán su participación. Durante la presentación de los elementos no verbales, los participantes expresarán sus</p>	<p>Se pedirá a los participantes que anoten los elementos que solicitan en la etapa de historia clínica, desglosando a detalle cada uno.</p>	<p>Presentación PP</p> <p>Videos 1, 2 y 3</p> <p>Tarjeta de caso clínico</p> <p>Diálogos impresos de inicio de entrevista y recolección de información</p>	<p>Los participantes hacen uso del estilo asertivo durante la entrevista médica.</p> <p>Los participantes identifican los elementos no verbales de la entrevista médica.</p>

	<p>Que los participantes practiquen las habilidades presentes en el inicio de la entrevista médica</p>		<p>Como parte de la incorporación de elementos no verbales, se realizará una explicación de las habilidades presentes durante toda la entrevista médica, así como componentes verbales que deben considerarse para una mejora en la comunicación con el paciente.</p> <p>Posteriormente se proyectará el video 2 para analizar los elementos y habilidades no verbales. Se solicitará la participación de dos personas para realizar una representación en la que realicen de una manera adecuada las observaciones hechas.</p> <p>Se pedirá a los participantes que elaboren una lista de las actividades que consideran en el inicio de una entrevista médica;</p>	<p>dudas y comentarán sus conocimientos acerca del tema.</p> <p>En la proyección del video, los participantes harán observaciones sobre los elementos revisados con anterioridad y llevarán a cabo una representación mejorando dichos elementos.</p> <p>Enlistarán las actividades que realizan en el inicio de la entrevista médica y participarán en la discusión.</p> <p>Escucharán la explicación de las investigadoras y aportarán sus opiniones sobre las habilidades de inicio y de recolección de información.</p> <p>Observarán los vídeos y anotarán los errores que vean en la entrevista médica y</p>		<p>Los participantes practicarán las habilidades presentes en el inicio de sesión de la entrevista médica y de recolección de la información, las cuales se retroalimentarán.</p> <p>Los participantes incorporarán las habilidades con las que no cuenten en la entrevista médica.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>se discutirá en grupo.</p> <p>Se dará una explicación sobre las habilidades de inicio de la entrevista médica.</p> <p>Posteriormente, se analizarán los vídeos 1 y 3, observando las habilidades en el inicio de la entrevista (saludar al paciente, presentación, motivo de consulta). Se les pedirá a dos participantes que realicen un ensayo conductual.</p> <p>Se entregará a los participantes un diálogo con elementos de inicio de la entrevista, que tendrán que corregir o complementar con lo visto en la sesión, según sea el caso.</p> <p>Se retroalimentará su participación y se resolverán dudas.</p>	<p>los comentarán al grupo.</p> <p>Participarán en la representación del ensayo conductual. La mitad del grupo observará las habilidades no verbales, mientras la otra mitad observa las habilidades de inicio de entrevista.</p> <p>Corregirán un diálogo con elementos de inicio de la entrevista. Al finalizar, expresarán dudas y recibirán retroalimentación..</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Sesión/ Fecha	Objetivo específico	Técnicas	Actividades		Actividades en casa	Materiales	Criterio de cambio
			Terapeuta	Participante			
3	<p>Que los participantes practiquen las habilidades comunicativas presentes en la elaboración de la historia clínica.</p> <p>Asimismo, discutir la importancia de conocer el estilo de vida del paciente para la prevención de enfermedades y/o complicaciones.</p> <p>Que los participantes proporcionan el diagnóstico a los pacientes, de forma completa y comprensible</p>	<p>Participación activa</p> <p>Retroalimentación</p> <p>Ensayo conductual</p>	<p>Se hará una lluvia de ideas relacionada con los elementos que los participantes consideran en la elaboración de la historia clínica; se ofrecerá una explicación..</p> <p>Se hará hincapié en la relevancia de indagar el estilo de vida del paciente, como una manera de adecuar las recomendaciones dirigidas al mismo.</p> <p>Se proyectará un video para analizar el actuar del profesional a la hora de recolectar información de su paciente; se pedirá a los participantes que observen posibles fallas y propongan mejoras al respecto,</p>	<p>Participarán en la lluvia de ideas.</p> <p>Participará a lo largo de la explicación de la relevancia de los estilos de vida.</p> <p>Observarán el video que se proyectará y registrará los elementos que identifique de la explicación antes realizada.</p> <p>Una pareja será participe en un ensayo conductual retomando las observaciones tanto del video como de la exposición.</p>	<p>Con base en las habilidades vistas en la sesión, se pedirá a los participantes que escriban una experiencia que hayan tenido en consulta en la que les hayan proporcionado su diagnóstico y tratamiento; haciendo énfasis en la explicación que hizo su médico para darles las indicaciones de cuidado.</p>	<p>Vídeo</p> <p>Computadora</p> <p>Plumones</p> <p>Pizarrón</p> <p>Presentación PP</p> <p>Casos impresos para cada equipo</p>	<p>Los participantes practicarán las habilidades que se ejecutan en la elaboración de la historia clínica.</p> <p>Los participantes identifican e integran a la entrevista, preguntas y datos acerca de los estilos de vida del paciente.</p> <p>Los participantes integrarán las habilidades comunicativas señaladas en el discurso de diagnóstico.</p>

			<p>las cuales llevarán a cabo en un ensayo conductual. Se resolverán las dudas que surjan y se retroalimentará tras cada ensayo.</p> <p>Se proporcionará a grupos de 3 participantes, datos de un caso de diabetes mellitus y tendrán que desarrollar un diálogo para dar el diagnóstico a su paciente.</p> <p>En los equipos correspondientes pedirá que dos realicen el diálogo y uno de ellos observe a sus compañeros y haga retroalimentación al respecto. Mientras tanto, las investigadoras realizarán comentarios a cada equipo durante la actividad.</p> <p>Con base en el ejercicio y un esquema sobre el contenido a tratar en la resolución del</p>	<p>Participarán activamente en equipo con el ejercicio de diagnóstico, interpretando y observando.</p> <p>Atenderán la explicación que se proporcione acerca de la etapa de diagnóstico.</p> <p>Comentarán el video que se les muestre y atenderán a la explicación de las investigadoras.</p> <p>Realizarán modificación a sus diálogos con base en el tema de la exposición y representarán nuevamente la resolución del diagnóstico con las mejoras indicadas.</p>		<p>Proporcionan una explicación acorde a las características de su paciente, con la estructura vista en sesión.</p>
--	--	--	---	---	--	---

			<p>diagnóstico y la estructura a seguir.</p> <p>Se proyectará un video en el que los participantes analizarán el modo en que se otorga un diagnóstico; se solicitará a los equipos que integren las observaciones hechas a su tarea y una pareja lo representará ante el grupo. Se harán observaciones para lograr una ejecución adecuada de los participantes</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

Sesión/ Fecha	Objetivo específico	Técnicas	Actividades		Actividades en casa	Materiales	Criterio de cambio
			Terapeuta	Participante			
4	Que los participantes practiquen las habilidades necesarias para proporcionar un tratamiento integral a sus pacientes.	Moldeamiento Retroalimentación Participación activa	Revisarán la tarea propuesta en la anterior sesión, se iniciará con la explicación de las habilidades presentes en el apartado del tratamiento.	<p>Atenderán la explicación y participarán en la misma, aportado ideas, dudas o experiencias al respecto.</p> <p>Realizarán una simulación de la</p>		Presentación PP Tarjeta de caso clínico	Los participantes proporcionan indicaciones médicas pertinentes a la circunstancia de su paciente.

			<p>En la exposición, se enfatizará en tomar en cuenta la decisión del paciente acerca de si desea ser participe en su tratamiento, así como en ofrecer opciones de tratamiento incluyendo la explicación de las mismas.</p> <p>Asimismo, se expondrá sobre la importancia de considerar los estilos de vida del paciente y su relevancia en la adecuación del tratamiento.</p> <p>Observarán la ejecución de los participantes y se moldeará la conducta deseada.</p> <p>Posteriormente, en parejas se les dará un caso clínico del cual tendrán que hacer una negociación de algún elemento, por ejemplo de alimentación, actividad física, consumo de sustancias, etc.</p> <p>Para cerrar con las fases de la entrevista, se indicarán las</p>	<p>negociación presente en consulta, de la cual, se les retroalimentará.</p> <p>Realizarán un ensayo en el que integren la retroalimentación y recomendaciones para proporcionar el tratamiento y negociar cambios en el estilo de vida del paciente.</p>			<p>El participante negociará los cambios en el estilo de vida de su usuario.</p>
--	--	--	--	---	--	--	--

			habilidades para finalizar la etapa.				
--	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--

Sesión/ Fecha	Objetivo específico	Técnicas	Actividades		Actividades en casa	Materiales	Criterio de cambio
			Terapeuta	Participante			
5	Evaluar las habilidades de comunicación desarrolladas por los participantes durante el taller.	Evaluación escrita Evaluación con role playing Exposición	Cuestionarios Lápices Lista checable Cámara Computadora Presentación PP	<p>Como parte del cierre del taller y a manera de estimar los alcances de los objetivos del taller, se dará inicio a la evaluación final, para ello se formarán 4 equipos de 3 participantes para que realicen su ejecución práctica.</p> <p>Se responderán dudas que tengan los participantes, asimismo, se agradecerá a cada uno por su colaboración con el proyecto.</p>	<p>Formará equipos y pasará a los módulos correspondientes para la prueba práctica.</p> <p>Expresará sus opiniones, comentarios y dudas respecto al taller.</p>		<p>Los participantes realizarán la entrevista clínica como la practicarón en el taller psicoeducativo.</p> <p>Los participantes resolverán sus dudas y expresarán sus opiniones.</p>