



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller “La comunicación empática” en estudiantes de medicina de la UTPL. Período octubre 2015– febrero 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Guerrero Vásquez, Paula Anabel

DIRECTORA: Bautista Valarezo, María Estefanía, Dra

LOJA – ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.

Doctora.

María Estefanía Bautista Valarezo.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller “La comunicación empática” en estudiantes de medicina de la UTPL. Período octubre 2015– febrero 2016 ”realizado por Guerrero Vásquez Paula Anabel, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Guerrero Vásquez Paula Anabel declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Adquisición de competencias en la comunicación mediante la implementación del taller “La comunicación empática” en estudiantes de medicina de la UTPL. Período octubre 2015 - febrero 2016”, de la Titulación de Medicina, siendo la Dra. María Estefanía Bautista Valarezo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor: Guerrero Vásquez Paula Anabel

Cédula: 1104378250

DEDICATORIA

El proyecto de investigación redactado en las siguientes hojas quiero dedicarlo a todas las personas que me han brindado apoyo y ánimos necesarios para seguir adelante, especialmente a Dios, a mis padres, a mis hermanos y abuelitos que siempre han estado presentes y a unos cuantos amigos de quienes nunca me faltó una palabra de aliento.

Paula Guerrero.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios, porque el es mi guía y es quien me ha llevado hasta donde estoy.

A mis padres y hermanos por su apoyo, por su comprensión y por su amor.

A mis amigos que colaboraron a lo largo de este proyecto.

A los docentes Dra. Estefanía Bautista y Dr. Fernando Espinosa Herrera, quienes han sido mis mentores al orientarme en la realización de este proyecto.

Paula Guerrero.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Páginas
CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	
1.1. LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA MÉDICO – PACIENTE.....	6
1.2. PROCESO DE ENSEÑANZA DE COMUNICACIÓN EMPÁTICA.....	7
1.3. TALLER DE SIMULACIÓN.....	9
1.4. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA.....	9
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	13
2.2. UNIVERSO.....	13
3.3. MUESTRA.....	13
4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	13
4.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	15
4.6. PROCEDIMIENTO.....	15
4.7. PLAN Y TABULACIÓN DE ANÁLISIS.....	16
CAPÍTULO 3: RESULTADOS	
3.1. RESULTADO 1.....	18
3.2. RESULTADO 2.....	19
3.3. RESULTADO 3.....	26
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.	
ANEXO N° 1. GUÍA DIDÁCTICA DEL TALLER	39
ANEXO N° 2. VIDEO	47
ANEXO N°3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
ANEXO N° 4. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECO)	49
ANEXO N°5. DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA.....	50

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado con el fin de determinar la adquisición de competencias en comunicación empática en estudiantes de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, para lo cual se diseñó e implementó un taller denominado “La comunicación empática”, ejecutado con una guía y video.

Se dividió a los estudiantes en dos grupos “A” y “B”. Al grupo “A” (intervenido) recibió taller y video mientras que al grupo “B” (control) no. En una primera evaluación, se midió la respuesta de ambos grupos a través del ECOE #1, observando que aquellos que no recibieron video ni taller reprobaron en un 53.1% y no alcanzaron la competencia; los del grupo “A”, aprobaron en un 100%.

Posteriormente en un segundo momento, un mes después, se valoró la huella de memoria con un segundo ECOE. Se determinó que los estudiantes del grupo “A” (intervenido) en el primer ECOE obtuvieron una media de 18.36 mientras que en el ECOE #2 fue de 17.90, observándose que al valorar huella de memoria la destreza se adquiere con menor promedio que en el ECOE #1.

Palabras Clave: comunicación empática, competencias, ECOE, taller de simulación.

ABSTRACT

This work was performed in order to determine the acquisition of skills in empathic communication in medical students at "Universidad Técnica Particular de Loja", for which it was designed and implemented a workshop entitled "La comunicación empática", executed with a guide and a video.

We divided the students into two groups "A" and "B". The group "A" (intervened) received the workshop and the video while the group "B" (control) did not. In a first assessment, the response of both groups was measured through ECOE # 1, noting that those who did not receive video or workshop failed in 53.1% and reached no competition; the group "A", approved by 100%.

Later, in a second stage, a month later, the memory footprint was assessed with a second ECOE. It was determined that students in the group "A" (involved) in the first ECOE obtained an average of 18.36 while in the ECOE # 2 it was 17.90, noting that in assessing memory footprint the skill is acquired with a lower average than in the ECOE # 1.

Keywords: empathic communication skills, ECOE, simulation workshop.

INTRODUCCIÓN

El tema de este proyecto consiste en la implementación de un taller de comunicación empática para los estudiantes de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja con la finalidad de que logren adquirir destrezas en comunicación empática, ya que se observó que un número alto de participantes a quienes se los evaluó sin dar anteriormente el taller, no habían desarrollado la destreza y por el contrario se observa que todos aquellos a quienes se les imparte el taller adquieren la destreza en comunicación empática y logran aprobar, de aquí nace la necesidad de implementar estos talleres en los programas de formación de las carreras de medicina.

Para comprobar lo dicho anteriormente se utilizó la huella de memoria, con la misma que se evaluó al Grupo “A” (intervenido) a través de un segundo examen o ECOE# 2 al final del ciclo académico, determinándose que la competencia sí fue adquirida por todos los estudiantes a quienes se les dio el taller, pero con un promedio menor.

Para una mejor introducción al tema es importante conocer que la empatía es una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina. Es un componente central de las relaciones terapéuticas médico – paciente e influye positivamente en los resultados de salud. (Esquerda, Yuguero, Viñas, & Pifarré, 2015), (Yildiz, Mehmet, & Baki, 2013).

Como instrumento de recolección de datos y de evaluación, se utilizó la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) que es considerada como uno de los exámenes más válido, fiable y eficaz para la evaluación de las habilidades clínicas. Se trata de una técnica de evaluación en el que el estudiante demuestra su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas. (Sharma, Chandra, & Chaturvedi, 2013)

El presente estudio está enfocado en la adquisición de destrezas de comunicación, por lo que se planteó un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo y descriptivo. El universo involucró a los estudiantes matriculados en el componente Fundamentos Filosóficos de la Medicina en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015 – febrero 2016, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose una muestra n=71.

En el presente trabajo, para dar respuesta al problema, primero se plantearon algunos objetivos que fueron desarrollados a lo largo de la investigación:

- Implementar el taller “La comunicación empática” en estudiantes de medicina.
- Evaluar el logro de las competencias en “La comunicación empática” mediante la aplicación de la ECOE al final del taller.
- Evaluar la huella memorística de las destrezas en “La comunicación empática” mediante la aplicación de la ECOE del taller, al final del ciclo académico.

El estudio inició con la implementación del taller “La comunicación empática”, para esto se elaboró una guía y un video, en los cuales se enseña” a los estudiantes un modelo de cómo llevar una comunicación empática con el paciente. El video es didáctico ya que es una representación con actores de una consulta con comunicación empática médico – paciente.

Posteriormente, se realizó la evaluación de la adquisición de la destreza en comunicación a través del ECOE#1, tomando en cuenta dos grupos “A” y “B”, donde a uno de los grupos se le dio taller y video y al otro no, respectivamente. Observándose que es necesario la implementación de estos talleres en la adquisición de la competencia.

Para cumplir el objetivo de huella de memoria, se realizó un segundo ECOE un mes posterior al primero.

Durante la investigación existió predisposición por parte de los estudiantes y tutores para la realización del taller y ECOE.

Finalmente, es importante recalcar que la presente investigación nos demuestra lo útil que es aplicar un taller de comunicación empática en los estudiantes de medicina, debido a que nos permite ligar con el paciente y mantener una buena relación médico - paciente.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. La comunicación empática médico – paciente.

La empatía es una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina. Es un componente central de las relaciones terapéuticas médico - paciente, y se ha demostrado que influyen positivamente en los resultados de salud. (Esquerda, Yuguero, Viñas, & Pifarré, 2015), (Yildiz, Mehmet, & Baki, 2013).

Tiene dos componentes: emocional y cognitivo. Mientras que el componente cognitivo trata de entender los pensamientos de otra persona por entrar en su papel, el componente emocional es la comprensión de sus emociones, tal cual como son sentidos por la otra persona. (Wright, McKendree, Morgan, Allgar, & Brown, 2014).

La empatía mejora la confianza del paciente, el compromiso con los tratamientos sugeridos, reduce la ansiedad y es útil en el trabajo en equipo. Se sugiere que en las carreras clínicas hay una necesidad mayor de empatía cognitiva, porque los altos niveles de competencia clínica también requieren empatía afectiva, la comprensión emocional y el compromiso con el paciente. Además, permite al estudiante o médico hacer preguntas adecuadas en el momento adecuado, y evaluar lo que se requiere para una interacción exitosa. El bienestar de estudiantes de medicina parece ser mejor, con menores niveles de angustia cuando tienen una buena capacidad de empatía. (Wright, McKendree, Morgan, Allgar, & Brown, 2014).

Por lo tanto, proveer empatía se puede definir como la competencia socio-emocional para comprender la situación del paciente, perspectivas y sentimientos y actuar en ese entendimiento con el paciente en forma útil. (Hsu, y otros, 2012).

Un acrónimo útil que orienta a profesionales y estudiantes de la medicina a los aspectos clave para percibir y responder a las señales emocionales no verbales es E.M.P.A.T.H.Y.

- E: contacto visual (**e**ye)
- M: los **m**úsculos de la expresión facial
- P: **p**ostura
- A: **a**fecciones
- T: **t**ono de voz
- H: escuchar todo al paciente (**h**ear)
- Y: su respuesta. (Riess & Kraft- Todd, 2014)

El médico empático también puede beneficiarse de una mayor precisión diagnóstica, de un trabajo más significativo, una mayor sensación de bienestar, y la reducción de los síntomas de agotamiento. (Eikeland, Ornes, Finset, & Pedersen, 2014)

A pesar de las ventajas nombradas anteriormente, se ha determinado en varios estudios que la empatía disminuye durante la formación médica y esto es lo que al momento se desea evitar, a través de la implementación de talleres, ya que es primordial, en sí es la base de la consulta. (Eikeland, Ornes, Finset, & Pedersen, 2014)

Los médicos no nacen con excelentes habilidades de comunicación, ya que tienen diferentes talentos innatos. En su lugar, pueden entender la teoría de la buena comunicación entre médico y paciente, aprender y practicar estas habilidades, y ser capaz de modificar su estilo de comunicación si hay motivación y el incentivo suficiente para la auto-conciencia, auto-monitoreo y capacitación. El entrenamiento en habilidades de comunicación se ha encontrado para mejorar la comunicación médico-paciente. Sin embargo, los comportamientos mejorados pueden caducar en el tiempo. Por tanto, es importante practicar nuevas habilidades, con información periódica sobre el comportamiento adquirido. Algunos han dicho que la educación médica debe ir más allá de la formación profesional para fomentar 'la capacidad de respuesta de los pacientes a los médicos'. (Ha, Anat, & Longnecker, 2010)

1.2. Proceso de enseñanza de comunicación empática.

Los programas de educación médica debieran incluir en todo nivel curricular, la enseñanza de la comunicación médico-paciente. La comunicación está relacionada al concepto de sí mismo y a la autoestima. Las personas perciben la forma en que se comunican como una parte de cómo son, de cuánto se valoran a sí mismos. La comunicación efectiva en medicina incluye una serie de habilidades aprendidas o, como algunos dicen, un conjunto de procedimientos que tienen como fin mejorar el cuidado del paciente. (Moore, Gómez, & Kurtz, 2012)

La actitud y el deseo de aprender influirán en el aprendizaje y la personalidad a su vez, puede gravitar en ambos factores. El aprendizaje de comunicación efectiva requiere una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia. Cualquier persona que quiera aprender puede hacerlo, siempre y cuando las dificultades que presente no sean el resultado de problemas psiquiátricos previos. Aun los aprendices que inicialmente presentan actitudes negativas o se muestran a la defensiva, pueden lograr comunicar de manera más

efectiva si tienen la ayuda apropiada y si se han puesto en la disposición de querer hacerlo. (Moore, Gómez, & Kurtz, 2012)

Los programas de capacitación necesitan incluir estrategias activas, orientadas a la práctica. Presentaciones orales sobre habilidades de comunicación, el modelado y la información escrita sólo deben utilizarse como estrategias de apoyo. (Berkhof, Van Rijssen, Schellart, Anema, & Van der, 2011)

Literatura, representaciones teatrales, películas y las artes podrían utilizarse para mejorar la empatía entre los estudiantes de medicina y residentes. El uso de estos medios de comunicación permite aprender cómo se expresan sentimientos. (Ziółkowska-Rudowicz & Kładna, 2010)

Programas de educación médica están adoptando cada vez más la simulación, tanto en los planes de estudios de grado y postgrado. Muchas de las razones para este cambio fueron: los cambios en la prestación de asistencia sanitaria, la falta de objetividad de los exámenes clínicos y el potencial de la simulación para mejorar aprendizaje. (Qayumi, y otros, 2014)

En un estudio llevado a cabo en 19 estudiantes de segundo año de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, durante 2 años consecutivos (n= 38), participaron en cuatro sesiones en las cuales practicaron los principios y habilidades de improvisación, y reflexionaron sobre el papel de esas habilidades en su comunicación con los pacientes y se encontró que en el taller de improvisación dirigido a mejorar las habilidades de comunicación de los estudiantes de medicina tuvo el potencial para impartir habilidades valiosas que son esenciales para la prestación de atención empática, centrada en el paciente. (Shochet, King, Levine, Clever, & Wright, 2013)

En otro estudio interesante, se realizó una comparación entre la eficacia de la educación clínica tradicional hacia las metas de adquisición de habilidades frente a la educación médica basada en la simulación y los resultados muestran que la educación médica basada en la simulación es superior a la enseñanza de la medicina clínica tradicional en el logro de objetivos de adquisición de habilidades clínicas específicas. (McGaghie, Issenberg, Cohen, Barsuk, & Wayne, 2011)

1.3. Taller de simulación.

Es importante conocer que un taller de simulación es útil para poder disponer de un proceso sistemático de acción que permita mejorar el proceso de toma de decisiones, optimizar los recursos y aumentar la seguridad del paciente. Además, la simulación médica avanzada constituye un recurso fundamental para el entrenamiento de los profesionales en la atención médica. (Nieto, Pérez, García, & Iglesias, 2015)

Por medio de la simulación clínica el estudiante interactúa en un entorno que simula la realidad, con una serie de elementos a través de los cuales resolverá una situación o caso clínico. Se puede decir que tiene cuatro objetivos principales: educar, evaluar, investigar e integrar el sistema de salud.

El aprendizaje y la evaluación mediante la simulación en general aunque conlleva el empleo de numerosos recursos, goza de gran aceptación entre alumnos e instructores en simulación, cumple todas las fases del aprendizaje experiencial y es la opción para la práctica de las habilidades necesarias ante situaciones críticas ya que la seguridad del paciente es un punto al que las organizaciones sanitarias cada vez prestan mayor atención y poder garantizarla implica tratar de conseguir la excelencia en el cuidado. Para conseguir este objetivo, la práctica es algo fundamental, siendo la simulación clínica, en todas sus variantes, una herramienta muy valiosa para mejorar multitud de habilidades, con una incorporación cada vez mayor en la metodología docente de centros universitarios y sanitarios. La simulación ha evolucionado en las últimas décadas, mucho más rápido en los últimos años, gracias a los avances tecnológicos y las múltiples ventajas que ofrece.

Por lo tanto al diseñar adecuadamente un escenario de simulación, este se convierte en una herramienta con un gran potencial docente. (Abraham Velasco , 2013)

1.4. Evaluación clínica objetiva estructurada.

La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) es un instrumento que se ha utilizado desde la década de 1970. (Baig & Violato, 2012). Es una herramienta evaluativa multiuso versátil que puede utilizarse para evaluar a los profesionales de la salud en un entorno clínico. Evalúa la competencia, sobre la base de pruebas objetivas, a través de la observación directa. Es precisa, objetiva y reproducible, permite la evaluación uniforme de los estudiantes para una amplia gama de habilidades clínicas. A diferencia del examen clínico tradicional, la ECO podría evaluar las áreas más críticas para el desempeño de los

profesionales de la salud, tales como habilidades de comunicación y capacidad para manejar el comportamiento del paciente impredecible. (Zayyan, 2011)

La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada está siendo considerada como uno de los exámenes más válidos, fiables y eficaces para la evaluación de las habilidades clínicas. Se trata de una técnica de evaluación en el que el estudiante demuestra su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas. (Sharma, Chandra, & Chaturvedi, 2013)

El ECOE se encuentra formado por varias "estaciones" en las que se espera que los examinados realicen una variedad de tareas clínicas dentro de un período de tiempo especificado frente a criterios formulados para la habilidad clínica, lo que demuestra la competencia de habilidades y / o actitudes.

Estas estaciones pueden implicar varios métodos de prueba, incluyendo el uso de elección múltiple o respuestas precisas cortas, la historia clínica, la demostración de los signos clínicos, la interpretación de los datos clínicos, habilidades prácticas y sesiones de orientación entre otros.

La mayoría de ECOES utilizan "pacientes estandarizados" para llevar a cabo la historia clínica, el examen y las sesiones de orientación. Los pacientes estandarizados son individuos que han sido entrenados para exhibir ciertos signos y síntomas de condiciones específicas bajo ciertas condiciones de prueba.

Los pasos básicos en el modelo de un ECOE incluyen:

- Determinación del equipo del ECOE.
- Habilidades que deben evaluarse en las estaciones.
- Esquema objetivo de la calificación.
- Contratación y formación de los pacientes estandarizados.
- Logística del proceso de examinación.

Ventajas de la ECOE:

1. Escenarios uniformes para todos los candidatos.
2. Disponibilidad.
3. Seguridad, no hay peligro de lesión a los pacientes.
4. No hay riesgo de litigio.
5. Evaluación de actores (simuladores).
6. Permite la retroalimentación.

7. Las estaciones pueden ser adaptadas a nivel de habilidades que deben evaluarse.
8. Permite la demostración de habilidades de emergencia. (Zayyan, 2011)

Por todos los motivos determinados anteriormente es muy útil y necesario implementar este tipo de talleres en los estudiantes del componente Fundamentos Filosóficos de la Medicina en la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de formar profesionales, que se encuentren preparados en todos los ámbitos y más aún en este humanístico, ya que la comunicación empática como lo hemos visto es una base fundamental para el posterior desarrollo de la consulta médica.

CAPÍTULO 2
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, en la línea de tiempo prospectivo y descriptivo.

2.2. Universo.

Los estudiantes matriculados en el componente Fundamentos Filosóficos de la Medicina en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015– febrero 2016. N= 71.

2.3. Muestra.

2.3.1. Tamaño de la muestra: n= 71 estudiantes: Grupo “A” (intervenido) = 39 estudiantes, Grupo “B” (control) = 32 estudiantes.

2.3.2. Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.3.3. Criterios de inclusión: Se incluyen todos los estudiantes masculinos y femeninos matriculados en el componente Fundamentos Filosóficos de la Medicina en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015 – febrero 2016.

2.3.4. Criterios de exclusión: Estudiantes que no completaron las actividades planificadas del taller y aquellos que no firmen el consentimiento informado.

2.4. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Taller de Simulación.	Actividades que imitan la realidad de un entorno clínico, son diseñadas para demostrar procedimientos, toma de decisiones y pensamiento crítico a través de otras técnicas. (Gaberson & Oermann, 2014)	Guía del taller. Video del taller. Pacientes simulados.	Realización del Taller Si / No.

<p>Competencias en la comunicación empática.</p>	<p>Capacidad socio-emocional para comprender la situación del paciente, perspectivas y sentimientos y actuar en ese entendimiento con el paciente en forma útil a través de la comunicación. (Hsu, y otros, 2012).</p>	<p>ECOЕ #1.</p> <p>Calificación entre uno y veinte puntos:</p> <table border="1" data-bbox="868 528 1139 994"> <tr><td>20 :Sobresaliente.</td></tr> <tr><td>19: Notable.</td></tr> <tr><td>18: Bien.</td></tr> <tr><td>17: Satisfactorio.</td></tr> <tr><td>14 a 16: Suficiente.</td></tr> <tr><td>10 a 13: Insuficiente.</td></tr> <tr><td>0 a 9: Deficiente.</td></tr> </table>	20 :Sobresaliente.	19: Notable.	18: Bien.	17: Satisfactorio.	14 a 16: Suficiente.	10 a 13: Insuficiente.	0 a 9: Deficiente.	<p>Frecuencia y porcentaje de estudiantes que adquieren la competencia al obtener una calificación mayor a 14 puntos en la ECOE al final del taller.</p> <p>Aprobado / Reprobado.</p>
20 :Sobresaliente.										
19: Notable.										
18: Bien.										
17: Satisfactorio.										
14 a 16: Suficiente.										
10 a 13: Insuficiente.										
0 a 9: Deficiente.										
<p>Competencias en la comunicación empática. (Huella memorística.)</p>	<p>Es la activación de circuitos neurales para producir recuerdos. Son variaciones de la sensibilidad de transmisión sináptica de una neurona a la siguiente. (Ortega & Franco, 2010)</p>	<p>ECOЕ #2.</p> <p>Calificación entre uno y veinte puntos:</p> <table border="1" data-bbox="868 1299 1139 1765"> <tr><td>20 :Sobresaliente.</td></tr> <tr><td>19: Notable.</td></tr> <tr><td>18: Bien.</td></tr> <tr><td>17: Satisfactorio.</td></tr> <tr><td>14 a 16: Suficiente.</td></tr> <tr><td>10 a 13: Insuficiente.</td></tr> <tr><td>0 a 9: Deficiente.</td></tr> </table>	20 :Sobresaliente.	19: Notable.	18: Bien.	17: Satisfactorio.	14 a 16: Suficiente.	10 a 13: Insuficiente.	0 a 9: Deficiente.	<p>Frecuencia y porcentaje de estudiantes que demuestran competencia en comunicación empática al obtener una calificación mayor a 14 puntos en la ECOE después de un mes de haber impartido el taller.</p> <p>Aprobado / Reprobado.</p>
20 :Sobresaliente.										
19: Notable.										
18: Bien.										
17: Satisfactorio.										
14 a 16: Suficiente.										
10 a 13: Insuficiente.										
0 a 9: Deficiente.										

2.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

2.5.1. Métodos: Se utilizó la observación para guardar registro de los datos obtenidos.

2.5.2. Instrumentos: Para la recolección de datos se hizo uso de la ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada).

2.6. Procedimiento:

- Actividades que se desarrollaron durante el proyecto son:
 - Revisión bibliográfica.
 - Redacción y diseño de la guía didáctica: para la elaboración de la guía “La comunicación empática” se continuó con la revisión bibliográfica con el fin de hacerla lo más didáctica posible y además existió la colaboración de un experto en el tema en este caso el Dr. Fernando Espinosa Herrera quién planteó el tema de investigación.
 - Elaboración de video didáctico: el video fue grabado en un consultorio médico en las instalaciones de enfermería de la Universidad Técnica Particular de Loja con la colaboración del docente Dr. Fernando Espinosa y estudiantes de la titulación quienes fueron actores. La edición del mismo fue elaborada por un estudiante voluntario de la titulación.
 - Capacitación de pacientes simulados: para poder evaluar a los estudiantes mediante la ECOE fue necesario la capacitación de compañeros voluntarios para que simularan de pacientes, para esto se realizó una pequeña reunión en la misma que se dio todas las indicaciones para llevar de la mejor manera el procedimiento.
 - Ejecución del taller: El taller se llevó a cabo en La Universidad Técnica Particular de Loja, se lo impartió únicamente al grupo “A”, en la mañana durante el componente “Fundamentos filosóficos de Medicina”, se realizó una sesión de 120 minutos de duración, los mismos que estaban divididos en: 5 minutos para la introducción al taller, 15 para proyectar el video, 40 para práctica, simulación y preguntas, y 60 minutos para la evaluación por medio de la ECOE con 5 evaluadores, a razón de 10 minutos por estudiante. La diferencia fue que al grupo “A” se les dio la taller y video antes de tomar la ECOE #1 mientras que al grupo “B” no. A los estudiantes del grupo (control) se los evaluó directamente. Se obtuvo también la firma del consentimiento informado de cada uno de los participantes del taller en la cual aceptan la participación en la investigación (Anexo 3).

- Recolección de datos para la evaluación de la huella memorística: para esto se aplicó la misma ECOE al final del ciclo, un mes después de rendir el primer ECOE. Esta evaluación duró 10 minutos y se utilizó la misma metodología aplicada en el taller. A esta prueba se la denominó ECOE # 2 o huella de memoria y fue aplicada solo al Grupo “A” o grupo intervenido.

2.7. Plan de tabulación y análisis.

Para el análisis cuantitativo se realizó una revisión de los ECOES “La comunicación empática” a través de los cuales se obtuvieron variables de competencias en comunicación empática y huella de memoria.

Los datos fueron transferidos al programa Microsoft Office Excel 2013 para ser tabulados y posteriormente al programa IBM SPSS STATISTICS 20, de esta forma las variables categóricas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes simples, además se obtuvo la media, mediana y moda. La asociación de los ECOES de los grupos “A” y “B” y de los ECOES 1 y 2 se evaluó mediante correlación de medias.

CAPÍTULO 3
RESULTADOS

3.1. RESULTADO 1.

3.1.1. Guía didáctica para el taller: “la comunicación empática”.

Se realizó una guía didáctica con un enfoque pedagógico por competencias para el taller, la misma consta de ocho hojas e inicia indicando las competencias que se desea que los estudiantes logren alcanzar en el presente taller y posteriormente se habla sobre el cronograma de actividades que se van a llevar a cabo durante el taller y de los requisitos previos para poder cursarlo. Además incluye un glosario de términos que pueden ser nuevos para los estudiantes y que su conocimiento son de vital importancia para el entendimiento del tema.

Se elaboró también una introducción con definiciones e información recopilada de artículos pertinentes y relacionados con el tema que indica la importancia del taller y finalmente se expone la estructura de la consulta médica con comunicación empática adecuada, que en sí es un modelo de cómo llevar una consulta de alta calidad y de acuerdo a estos pasos se elaboró el ECOE con el que son evaluados los estudiantes. Además la guía fue útil para la elaboración del video.

La guía se encuentra disponible en el anexo 1.

3.1.2. Video: “la comunicación empática”.

Se grabó un video en el cual se hace la representación de una consulta adecuada en la que el médico demuestra paso a paso cómo llevar una comunicación empática con el paciente; para esto previamente se elaboró un libreto con el papel de cada actor, que en este caso son tres: el médico, el paciente y su cónyuge. El video fue grabado en un consultorio en las instalaciones de enfermería de la UTPL y es una de las herramientas claves, ya que es una forma didáctica de enseñar a los estudiantes como ser empático con el paciente y útil también para facilitarles el aprendizaje y lograr así mejores resultados en los ECOES que se les aplica.

El link del video se encuentra disponible en el anexo 2.

Por lo tanto es importante saber que se logró implementar tanto el taller, la guía y el video a todos los alumnos del grupo seleccionado como grupo intervenido, sin limitación alguna.

3.2. RESULTADO 2.

GRUPO "A"

Tabla 1. Notas de ECOE # 1. Grupo "A" (Recibieron taller y video).

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 :Sobresaliente	0	0
19: Notable	27	69.2
18: Bien	6	15.4
17: Satisfactorio	2	5.1
14 a 16: Suficiente	4	10.3
10 a 13: Insuficiente	0	0
0 a 9: Deficiente	0	0
TOTAL	39	100

Fuente: ECOE: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

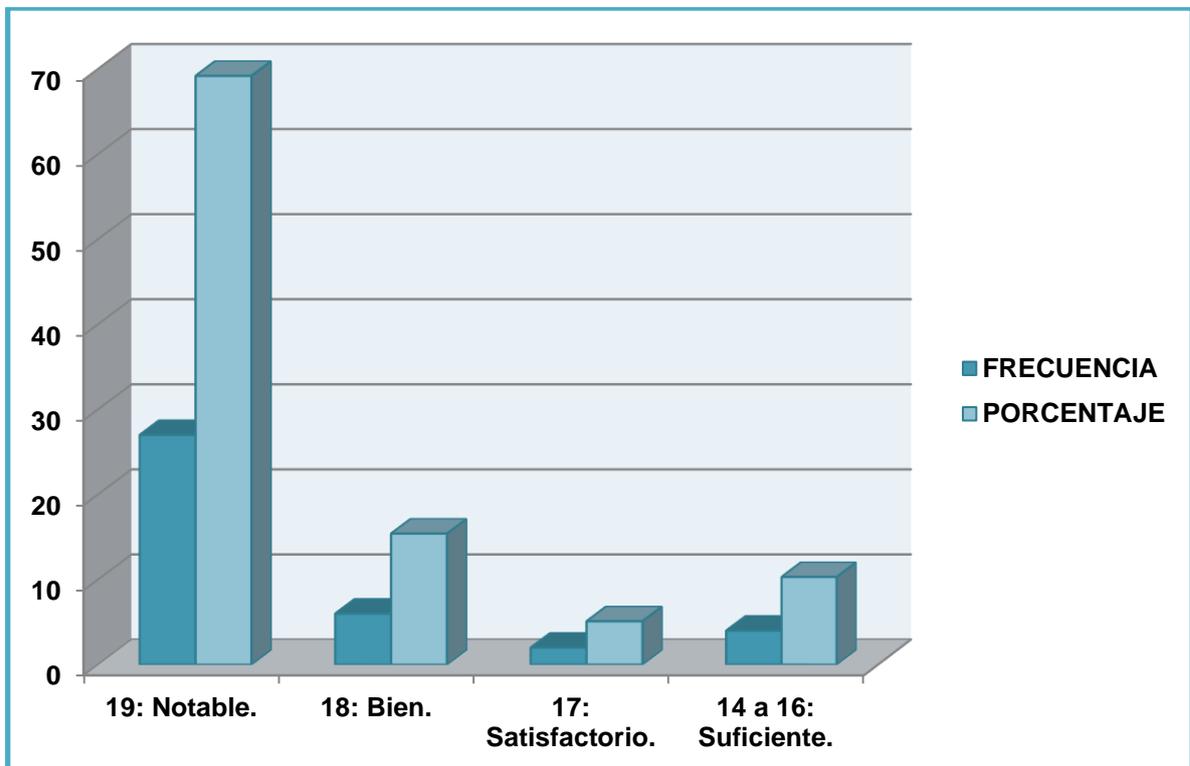


Figura 1: Notas de ECOE # 1. Grupo "A".
Fuente: ECOE: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

Podemos observar que del 100% de los estudiantes del grupo “A” (quienes recibieron taller y video), el 69.2 % (27 estudiantes) tuvieron un promedio notable de 19, el 15.4 % (6 estudiantes) adquirieron promedio de 18 o bien, el 10.3% (4 estudiantes) un promedio suficiente que va entre 14 a 16 y el 5.1% (2 estudiantes) tuvieron un promedio satisfactorio de 17, mientras que los promedios sobresaliente (20), Insuficiente (de 10 a 13) y deficiente (de 0 a 9) representaron un 0% del total.

Del grupo “A” el 100% de los estudiantes adquirió la competencia de comunicación empática.

Tabla 2. Medidas de tendencia central grupo “A”, (Recibieron taller y video) ECOE #1.

MEDIDA DE TENDENCIA	RESULTADO
Media	18.36
Mediana	19
Moda	19

Fuente: ECOE: “La comunicación empática”.
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

En la presente tabla se evaluó medidas de tendencia central y se observa los siguientes resultados:

- **Media:** al sumar todos los promedios y luego dividirlos entre el número total de datos el resultado de la media del grupo “A” en el ECOE # 1 fue de 18.36.
- **Mediana:** el promedio que ocupa el lugar central entre todos los valores del conjunto de promedios es 19.
- **Moda:** el promedio que más veces se repite, es decir, aquel que tiene mayor frecuencia absoluta es 19.

ANÁLISIS DE ESTACIONES (ECOE #1 GRUPO "A")

Observando las 20 estaciones que fueron evaluadas en el ECOE# 1 aplicado al grupo "A" y haciendo énfasis en aquellas preguntas en las que se ve mayor dificultad en los estudiantes se encuentran: la estación #8 (Expresión facial acorde a la situación que esta siendo narrada por el paciente), en la cual de 39 estudiantes que representan el 100%, el 25,64% (10 estudiantes) no aprobaron esta estación y un grado similar de dificultad se puede determinar en la estación #6 (Durante la entrevista escucha con atención mirando a los ojos.) en la cual del 100% (39 estudiantes), 23,08 % (9 estudiantes) no aprobaron la estación, al igual que en las estaciones #7 (Se muestra empático(a) escuchando con atención a la situación difícil.) y la #19 (Se levanta y acompaña al paciente hasta la puerta.) en las que del 100% (39 estudiantes), el 20,51% (8 estudiantes) no aprueban las estaciones, es decir existe mayor dificultad en el cuerpo o desarrollo de la consulta médica y en la estación #9 al momento de la despedida, mientras que los resultados son mas favorables, con mayor cantidad de aprobados, en aquellas estaciones que comprenden la parte inicial y de introducción de la consulta médica.

GRUPO "B"

Tabla 3. Notas de ECOE # 1. Grupo "B" (No recibieron taller y video).

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 :Sobresaliente	0	0
19: Notable	2	6.3
18: Bien	4	12.5
17: Satisfactorio	1	3.1
14 a 16: Suficiente	8	25
10 a 13: Insuficiente	13	40.6
0 a 9: Deficiente	4	12.5
TOTAL	32	100

Fuente: ECOE: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

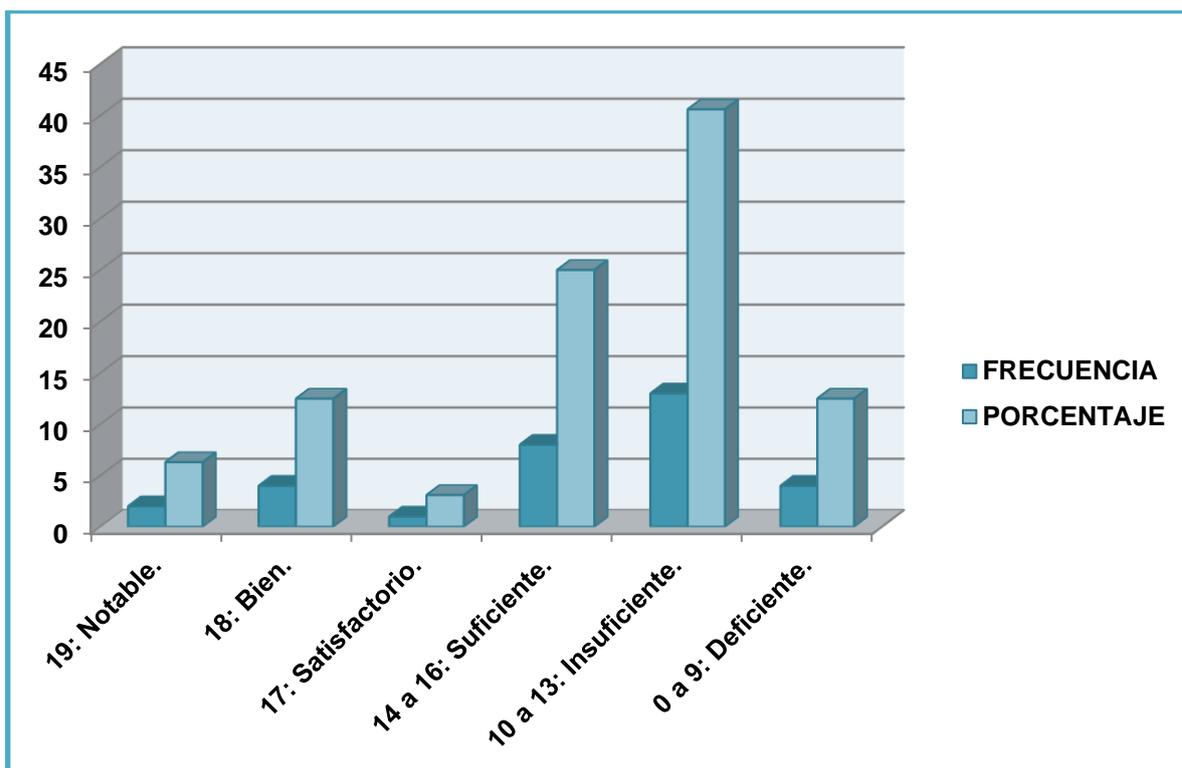


Figura 2: Notas de ECOE # 1. Grupo "B".
Fuente: ECOE: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

Podemos observar que del 100% de los estudiantes del grupo "B" (quienes no recibieron taller ni video), el 40.6 % (13 estudiantes) tuvieron un promedio insuficiente (de 10 a 13), el 25% (8 estudiantes) adquirieron promedio suficiente (de 14 a 16), un 12.5% (4 estudiantes) un promedio de 18 o bien, otro 12.5% (4 estudiantes) tuvo un promedio deficiente (entre 0 y 9 puntos), un 6.3% (2 estudiantes) obtuvieron un promedio notable de 19, el 3.1% (1 estudiante) promedio satisfactorio de 17, mientras que el promedio 20 o sobresaliente representó un 0% del total.

Del grupo "B" el 53,1% no adquirieron la competencia de comunicación empática y por lo tanto reprobaron.

Tabla 4. Medidas de tendencia central grupo "B", (no recibieron taller y video) ECOE #1.

MEDIDA DE TENDENCIA	RESULTADO
Media	13.16
Mediana	13
Moda	10

Fuente: ECOE: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

En la presente tabla se evaluó medidas de tendencia central y se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Media:** al sumar todos los promedios y luego dividirlos entre el número total de datos el resultado de la media del grupo “B” en el ECOE # 1 fue de 13.16.
- **Mediana:** el promedio que ocupa el lugar central entre todos los valores del conjunto de promedios es 13.
- **Moda:** el promedio que más veces se repite, es decir, aquel que tiene mayor frecuencia absoluta es 10.

ANÁLISIS DE ESTACIONES (ECOES #1 GRUPO "B")

Observando las 20 estaciones que fueron evaluadas en el ECOE# 1 aplicado al grupo “B” y haciendo énfasis en aquellas preguntas en las que se ve mayor dificultad en los estudiantes se encuentran: la estación #11 (Resumen para verificar la principal molestia del entrevistado.) en la cual de 32 estudiantes que representan el 100%, el 68,75% (22 estudiantes) no aprobaron esta estación y un grado similar de dificultad se puede determinar en la estación #13 (Solicita al paciente que repita lo indicado en la prescripción para comprobar su entendimiento.) en la cual del 100% (32 estudiantes), el 59.38 % (19 estudiantes) no aprobaron la estación, al igual que en las estaciones #2 (Estrechar la mano del paciente. (Tactesia correcta).), la estación #5 (Realiza un parafraseo adecuado.), y la estación #15 (Pregunta al entrevistado si esque todo lo explicado en la consulta ha sido comprendido.) en las que del 100% (32 estudiantes), el 53,13 % (17 estudiantes) no aprueban las estaciones. Observandose que existen varias debilidades a los largo de toda la consulta medica desde la introduccion hasta el cierre.

Tabla 5. Estadísticos de muestras relacionadas. Grupo A y B. ECOE #1.

	MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍP.	ERROR TÍP. DE LA MEDIA
ECOES 1A	18.36	32	1.326	.234
ECOES 1B	13.16	32	3.530	.624

Fuente: ECOE: “La comunicación empática”.
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

Se observa que los estudiantes del grupo que recibieron el taller y video de comunicación empática (grupo “A”), tuvieron una media de 18.36 que significa un promedio bueno para la adquisición de la destreza o aprobado y el grupo “B” que no recibió ni taller ni video, tuvo una media de 13.16 lo cual significa un promedio insuficiente para la adquisición la destreza.

Tabla 6. Correlaciones de muestras relacionadas. Grupo A y B. ECOE #1.

	N	CORRELACIÓN	SIG.
ECOE 1A y ECOE 1B	32	-.003	.988

Fuente: ECOE: “La comunicación empática”.
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

Tabla 7. Prueba de muestras relacionadas. Grupo A y B. ECOE #1.

	DIFERENCIAS RELACIONADAS					t	GL	SIG. (BILATERAL).
	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	ERROR TÍP DE LA MEDIA.	95% INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA DIFERENCIA				
				Inferior	Superior			
ECOE 1A - ECOE1B	5.125	3.774	.667	3.764	6.486	7.682	31	.000

Fuente: ECOE: “La comunicación empática”.
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

El resultado obtenido indica una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con un 95% de confianza, t de student= .000.

ANÁLISIS DE ESTACIONES (ECOЕ #1 GRUPO "A" (INTERVENIDO) Y GRUPO "B" (CONTROL)).

Se logró determinar una importante diferencia en la cantidad de preguntas reprobadas en el Grupo "B" (control) en relación con el Grupo "A" (intervenido). Dentro de las 20 estaciones las debilidades son muy distintas entre ambos grupos, observándose que en el Grupo "A" (intervenido) en las estaciones que corresponden al cuerpo o desarrollo de la consulta y en el momento de acompañar al paciente a la puerta existe un mayor número de individuos que no aprueban las estaciones, mientras que existe mayor cantidad de aprobados en el resto de la estructura de la consulta. En el Grupo "B" (control), se observa un mayor número de estudiantes que fallan a lo largo de las distintas estaciones del ECOE, desde la introducción hasta el cierre de la consulta, además no existe un patrón similar entre los dos grupos en el que se pueda observar que existe mayor dificultad en la misma estación en ambos grupos.

3.3. RESULTADO 3.

Evaluación del segundo momento del grupo "A" (intervenido) por medio del ECOE #2.

Tabla 8. Notas de ECOE #2. Grupo "A"

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 :Sobresaliente	0	0
19: Notable	20	51.3
18: Bien	6	15.4
17: Satisfactorio	5	12.8
14 a 16: Suficiente	8	20.5
10 a 13: Insuficiente	0	0
0 a 9: Deficiente	0	0
TOTAL	39	100

Fuente: ECOE: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

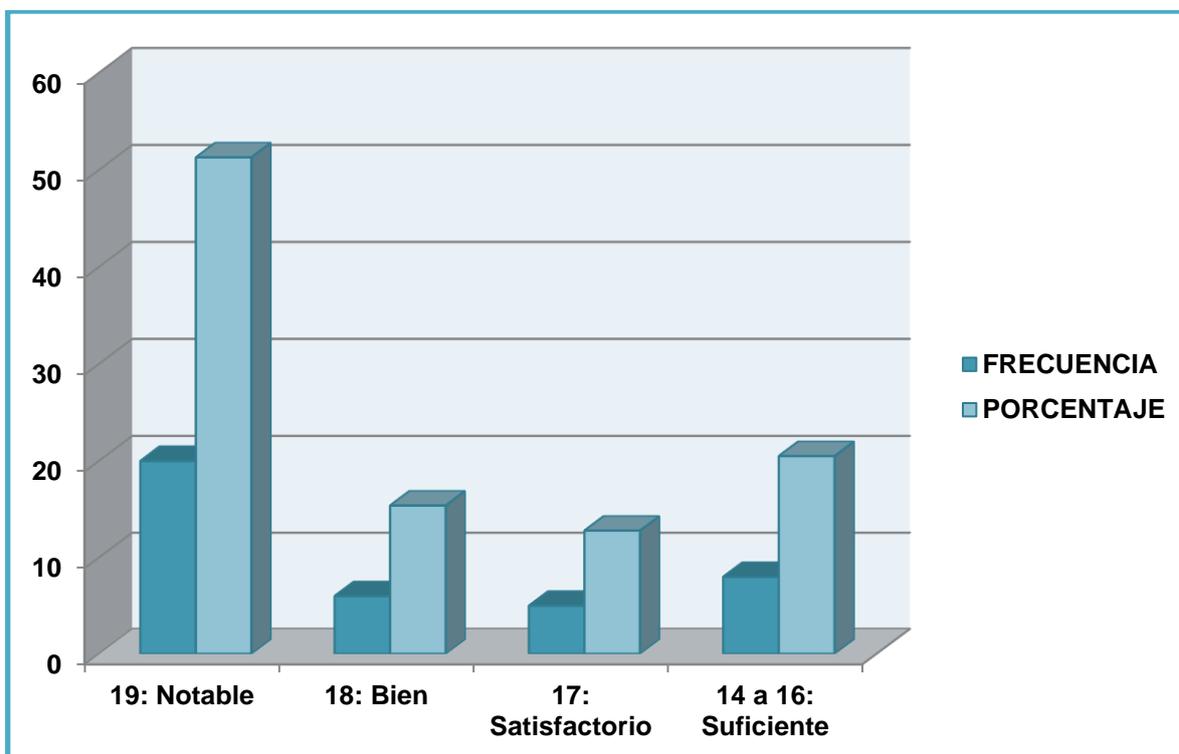


Figura 3: Notas de ECOE #2. Grupo "A".
Fuente: ECOE: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

Podemos observar que del 100% de los estudiantes del grupo “A”, el 51.3 % (20 estudiantes) tuvieron un promedio notable de 19, el 15.4% (6 estudiantes) adquirieron promedio de 18 o bien, el 12.8% (5 estudiantes) un promedio satisfactorio de 17 y el 20.5% (8 estudiantes) tuvieron un promedio suficiente que va entre 14 a 16, mientras que los promedios sobresaliente (20), insuficiente (de 10 a 13) y deficiente (de 0 a 9) representaron un 0% del total.

Por lo tanto, al evaluar la huella de memoria se puede determinar que todos los estudiantes del grupo “A” adquirieron la competencia en comunicación empática al ser evaluados un mes posterior a la capacitación con el taller.

Tabla 9. Medidas de tendencia central grupo “A”, ECOE #2.

MEDIDA DE TENDENCIA	RESULTADO
Media	17.90
Mediana	19.00
Moda	19

Fuente: ECOE: “La comunicación empática”.
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

Con estos datos estadísticos se evaluó medidas de tendencia central del ECOE#2 (Huella de memoria) del grupo “A” y se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Media:** al sumar todos los promedios y luego dividirlos entre el número total de datos el resultado total de la media del grupo “A” en el ECOE # 2 (Huella de memoria) fue de 17.90.
- **Mediana:** el promedio que ocupa el lugar central entre todos los valores del conjunto de promedios es 19.
- **Moda:** el promedio que más veces se repite, es decir, aquel que tiene mayor frecuencia absoluta es 19.

ANÁLISIS DE ESTACIONES (ECOЕ #2 GRUPO "A")

Se puede determinar que mayor dificultad radica en las estaciones: #2 (Estrechar la mano del paciente) y en la #19 (Se levanta y acompaña al paciente hasta la puerta.) en las cuales de 39 estudiantes que representan el 100%, el 23,08% (9 estudiantes) no aprobaron estas estaciones, seguidas por la estación #18 (Estrecha la mano al paciente al despedirse.) en la cual de 39 estudiantes que representan el 100%, el 20,51% (8 estudiantes) no la aprobaron, demostrando que existe dificultad en llevar a cabo una tatesia correcta tanto en el momento del recibimiento al paciente como en el momento de la salida. Además en las estaciones # 11 (Resumen para verificar la principal molestia del entrevistado.) y la #15 (Pregunta al entrevistado si es que todo lo explicado en la consulta ha sido comprendido.) en las cuales de 39 estudiantes que representan el 100%, el 17,95% (7 estudiantes) no aprobaron estas estaciones, observándose también que cierto grado de debilidad se encuentra en el cuerpo de la consulta médica.

ANÁLISIS DE ESTACIONES (ECOЕ #1 Y 2 GRUPO "A")

Al realizar una diferenciación de las estaciones aprobadas en el Grupo "A" pero en diferentes momentos, primero en el ECOЕ #1 y en un segundo momento (1 mes posterior) en el ECOЕ#2, se puede observar que la huella de memoria se conserva en un 100% al medir algunas estaciones tales como: la estación #3 (Saluda al paciente de manera cordial y respetuosa.), la #12 (Al realizar la recomendación médica le habla al paciente con tono de voz adecuado y con palabras comprensibles.) y la #20 (Valoración cualitativa realizada al paciente simulado en relación a su percepción de la atención recibida. Buena = Lo hace. Mala= No lo hace.), incluso el rango de diferenciación en otras estaciones es mínimo, mientras que aquellas estaciones en las que se pierde la huella de memoria son en la estación # 11 (Resumen para verificar la principal molestia del entrevistado.), en la #15 (Pregunta al entrevistado si es que todo lo explicado en la consulta ha sido comprendido.) y en la #18 (Estrecha la mano al paciente al despedirse.) pero igual la pérdida es mínima.

Tabla 10. Medidas de tendencia (ECOES # 1 Y 2 grupo "A")

GRUPO "A"	ECOES #1	ECOES #2
MEDIDA DE TENDENCIA	RESULTADO	RESULTADO
Media	18.36	17.90
Mediana	19	19
Moda	19	19

Fuente: ECOES: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

En la presente tabla se realiza una comparación de las medidas de tendencia entre el ECOES #1 y el ECOES #2 del Grupo "A" en la misma que se puede observar que tanto la mediana como la moda son iguales en ambos ECOES pero la diferencia radica en la media, en la que se determina que la del ECOES #1 es mayor con un resultado de 18.36 mientras que la del ECOES #2 es menor con un resultado de 17.90.

Tabla 11. Prueba de muestras relacionadas. Grupo A. ECOES #1 y #2.

	DIFERENCIAS RELACIONADAS				t	GL	SIG. (BILATERAL).	
	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	ERROR TÍP DE LA MEDIA.	95% INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA DIFERENCIA				
				Inferior	Superior			
ECOES 1A - ECOES2A	.4615	1.8897	.3026	-.1510	1.0741	1.525	38	.135

Fuente: ECOES: "La comunicación empática".
Elaborado por: Paula Anabel Guerrero V.

El resultado obtenido indica una diferencia estadísticamente significativa entre ambos ECOES con un 95% de confianza, t de student= .000.

DISCUSIÓN.

En el presente trabajo, para evaluar la adquisición de la destreza en comunicación empática en los estudiantes del componente Fundamentos Filosóficos de la Medicina de la Universidad Técnica particular de Loja se hace uso de un ECOE, el cual en primera instancia logró obtener los siguientes resultados al realizar una comparación entre el Grupo "A" y el Grupo "B" (control): inicialmente, a los estudiantes pertenecientes al Grupo "A" se les dio tanto taller como video de comunicación empática, mientras que a los estudiantes del Grupo B no se les impartió ni taller ni video, así los resultados obtenidos indicaron que el 100% de los estudiantes del Grupo "A" adquirieron la destreza con una media de 18.36, mediana de 19 y moda de 19, a diferencia de los estudiantes del Grupo "B" quienes no adquirieron la destreza en un 53% y el 47% que sí lo logró lo hicieron con una media de 13.16, mediana de 13 y moda de 10 y con estos datos obtenidos se puede observar que los estudiantes del Grupo "A" adquirieron todos la destreza y con buenas calificaciones, mientras que los estudiantes del Grupo "B" además de tener una media baja reprobaron en un porcentaje alto y en relación a los aprobados de este paralelo se piensa que esto pudo estar dado por la adquisición de conocimientos obtenidos a lo largo de la carrera universitaria en los distintos componentes y por las prácticas en los diferentes sitios en los que se tiene contacto con el paciente, ya que como observa, sí existe un conocimiento previo según los resultados del Grupo "B". Además una comparación similar se puede ver en el estudio "Being-in-role" elaborado por Bee Teng Lim, Helen Moriarty y Mark Huthwaite, el mismo que divide en dos grupos a los estudiantes, plateándose un grupo intervenido (taller) y un grupo control, y se obtienen los siguientes resultados: en el grupo intervenido las puntuaciones fueron en el primer momento significativamente más altas en relación del grupo control, lo que sugiere que el grupo intervenido obtuvo mejores calificaciones en relación al grupo control y eso ocurrió también el presente proyecto. (Bee Teng, Moriarty, & Huthwaite , 2011).

Posterior a un mes se valora la huella de memoria a través de la misma herramienta (ECOE), observándose que en un segundo momento (ECOE#2) del Grupo "A" el 100% de los estudiantes adquirió la destreza con una media de 17.90, mediana de 19 y moda de 19. Al observar estos resultados podemos indicar que en relación con el ECOE #1 del Grupo A, tanto la mediana como la moda son iguales en ambos ECOES mientras que la diferencia radica en la media en la que se determina que la del ECOE #1 es mayor con un resultado de 18.36 mientras que la del ECOE#2 es de 17.90.

Además al realizar una comparación entre las estaciones del ECOE #1 y del ECOE# 2 del Grupo "A" se puede observar que la huella de memoria se conserva en un 100% al medir algunas estaciones tales como: la estación #3 (Saluda al paciente de manera cordial y respetuosa.), la #12 (Al realizar la recomendación médica le habla al paciente con tono de voz adecuado y con palabras comprensibles.) y la #20 (Valoración cualitativa realizada al paciente simulado en relación a su percepción de la atención recibida. Buena = Lo hace. Mala= No lo hace.) e incluso el rango de diferenciación en otras estaciones es mínimo, mientras que aquellas estaciones en las que se pierde la huella de memoria son en la estación # 11 (Resumen para verificar la principal molestia del entrevistado.), en la #15 (Pregunta al entrevistado si es que todo lo explicado en la consulta ha sido comprendido.) y en la #18 (Estrecha la mano al paciente al despedirse.) pero igual la pérdida es mínima, por lo tanto se puede determinar que la huella de memoria persiste en los estudiantes después de un mes de haber recibido el taller inicial, lo cual probablemente está dado por la adquisición de conocimientos durante el taller y el posterior reforzamiento con la práctica que es la que les permite recordar con mayor facilidad la forma correcta de cómo desenvolverse.

Un punto importante es que como se citaba en líneas anteriores, el segundo ECOE para evaluar huella de memoria, se aplicó un mes posterior al taller, pero hubiera sido muy importante realizarlo en un periodo de tiempo más prologado para que los resultados sean aún más significativos y esto se analiza también en el estudio "Being- in-Role" ya que en este estudio al igual que nosotros solo se demuestra los beneficios a corto plazo y refiere la necesidad de que se realicen varios estudios longitudinales donde se haga un seguimiento de la cohortes para demostrar la retención o huella de memoria en 1 año y más. (Bee Teng, Moriarty, & Huthwaite , 2011).

Para que se lleve a cabo todo lo anteriormente mencionado, se hizo uso de un taller de simulación "La comunicación empática" el mismo que fue elaborado y aplicado en todos los estudiantes que participaron en el estudio. El taller constó de la presentación de la guía, la reproducción de un video y finalmente la práctica con pacientes simulados preparados en el tema, esta fue la técnica aplicada, diferente a la tradicional. La importancia de esta técnica se ve reflejada en el estudio de Bee Teng Lim, Helen Moriarty y Mark Huthwaite en el que se dividió a los estudiantes en dos grupos en uno se usa la técnica tradicional de enseñanza mientras que en el otro se usa pacientes simulados, preparados en el tema y posteriormente se evaluó cuáles fueron los resultados de, lográndose determinar que esta innovación docente con este método es eficaz no solo en el aumento de la percepción subjetiva de la

empatía en los estudiantes de medicina sino que también mejoraron sus competencias durante la consulta. (Bee Teng, Moriarty, & Huthwaite , 2011)

Consecutivamente se evaluó si los estudiantes adquirieron o no la competencia en comunicación, haciendo uso de una ECOE (evaluación clínica objetiva estructurada) que es una herramienta de evaluación y de recolección de datos muy diferente a la tradicional, pero fue muy práctica su aplicación en la investigación porque se pudieron evaluar 20 estaciones cada una de estas basadas en una buena comunicación empática y posteriormente nos permitió realizar una rápida tabulación de los datos. Estas ventajas también son reconocidas por Marliyya Zayyan en su artículo “Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice” el cual concluye que el estilo de la ECOE dadas sus evidentes ventajas, especialmente en términos de objetividad, uniformidad y la versatilidad de los escenarios clínicos que pueden ser evaluados, muestra superioridad sobre la evaluación clínica tradicional. Haciendo que sea un método que vale la pena en la práctica médica.

Finalmente para concluir, un último indicativo del ECOE obtenido al citar el estudio Result Analysis of the Objective Structured Clinical Examination of Clinical Skills of Undergraduate Medical Students indica que se observó que el 87.5% de profesores considera que la estructura del ECOE es más razonable que los test de habilidad convencionales y el 100% de estudiantes y maestros concluyen que los pacientes simulados imitan muy bien a los reales, por lo tanto la mayoría piensan que la ECOE puede mejorar las habilidades clínicas de los estudiantes y se mostraron satisfechos con la organización y la calidad del ECOE. (Zayyan, 2011)

CONCLUSIONES.

- Se implementó el taller: “La Comunicación Empática” en 39 estudiantes del Grupo “A” o Grupo intervenido del componente Fundamentos Filosóficos de la Medicina en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015 – febrero 2016 con la ayuda de herramientas didácticas tales como el video y la guía. La técnica de aprendizaje para la intervención fue el taller presencial.
- Para determinar la adquisición de la destreza se aplicó el instrumento ECOE (Evaluación clínica objetiva estructurada) y se logró observar que en el primer momento al tomar el ECOE #1, el 100% de los estudiantes del Grupo “A” quienes recibieron tanto la guía como el video, adquirieron la destreza y aprobaron con una media de 18.36, mientras que únicamente el 46,9% de los estudiantes de Grupo “B” quienes no recibieron ni guía ni video adquirieron la destreza con una media de 13.16.
- Se logró evaluar la huella memorística a través de un segundo ECOE, el cual fue tomado luego de un mes de impartir el taller “La Comunicación Empática” al Grupo “A”, observándose que en el ECOE #2 el 100% de los estudiantes adquieren la huella de memoria con una media de 17.90 a diferencia de que en el primer ECOE la media fue ligeramente más alta (18.36).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar más estudios que nos permitan evaluar la técnica de simulación, con el fin de determinar si la aplicación de la misma aporta o no a la adquisición de las destrezas y además estudios para realizar una comparación de esta técnica con otras técnicas de aprendizaje.
- Se recomienda que los estudios en los que se hace uso del ECOE se apliquen en diferentes ámbitos y en grupos más amplios de estudiantes con el fin de medir tanto la consignación de las destrezas, así como la huella de memoria en un tiempo más prolongado.
- Se recomienda que se realicen más estudios en los cuales se compare la eficacia que tienen el ECOE frente a otras técnicas de evaluación en el proceso de enseñanza - aprendizaje en la carrera de Medicina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham Velasco , M. (2013). *CLINICAL SIMULATION AND NURSING, CREATING A SIMULATION ENVIRONMENT*. Tesis, Universidad De Cantabria.
2. Baig, L., & Violato, C. (7 de Diciembre de 2012). *Temporal stability of objective structured clinical exams: a longitudinal study employing item response theory*. doi:10.1186/1472-6920-12-121
3. Baig, L., & Violato, C. (7 de Diciembre de 2012). Temporal stability of objective structured clinical exams: a longitudinal study employing item response theory. *BioMed*. Obtenido de BioMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216816>
4. Bee Teng, L., Moriarty, H., & Huthwaite , M. (2011). "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Medical Teacher*, 33(12), e663 - e669.
5. Berkhof, M., Van Rijssen, H., Schellart, A., Anema, J., & Van der, B. (Agosto de 2011). *Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>
6. Datta , C., Upadhyay, B., & Jaideep, S. (2012). Simulation and its role in medical education. *Medical Journal Armed Forces India*, 68(2), 167- 172.
7. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (1 de Enero de 2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606 e76-e84).
8. Eikeland, H., Ornes, K., Finset, A., & Pedersen, R. (9 de Agosto de 2014). *The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students*. doi:10.1186/1472-6920-14-165
9. Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., & Pifarré, J. (28 de Mayo de 2015). *The medical empathy, is it born or is it done? Evolution of the empathy in medical students*. Obtenido de Elsevier: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0212-6567\(15\)00058-X.pdf&eop=1&early=si](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0212-6567(15)00058-X.pdf&eop=1&early=si)
10. Foster, A., Harms , J., & Ange, B. (2014). Empathic Communication in Medical Students' Interactions with Mental Health Virtual Patient Scenarios: A Descriptive Study Using the Empathic Communication Coding System . *Austin Journal Psychiatry Behavioral Sciences*. , 1(3), 6.
11. Gaberson, K., & Oermann, M. (2014). *Clinical Teaching Strategies in Nursing* (4ta Edición ed.). (M. Zuccarini, Ed.) New York, United States: Springer Publishing Company.

12. Garcia Retana, J. A. (Diciembre de 2011). MODELO EDUCATIVO BASADO EN COMPETENCIAS: IMPORTANCIA Y NECESIDAD. *"Actualidades Investigativas en Educación"*, 11(2), 24.
13. Ha, F. J., Anat, D., & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10, 38 - 43. Obtenido de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
14. Hsu, I., Somnath Saha, B., Korthuis, T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R., & Beach, M. C. (18 de Julio de 2012). *Providing Support to Patients in Emotional Encounters: A New Perspective on Missed Empathic Opportunities*. doi:10.1016/j.pec.2012.06.015.
15. Hsu, I., Somnath, B., Korthuis, T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R., & Beach, M. C. (Septiembre de 2012). *Providing Support to Patients in Emotional Encounters: A New Perspective on Missed Empathic Opportunities*. doi:doi:10.1016/j.pec.2012.06.015
16. McGaghie, W., Issenberg, B., Cohen, E., Barsuk, J., & Wayne, D. (Junio de 2011). *Does Simulation-based Medical Education with Deliberate Practice Yield Better Results than Traditional Clinical Education? A Meta-Analytic Comparative Review of the Evidence*. doi: 10.1097/ACM.0b013e318217e119.
17. Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (Junio de 2012). *Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente*. doi:10.1016/j.aprim.2011.07.008
18. Motola, I., Luke A. , D., Hyun Soo , C., John E. , S., & S. Barry , I. (13 de Agosto de 2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, e1511- e1530.
19. Neumann, M. P., Edelhäuser, F. M., Tauschel, D. M., Fischer, M. R., Wirtz, M. P., Woopen, C. M., . . . Scheffer, C. M. (Agosto de 2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996- 1009.
20. Nieto, M., Pérez, E., García, A., & Iglesias, M. (2015). *Taller de simulación de situaciones urgentes*. Curso de Actualización Pediatría 2015, Madrid. Obtenido de Curso de Actualización Pediatría 2015: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p433-446.pdf>
21. Ogle , J., Bushnell , J., & Caput, P. (Agosto de 2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*, 47(8), 824-831.
22. Ortega, C., & Franco, J. (2010). *Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad Neuronal*. Obtenido de iMed.Pub: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/neurofisiologa-del-aprendizaje-y-la-memoria-plasticidad-neuronal.pdf>
23. Qayumi, K., Pachev, G., Zheng, B., Ziv, A., Koval, V., Badiei, S., & Cheng, A. (2014). *Status of simulation in health care education: an international survey*. doi:10.2147/AMEP.S65451

24. Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado el 31 de Septiembre de 2015, de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=par%E1frasis>
25. Riess, H., & Kraft- Todd, G. (Agosto de 2014). *E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients*. doi:10.1097/ACM.0000000000000287
26. Sharma, M., Chandra, P., & Chaturvedi, S. (Septiembre de 2013). Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 299–301. doi:10.4103/0253-7176.1194
27. Shochet, R., King, J., Levine, R., Clever, S., & Wright, S. (Febrero de 2013). *'Thinking on my feet': an improvisation course to enhance students' confidence and responsiveness in the medical interview*. Obtenido de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23498579>
28. Wright, B., McKendree, J., Morgan, L., Allgar, V. L., & Brown, A. (22 de Septiembre de 2014). *Examiner and simulated patient ratings of empathy in medical student final year clinical examination: are they useful?* doi:10.1186/1472-6920-14-199
29. Yildiz, A., Mehmet, & Baki, D. (2013). *Improving Empathy and Communication Skills of Visually Impaired Early Adolescents through a Psycho-Education Program*. doi: 10.12738/estp.2013.3.1607
30. Zayyan, M. (Julio de 2011). Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice. *Oman Medical Journal*, 26(4), 219–222. doi:10.5001/omj.2011.55
31. Ziółkowska-Rudowicz, E., & Kładna, A. (29 de Noviembre de 2010). *Empathy-building of physicians. Part III. Students exposure to literature, theatre, film and the arts*. Obtenido de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21268921>

ANEXOS

ANEXO N° 1. GUÍA DIDÁCTICA DEL TALLER

GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER DE “ LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA”.

Autor: *GUERRERO-VÁSQUEZ, Paula Anabel

Revisor: **ESPINOSA-HERRERA, Fernando Vladimir

**Estudiante de la Titulación de Medicina de la UTPL*

***Docente Investigador a tiempo completo en el Departamento de Ciencias de la Salud de la UTPL*

Octubre 2015

ÍNDICE

- 1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR**
 - 1.1. Genéricas de la UTPL
 - 1.2. Específicas de la titulación
 - 1.3. Específicas del componente académico
- 2. CRONOGRAMA DEL TALLER**
- 3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER**
- 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS**
- 5. CONTENIDO DEL TALLER**
 - 5.1. Comunicación empática médico-paciente
 - 5.2. Estructura de una consulta médica con comunicación empática adecuada
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

1.1. Genéricas de la UTPL:

CG-UTPL 02	Comunicación oral y escrita
CG-UTPL 03	Orientación a la innovación y a la investigación
CG-UTPL 04	Pensamiento crítico y reflexivo
CG-UTPL 05	Trabajo en equipo
CG-UTPL 06	Comunicación en Inglés
CG-UTPL 07	Compromiso e Implicación social
CG-UTPL 08	Compromiso ético
CG-UTPL 09	Organización y planificación del tiempo

1.2. Específicas de la titulación (seleccionadas para el Componente):

CE-TM_UTPL 01	Promover la salud y el bienestar de la persona y prevenir la enfermedad.
CE-TM_UTPL 02	Planificar la identificación, búsqueda, análisis, síntesis, generación y aplicación crítica del conocimiento actualizado y de alto nivel.
CE-TM_UTPL 04	Establecer una comunicación integral y altamente efectiva con el paciente, su entorno, comunidad científica y con la población general en el ámbito de la salud.

1.3. Específicas del componente académico:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL COMPONENTE ACADÉMICO: TALLER DE LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA.	
CECA-UTPL 02	Manejar una relación médico – paciente empática y altamente profesional.

2. CRONOGRAMA DEL TALLER

DURACIÓN:	2 horas Taller + ECOE 1 hora para ECOE huella de memoria
GRUPO:	Todos los estudiantes matriculados en el componente: Fundamentos Filosóficos de la Medicina en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015 – febrero 2016.
HORARIO:	Taller + ECOE: 12 de octubre de 2015 (08:00-10:00h) ECOE huella de memoria: 29 de Enero 2015 (08:00-09:00h)
MATERIAL:	Entrega de guía didáctica 5 días previos a la realización del taller.
EVALUACIÓN:	Mediante ECOE, evaluación individual de 10 minutos por estudiante.

ACTIVIDADES DEL TALLER	DURACIÓN
Bienvenida e indicaciones generales	5 min
Proyección del video “ La Comunicación Empática”	15 min
Práctica guiada de “Contractura Tensional”	40 min
Evaluación mediante ECOE (6 estudiantes por cada evaluador, 10 evaluadores y 10 minutos por cada estudiante)	60 min
TOTAL DE TIEMPO DEL TALLER	120 min

EVALUACIÓN DE HUELLA DE MEMORIA	DURACIÓN
Evaluación mediante ECOE (6 estudiantes por cada evaluador, 10 evaluadores y 10 minutos por cada estudiante)	60 min
TOTAL DE TIEMPO	60 min

3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER

- 3.1.** Estudiantes matriculados en el componente: Familia y Vida en la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2015 – febrero 2016.
- 3.2.** Revisión de la guía didáctica del taller “La Comunicación Empática”.
- 3.3.** Revisión de la bibliografía recomendada en la Guía Didáctica.
- 3.4.** Acudir al taller con ropa cómoda y mandil, que le permita un desenvolvimiento adecuado, cada estudiante debe portar su propio esfero y 1 hoja pequeña para escribir las indicaciones al paciente.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Comunicación Empática	Capacidad socio-emocional para comprender la situación del paciente, perspectivas y sentimientos y actuar en ese entendimiento con el paciente en forma útil a través de la comunicación. (Hsu, y otros, 2012) .
Tactesia	Son los aspectos técnicos mediante los que los seres humanos realizamos acercamientos de persona a persona, nos tocamos unos a otros, nos damos palmadas, etc. En el aspecto de la relación médico – paciente, la tactesia es importante.
Parfrasear	Proviene del latín paraphrasis y es una frase que, imitando en su estructura otra conocida, se formula con palabras diferentes. (Real Academia Española, 2015)
ECO E	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. La cuál es considerada como uno de los exámenes más válido, fiable y eficaz para la evaluación de las habilidades clínicas. Se trata de una técnica de evaluación en el que el estudiante demuestre su competencia bajo una variedad de condiciones simuladas. (Sharma, Chandra, & Chaturvedi, 2013)
Huella memorística	Son variaciones de la sensibilidad de transmisión sináptica de una neurona a la siguiente. Estas variaciones a su vez generan nuevas vías por los circuitos neurales del cerebro. Una vez establecidas, la mente puede activarlas para reproducir los recuerdos. (Ortega & Franco, 2010)

5. CONTENIDO DEL TALLER

5.1. Comunicación Empática médico-paciente.

La empatía es una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina. Es un componente central de las relaciones terapéuticas médico - paciente, y se ha demostrado que influyen positivamente en los resultados de salud. (Esquerda, Yuguero, Viñas, & Pifarré, 2015), (Yildiz, Mehmet, & Baki, 2013).

Tiene dos componentes: emocional y cognitivo. Mientras que el componente cognitivo trata de entender los pensamientos de otra persona por entrar en su papel, el componente

emocional es la comprensión de sus emociones tanto como ellos son sentidos por la otra persona. (Wright, McKendree, Morgan, Allgar, & Brown, 2014).

La empatía mejora la confianza del paciente, el compromiso con los tratamientos sugeridos, reduce la ansiedad y es útil en el trabajo en equipo. Se sugiere que en las carreras clínicas hay una necesidad mayor de empatía cognitiva, porque los altos niveles de competencia clínica también requieren empatía afectiva, la comprensión emocional y el compromiso con el paciente. Además permite al estudiante o médico hacer preguntas adecuadas en el momento adecuado, y evaluar lo que se requiere para una interacción exitosa. El bienestar de estudiantes de medicina parece ser mejor, con menores niveles de angustia cuando tienen una buena capacidad de empatía. (Wright, McKendree, Morgan, Allgar, & Brown, 2014).

Por lo tanto proveer empatía se puede definir como la competencia socio-emocional para comprender la situación del paciente, perspectivas y sentimientos y actuar en ese entendimiento con el paciente en forma útil. (Hsu, y otros, 2012).

Un acrónimo útil que orienta a profesionales y estudiantes de la medicina a los aspectos clave para percibir y responder a las señales emocionales no verbales es E.M.P.A.T.H.Y.

- **E:** contacto visual (**E**ye)
- **M:** los **m**úsculos de la expresión facial
- **P:** **p**ostura
- **A:** afecciones
- **T:** **t**ono de voz
- **H:** escuchar todo al paciente (**H**ear)
- **Y:** su respuesta. (Riess & Kraft- Todd, 2014)

El médico empático también puede beneficiarse de una mayor precisión diagnóstica, de un trabajo más significativo, una mayor sensación de bienestar, y la reducción de los síntomas de agotamiento. (Eikeland, Ornes, Finset, & Pedersen, 2014)

6.1. Estructura de una consulta médica con comunicación empática adecuada

Al desarrollar el presente taller usted debe tomar en cuenta los siguientes pasos durante el entrenamiento, y debe seguirlos en su totalidad y en este orden determinado. Al finalizar el taller usted será evaluado de acuerdo a las destrezas que ha adquirido en cada uno de los parámetros que se detallan a continuación,. Existen también ciertos puntos que si nos son llevados a cabo harán que el estudiante repruebe automáticamente el taller, en cada uno se encuentra detallado y son los siguientes:

1. Cuando va a iniciar la consulta médica, una vez que el paciente toca la puerta, el Médico siempre se debe acercar a abrir la puerta y debe invitar a sentarse al paciente y a la persona que lo acompaña, esto dará una excelente primera impresión y hará sentirse bienvenido al paciente.
2. El Médico debe estrechar la mano del paciente como una muestra de respeto y educación. Este paso incluye el uso de tactesia correcta, la misma que fue descrita anteriormente.
3. Saluda al paciente de manera cordial y respetuosa. Siempre tratándole de usted, de manera formal y refiriéndose a él o ella como Sr. o Sra. O por el primer nombre. (**Si**

este paso no es llevado a cabo, el estudiante reprueba automáticamente el taller)

4. Se presenta a sí mismo informando su nombre, apellido y su cargo actual; y se pone a las órdenes. Este paso es esencial ya que el Médico indica quién es la persona que le atenderá y esto brindará confianza al paciente. (**Si este paso no es llevado a cabo, el estudiante reprueba automáticamente el taller**). Además en este momento para determinar el motivo de consulta podemos realizar preguntas como por ejemplo: ¿En qué le puedo ayudar?, ¿Qué es lo que le molesta? ¿Qué problema presenta?. Y en este punto el paciente ya empezará a narrar su situación.
5. Realizar un parafraseo adecuado. Como se mencionó anteriormente, el Médico debe resumir y repetir con sus propias palabras lo que el paciente está diciendo.
6. Durante la entrevista escucha con atención mirando a los ojos, haciéndole sentir al paciente que le está atendiendo hasta en el mínimo detalle de lo que está narrando.
7. El Médico se muestra empático(a) escuchando con atención a la situación difícil. Es decir se muestra "solidario" ante la molestia o problema que tiene su paciente. Le "hace notar" que le preocupa todo lo que a su paciente le sucede.
8. El Médico debe mostrar una expresión facial acorde a la situación que esta siendo narrada por el paciente.
9. Jamás se debe interrumpir de forma innecesaria mientras el paciente habla.
10. Tampoco realizar movimientos distractores. Como movimientos del esfero, de las piernas o hacer uso del celular.
11. Una vez que el paciente ha terminado de narrar el problema que presenta, debemos elaborar un resumen para verificar la principal molestia del entrevistado. Posteriormente se debe solicitar el consentimiento y colaboración del paciente para realizar el exámen físico y se explica todos los pasos que se van a realizar. Al terminar el exámen se informa los hallazgos que se hicieron en el mismo.
12. Al realizar la recomendación médica se habla al paciente con tono de voz adecuado y con palabras comprensibles para que todo lo explicado quede muy claro.
13. Solicitar al paciente que repita lo indicado en la prescripción para comprobar su entendimiento. Además se debe preguntar si es que está de acuerdo con el tratamiento dado o si es que desea buscar alguna otra alternativa.
14. El Médico realiza recomendaciones no juzgativas y le manifiesta de manera activa que puede recurrir a su ayuda "en todo lo que esté a su alcance".
15. Pregunta al entrevistado si es que todo lo explicado en la consulta ha sido comprendido o si es que existe alguna duda que debe ser resuelta.
16. Es importante informar al paciente sobre la fecha y hora de la próxima cita para control médico. Y se debe indicar que el paciente debe avisar o solicitar otra consulta si es que existen nuevos síntomas o si es que presentara alguna complicación o síntoma de alarma.
17. Realiza un cierre adecuado: despidiéndose y recordándole que está a las órdenes.

18. Estrecha la mano al paciente al despedirse.
19. Se levanta y acompaña al paciente hasta la puerta.
20. Finalmente el evaluador de la ECOE aplica una valoración cualitativa realizada al paciente simulado en relación a su percepción de la atención recibida. Buena = Lo hace. Mala= No lo hace.

Bibliografía

1. Abraham Velasco , M. (2013). *CLINICAL SIMULATION AND NURSING, CREATING A SIMULATION ENVIRONMENT*. Tesis, Universidad De Cantabra.
2. Baig, L., & Violato, C. (7 de Diciembre de 2012). *Temporal stability of objective structured clinical exams: a longitudinal study employing item response theory*. doi:10.1186/1472-6920-12-121
3. Baig, L., & Violato, C. (7 de Diciembre de 2012). Temporal stability of objective structured clinical exams: a longitudinal study employing item response theory. *BioMed*. Obtenido de BioMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216816>
4. Bee Teng, L., Moriarty, H., & Huthwaite , M. (2011). "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Medical Teacher*, 33(12), e663 - e669.
5. Berkhof, M., Van Rijssen, H., Schellart, A., Anema, J., & Van der, B. (Agosto de 2011). *Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>
6. Datta , C., Upadhyay, B., & Jaideep, S. (2012). Simulation and its role in medical education. *Medical Journal Armed Forces India*, 68(2), 167- 172.
7. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (1 de Enero de 2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606 e76-e84).
8. Eikeland, H., Ornes, K., Finset, A., & Pedersen, R. (9 de Agosto de 2014). *The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students*. doi:10.1186/1472-6920-14-165
9. Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., & Pifarré, J. (28 de Mayo de 2015). *The medical empathy, is it born or is it done? Evolution of the empathy in medical students*. Obtenido de Elsevier: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0212-6567\(15\)00058-X.pdf&eop=1&early=si](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0212-6567(15)00058-X.pdf&eop=1&early=si)
10. Foster, A., Harms , J., & Ange, B. (2014). Empathic Communication in Medical Students' Interactions with Mental Health Virtual Patient Scenarios: A Descriptive

Study Using the Empathic Communication Coding System . *Austin Journal Psychiatry Behavioral Sciences.* , 1(3), 6.

11. Gaberson, K., & Oermann, M. (2014). *Clinical Teaching Strategies in Nursing* (4ta Edición ed.). (M. Zuccarini, Ed.) New York, United States: Springer Publishing Company.
12. Garcia Retana, J. A. (Diciembre de 2011). MODELO EDUCATIVO BASADO EN COMPETENCIAS: IMPORTANCIA Y NECESIDAD. "*Actualidades Investigativas en Educación*", 11(2), 24.
13. Ha, F. J., Anat, D., & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10, 38 - 43. Obtenido de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
14. Hsu, I., Somnath Saha, B., Korthuis, T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R., & Beach, M. C. (18 de Julio de 2012). *Providing Support to Patients in Emotional Encounters: A New Perspective on Missed Empathic Opportunities*. doi:10.1016/j.pec.2012.06.015.
15. Hsu, I., Somnath, B., Korthuis, T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R., & Beach, M. C. (Septiembre de 2012). *Providing Support to Patients in Emotional Encounters: A New Perspective on Missed Empathic Opportunities*. doi:doi:10.1016/j.pec.2012.06.015
16. McGaghie, W., Issenberg, B., Cohen, E., Barsuk, J., & Wayne, D. (Junio de 2011). *Does Simulation-based Medical Education with Deliberate Practice Yield Better Results than Traditional Clinical Education? A Meta-Analytic Comparative Review of the Evidence*. doi: 10.1097/ACM.0b013e318217e119.
17. Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (Junio de 2012). *Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente*. doi:10.1016/j.aprim.2011.07.008
18. Motola, I., Luke A. , D., Hyun Soo , C., John E. , S., & S. Barry , I. (13 de Agosto de 2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, e1511- e1530.
19. Neumann, M. P., Edelhäuser, F. M., Tauschel, D. M., Fischer, M. R., Wirtz, M. P., Woopen, C. M., . . . Scheffer, C. M. (Agosto de 2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996- 1009.
20. Nieto, M., Pérez, E., García, A., & Iglesias, M. (2015). *Taller de simulación de situaciones urgentes*. Curso de Actualización Pediatría 2015, Madrid. Obtenido de Curso de Actualización Pediatría 2015: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p433-446.pdf>
21. Ogle , J., Bushnell , J., & Caput, P. (Agosto de 2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*, 47(8), 824-831.
22. Ortega, C., & Franco, J. (2010). *Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad Neuronal*. Obtenido de iMed.Pub: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/neurofisiologa-del-aprendizaje-y-la-memoria-plasticidad-neuronal.pdf>

23. Qayumi, K., Pachev, G., Zheng, B., Ziv, A., Koval, V., Badiei, S., & Cheng, A. (2014). *Status of simulation in health care education: an international survey*. doi:10.2147/AMEP.S65451
24. Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado el 31 de Septiembre de 2015, de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=par%E1frasis>
25. Riess, H., & Kraft- Todd, G. (Agosto de 2014). *E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients*. doi:10.1097/ACM.0000000000000287
26. Sharma, M., Chandra, P., & Chaturvedi, S. (Septiembre de 2013). Objective Structured Clinical Examination and its Impact on Clinical and Interpersonal Skills: Follow-up Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 299–301. doi:10.4103/0253-7176.1194
27. Shochet, R., King, J., Levine, R., Clever, S., & Wright, S. (Febrero de 2013). *'Thinking on my feet': an improvisation course to enhance students' confidence and responsiveness in the medical interview*. Obtenido de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23498579>
28. Wright, B., McKendree, J., Morgan, L., Allgar, V. L., & Brown, A. (22 de Septiembre de 2014). *Examiner and simulated patient ratings of empathy in medical student final year clinical examination: are they useful?* doi:10.1186/1472-6920-14-199
29. Yildiz, A., Mehmet, & Baki, D. (2013). *Improving Empathy and Communication Skills of Visually Impaired Early Adolescents through a Psycho-Education Program*. doi: 10.12738/estp.2013.3.1607
30. Zayyan, M. (Julio de 2011). Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice. *Oman Medical Journal*, 26(4), 219–222. doi:10.5001/omj.2011.55
31. Ziółkowska-Rudowicz, E., & Kładna, A. (29 de Noviembre de 2010). *Empathy-building of physicians. Part III. Students exposure to literature, theatre, film and the arts*. Obtenido de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21268921>

ANEXO N° 2. VIDEO

Link de acceso al Video: <https://youtu.be/L1nZLvGezJY>



Video: “La comunicación empática”

ANEXO N°3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Expreso mi consentimiento para participar de este trabajo de fin de titulación, en vista de que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y de que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el proyecto a realizar respetará el anonimato

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

.....

Número de la Cédula de Identidad:

FIRMA DEL PARTICIPANTE:.....

Firma y nombre de la investigadora:

Paula Anabel Guerrero Vásquez.

ANEXO N° 4. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOE)

**LABORATORIO DE DESTREZAS DE LA COMUNICACIÓN EN
MEDICINA
TALLER LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA
ECOE DEL TALLER**

NOMBRE:..... **Fecha:** **Paralelo:**

	DESTREZA A EVALUAR	LO HACE	NO LO HACE
1	Se acerca a abrir la puerta e invita a sentarse al paciente.		
2	Estrechar la mano del paciente. (Tactesia correcta).		
3	Saluda al paciente de manera cordial y respetuosa.		
4	Se presenta a sí mismo informando su nombre, apellido y su cargo actual; y se pone a las órdenes.		
5	Realiza un parafraseo adecuado.		
6	Durante la entrevista escucha con atención mirando a los ojos.		
7	Se muestra empático(a) escuchando con atención a la situación difícil.		
8	Expresión facial acorde a la situación que esta siendo narrada por el paciente.		
9	No interrumpe de forma innecesaria mientras el paciente habla.		
10	No realiza movimientos distractores.		
11	Resumen para verificar la principal molestia del entrevistado.		
12	Al realizar la recomendación médica le habla al paciente con tono de voz adecuado y con palabras comprensibles.		
13	Solicita al paciente que repita lo indicado en la prescripción para comprobar su entendimiento.		
14	Realiza recomendaciones no juzgativas y le manifiesta de manera activa que puede recurrir a su ayuda "en todo lo que esté a su alcance".		
15	Pregunta al entrevistado si esque todo lo explicado en la consulta ha sido comprendido.		
16	Informar sobre la fecha y hora de la próxima cita e indicar que debe solicitar otra consulta si esque existen nuevos síntomas o complicaciones.		
17	Realiza un cierre adecuado: despidiéndose y recordándole que está a las órdenes.		
18	Estrecha la mano al paciente al despedirse.		
19	Se levanta y acompaña al paciente hasta la puerta.		
20	Valoración cualitativa realizada al paciente simulado en relación a su percepción de la atención recibida. Buena = Lo hace. Mala= No lo hace.		
TOTAL			

RESPONSABLE DE LA
EVALUACIÓN:.....

ANEXO N°5. DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA



Fotografía N°1. Proyección de la guía: “La comunicación empática”.
Fuente: Paula Anabel Guerrero Vásquez.



Fotografía N°2. Reproducción del video didáctico: “La comunicación empática”.
Fuente: Paula Anabel Guerrero Vásquez.



Fotografía N°3. Práctica del taller: “La comunicación empática”.
Fuente: Paula Anabel Guerrero Vásquez.



Fotografía N°4. Práctica del taller: “La comunicación empática”.
Fuente: Paula Anabel Guerrero Vásquez.



Fotografía N°5. Evaluación de adquisición de la competencia a través de ECOE # 1.
Fuente: Paula Anabel Guerrero Vásquez.



Fotografía N°6. Evaluación de huella de memoria a través de ECOE # 2.
Fuente: Paula Anabel Guerrero Vásquez.