



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO.

Adquisición de competencias en comunicación mediante la implementación del taller. Comunicación en la interculturalidad en estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, periodo octubre 2016 - febrero 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Ramón Sarango, Ximena del Carmen

DIRECTOR: Astudillo Romero, Rodrigo Xavier, Dr.

LOJA - ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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>

Loja, mayo del 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Rodrigo Xavier Astudillo Romero

DOCENTE DE LA TITULACIÓN.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Adquisición de competencias en comunicación mediante la implementación del taller "Comunicación en la interculturalidad" en estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, periodo octubre 2016 - febrero 2017, realizado por Ximena del Carmen Ramón Sarango, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, mayo de 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Ximena del Carmen Ramón Sarango declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Adquisición de competencias en comunicación mediante la implementación del taller "Comunicación en la interculturalidad" en estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, periodo octubre 2016 - febrero 2017, de la Titulación de Medicina, siendo Doctor Rodrigo Xavier Astudillo Romero director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos y 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.

Autora: Ximena del Carmen Ramón Sarango

Cédula de identidad: 1104880420

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mi Familia, Amigos, Docentes y demás personas que de una u otra manera supieron alentarme a salir adelante haciendo las cosas correctamente. Dedico también este trabajo a cada persona que sabe valorar su cultura y la de otros, a todos los pueblos indígenas y étnicos por conservar sus costumbres y tradiciones demostrándolo con orgullo. Al pueblo de Saraguro por hacerme sentir cada vez más cerca e incluida en su cultura.

Ximena Ramón.

AGRADECIMIENTO

A Dios por llenarme de fuerza y sabiduría en mi vida. A mis padres por ser el pilar indestructible y la base de mis principios y valores, en conjunto a mis hermanos y personas muy cercanas agradezco por guiarme, enseñarme y hacer de mí una mujer de bien e incondicional para la sociedad. A la Universidad Técnica Particular de Loja y a mi director de tesis el Doctor Xavier Astudillo por ser guía en el desarrollo y ejecución de este taller, así como en mi formación pre profesional y personal.

Ximena Ramón.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTOR Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
1. CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	4
1.1. CULTURA, MULTICULTURALIDAD, INTERCULTURALIDAD.....	5
1.1.1 Cultura.....	5
1.1.2. Multiculturalidad.....	6
1.1.3. Interculturalidad.....	6
1.2. SALUD E INTERCULTURALIDAD.....	7
1.3. COMUNICACIÓN E INTERCULTURALIDAD.....	9
1.4. MÉTODO DE APRENDIZAJE BASADO EN LA SIMULACIÓN.....	10
1.5. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOE).....	12
2. CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA.....	14
2.1. OBJETIVO.....	15
2.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2.2. METODOLOGÍA.....	16
2.2.1. Tipo de estudio.....	16
2.2.2. Universo.....	16
2.2.4. Operacionalización de variables.....	16
2.2.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	17
2.2.7. Procedimiento.....	17
2.2.8. Plan de tabulación y análisis.....	18
3. CAPÍTULO 3: RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.....	19

3.1. RESULTADO 1:	20
3.2. RESULTADO 2:.....	20
3.3. RESULTADO 3:	22
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1. Distribución por sexo de estudiantes que asistieron al taller. Febrero 2017.....	20
Figura N°2. Distribución de calificaciones obtenidas de la aplicación de la ECOE a los estudiantes. Febrero 2017.....	21
Figura N° 3. Consolidado de calificaciones previo al taller de comunicación intercultural, Febrero 2017	22
Figura N° 4. Distribución de calificaciones obtenidas en la ECOE al final del taller. Febrero 2017.....	23
Figura N° 5. Estudiantes aprobados y reprobados al final del taller.....	24
Figura N°6. Calificaciones obtenidas en la ECOE al iniciar y finalizar el taller.....	25
Figura N°7. Estudiantes aprobados mediante la ECOE al iniciar y finalizar el taller.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Operacionalización de variables.....	16
Tabla N°2. Distribución por sexo de estudiantes que asistieron al taller. Febrero 2017.	20
Tabla N°3. Distribución de calificaciones obtenidas de la aplicación de la ECOE a los estudiantes. Febrero 2017.....	21
Tabla N°4. Consolidado de estudiantes que tienen competencia en comunicación intercultural, previa al taller. Febrero 2017.....	22
Tabla N°5. Distribución de calificaciones obtenidas en el ECOE al final del taller. Febrero 2017.....	23
Tabla N°6. Consolidado de estudiantes que tienen competencia en comunicación intercultural, al finalizar el taller. Febrero 2017.....	24
Tabla N°7. Consolidado de calificaciones obtenidas en la ECOE al iniciar y finalizar el taller...	25
Tabla N°8. Consolidado de estudiantes aprobados mediante la ECOE al iniciar y al finalizar el taller.....	26

RESUMEN

El presente trabajo se desarrolló con la finalidad de fortalecer las competencias en comunicación intercultural en los estudiantes matriculados en el Integrado de clínica I de la Titulación de Medicina de la UTPL, para lo cual se implementó un taller de “Comunicación en la Interculturalidad” y se evaluó a través de la ECOE aplicada al inicio y al final del mismo. El trabajo de investigación es de carácter descriptivo, prospectivo, cuantitativo y transversal.

Metodología: Para la implementación del taller se elaboró el material didáctico que constó de un video modelo de entrevista médica intercultural, guía didáctica para los estudiantes y la ECOE, elaborada a partir de los contenidos manejados en la guía didáctica y video. El taller se desarrolló con actividades guiadas y pacientes simulados.

Resultados: El porcentaje de estudiantes que aprobaron la ECOE, se incrementó de 40% al 100% luego de la implementación del taller. Conclusiones: La implementación del taller con pacientes simulados permitió a los estudiantes adquirir competencias comunicativas interculturales, lo cual se demuestra con los resultados de la ECOE.

Palabras clave: comunicación, interculturalidad, ECOE, simulación, taller.

ABSTRACT

The present work was developed with the purpose to strengthen the intercultural communication skills in students enrolled in the Integrated of Clinical I of the Degree of Medicine from the UTPL, which was implemented whit a workshop on Intercultural Communication and was evaluated through the ECOE applied at the beginning and at the end of the same. The research work is descriptive, prospective, quantitative and cross-sectional study.

Methodology: For the implementation of the workshop, was developed the teaching materials, which consisted of a video model of intercultural medical interview, didactic guide for students and the ECOE, drawn up on the basis of the content managed in the teaching guide and video. The workshop was developed with guided activities and simulated patients.

Results: The percentage of students who passed the ECOE, increased from 40% to 100% after the implementation of the workshop. **Conclusions:** The implementation of the workshop with simulated patients allowed students to acquire intercultural communicative competence, which is shown by the results of the ECOE.

Keywords: communication, interculturality, ECOE, simulation, workshop.

INTRODUCCIÓN

La interculturalidad en la salud parte de un enfoque verticalista, jerarquizado y poco objetivo que en muchas ocasiones, refuerza estereotipos que marcan aún más las barreras en la atención, propiciadas por el desconocimiento o censura a elementos culturales propios de las personas y comunidades, manifestaciones que a más de ser desaprobadas, son objeto en muchas ocasiones de burlas y ofensas.

La interculturalidad en su sentido más básico, entraña la interacción armónica entre culturas basada en el reconocimiento de la diversidad cultural. Si llevamos este concepto a la salud, es necesario que los servicios integren en sus prestaciones conceptos como cosmovisión, cultura, así como prácticas que garanticen el acceso universal, sin discriminación, basado en el respeto a las costumbres, y creencias de los usuarios.

“La gente reacciona según el trato que le damos. Si hay respeto, reacciona de la misma manera” (Aguirre, 2016)

El presente proyecto busca generar competencias de comunicación intercultural en los estudiantes de pregrado, mediante la implementación del taller “Comunicación en la interculturalidad”. Para ello se elaboró material educativo (guía, video) que fue entregado a los participantes 8 días antes del taller. El encuentro se desarrolló en tres etapas: Un primer momento que consistió en una evaluación inicial aplicada mediante ECOE [Evaluación Clínica Objetiva Estructurada] a todos los asistentes, para establecer el nivel de competencia de los participantes en comunicación intercultural; un segundo momento destinado al desarrollo mismo del taller que incluyó actividades teórico prácticas con casos clínicos de pacientes simulados y un tercer momento dedicado a la evaluación final mediante la ECOE. Los resultados de las evaluaciones, permitieron comparar los conocimientos previos y los adquiridos luego del taller.

El presente trabajo incluye tres capítulos, expuestos de la siguiente manera:

Primer capítulo o Marco teórico, dónde se encuentran definiciones y el fundamento teórico para el desarrollo del proyecto. Segundo capítulo, dónde se exponen los objetivos, la metodología, el procedimiento para el desarrollo del proyecto y la descripción de la elaboración del material y obtención de recursos. En el tercer capítulo se presentan los resultados e interpretación de la información obtenida de la ECOE.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1.1. Cultura, multiculturalidad, interculturalidad

1.1.1 Cultura.

Definiciones:

La palabra “Cultura” a través de la historia ha ido evolucionando, por lo tanto ha adquirido varios significados. Algunos autores la definen de la siguiente manera:

“Incluye todas las manifestaciones de los hábitos sociales en una comunidad, las reacciones del individuo en la medida en que se ven afectadas por las costumbres del grupo en que vive y los productos de las actividades humanas en la medida en que se ven determinadas por dichas costumbres” (Boas, 1930)

“La cultura consiste en un conjunto de patrones -explícitos o implícitos simbólicamente- que integran realizaciones características de los grupos humanos y sus materializaciones en artefactos; el meollo esencial de la cultura lo forman las ideas tradicionales (es decir, acumuladas por derivación y selección histórica) y, sobre todo, sus valores inherentes; los sistemas culturales pueden considerarse como resultados de la acción humana, por una parte, y como elementos condicionantes de ulterior acción, por la otra”. (Kroeber, 1952)

“La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos o capacidades adquiridas por el hombre en cuanto miembro de la sociedad” (Tylor, 1975)

“Esta herencia social es el concepto clave de la antropología cultural, la otra rama del estudio comparativo del hombre. Normalmente se la denomina cultura en la moderna antropología y en las ciencias sociales. (...) La cultura incluye los artefactos, bienes, procedimientos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados. La organización social no puede comprenderse verdaderamente excepto como una parte de la cultura” (Malinowski, 1975)

Espacios geográficos, clima, realidades ambientales, sistemas económicos, idioma, política, creencias religiosas, alimentación, entre otros factores han sido los causales para que se agruparan poblaciones, que con el pasar del tiempo y por la fuerte exposición a dichos factores, desarrollen costumbres y tradiciones que les permite ir creando identidades haciendo del mundo un lugar diverso.

1.1.2. Multiculturalidad.

Definición: “Se hace referencia a la presencia en el mismo lugar de culturas diferentes que no tienen relación entre ellas o que pueden tener una relación de conflicto, así, la sociedad con sus individuos serán multiculturales si mantienen un estado de indiferencia o de tolerancia hacia las varias culturas”. (Hernández, 2005)

En base a la definición de multiculturalidad se desarrolló la corriente social del multiculturalismo en donde se intenta reconocer políticamente a una cultura, generando así conflictos. En América Latina y el Caribe, estos conflictos se vinculan históricamente a la “dialéctica de la negación del otro”: ese otro que puede ser indio, negro, mestizo, zambo, campesino, mujer o marginal urbano. Entendida en términos étnicos y culturales, la negación del otro se remonta al período de descubrimiento, conquista, colonización y evangelización. (Hopenhayn, 2002)

1.1.3. Interculturalidad.

Definición: “es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura.” (Juárez, 2004)

El tema Interculturalidad se ha puesto en auge en los últimos años, pues es cotidiano ver y escuchar esto en los países multiculturales, y una simple interacción entre sus integrantes puede llevar a pensar que se ejecuta la interculturalidad, cuando en realidad se trata de mucho más que un simple roce, cruce de palabras o miradas, identificación de folklore, esto es por mucho más extenso. Tanto así que en la vida personal, que incluye lo laboral y profesional, surgen preguntas como ¿Qué hacer ante una situación en dónde la otra persona no es de nuestra cultura? ¿Hasta qué punto es tolerable la diferencia de pensamientos y creencias? Esta última pregunta dentro del ámbito Salud es una de las más pensadas y preocupantes.

La interculturalidad, según Méndez, pretende: (Méndez, 1997):

- Que exista un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial; favoreciendo el contacto y el encuentro.
- Abarca a las minorías, pero junto a la gran mayoría.

- Promueve el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental.
 - Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de atenuar las desventajas.
 - Enseña a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar.
- (LA COMPETENCIA INTERCULTURAL)

1.2. Salud e interculturalidad

Definición Salud:

“la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida” (Moreno, 2008)

El MAIS-FSC (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural) manifiesta:

“El reconocimiento de la diversidad cultural implica un DIÁLOGO INTERCULTURAL, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y/o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

La eficacia de la prestación de servicios de salud no necesariamente tiene que ver únicamente con la infraestructura o las capacidades técnicas que pueden ofrecer sino que también depende de la calidad y la capacidad de relación y conocimiento cultural.

El concepto de “Salud Intercultural” a más del encuentro entre culturas implica integración, aceptación, negociación de tradiciones culturales en cuanto a medicina y creencias ancestrales, que no son exclusivos de regiones rurales o indígenas. En el Ecuador por ejemplo, en algunos territorios en los que existen pueblos indígenas, ciertos servicios de salud ofrecen a los habitantes la posibilidad de exponer sus dudas para integrar en su manejo, elementos de medicina occidental, ancestral o alternativa.

Para lograr armonía entre los usuarios y los servicios de salud, es necesario que el personal sea capaz de:

1. Entablar una relación con absoluto respeto a la cultura y expectativas de la población que utiliza los servicios.

2. Actuar con absoluto respeto en la atención de:

- a. Pacientes de sexo distinto al de la o el prestador del servicio,
- b. Pacientes con distintas preferencias sexuales y religiosas,
- c. Niños y ancianos,
- d. Enfermos discapacitados,
- e. Pacientes con enfermedades sujetas a discriminación
- f. Otras minorías

3. Garantizar por los medios a su alcance, que los usuarios que hablan otras lenguas distintas a la del prestador, comprendan claramente las indicaciones y recomendaciones.

4. Conocer y reconocer la singularidad demográfica, étnica y cultural de la población en donde ofrece sus servicios.

5. Reconocer y respetar la perspectiva de riesgo, causalidad del proceso salud-enfermedad-atención y necesidades de salud en la población desde su perspectiva cultural.

6. Fomentar la participación social y lograr la comunicación asertiva que promueva actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, con la población usuaria y con los agentes de medicina tradicional.

1.3. Comunicación e interculturalidad

“Las habilidades comunicativas son imprescindibles para establecer una relación médico-paciente satisfactoria y obtener la información para llegar a un diagnóstico correcto, de ahí la importancia de comunicarse con habilidad con el paciente.” (Rodríguez, 2009) Entre tanto “La cultura debe su existencia y su permanencia a la comunicación. Así podríamos considerar que es en la interacción comunicativa entre las personas donde, preferentemente, la cultura se manifiesta” (Alsina, 1999)

Para Alsina (1996) “hay que tener en cuenta que las interpretaciones no son universales ni acrónicas...varían de una cultura a otra y también cambian, a lo largo del tiempo, en el seno de una misma cultura”. Es decir, la cultura tiene que ver con las capacidades de comunicación, prejuicios, lengua y valores, sin embargo es la población la que define su propio proceso de salud y enfermedad, apoyada en el conocimiento de sus derechos y el aprovechamiento de oportunidades.

Una comunicación efectiva, es aquella que permite explicar y comprender estableciendo una relación bidireccional que garantice obtener buenos resultados. Hipócrates ya en el siglo IV a. C. planteaba (como se cita en Bernal 1987), “El paciente, aunque consciente de que su estado es peligroso, puede recuperar su salud simplemente a través de su satisfacción con la bondad del médico”

Para crear y mantener comunicación intercultural fluida y con disminución de conflictos se sugiere: a) Conocer la propia cultura, b) Sensibilidad hacia las otras culturas, c) Evitar generalizaciones acerca de otras culturas (no estereotipos), c) Aceptación del principio de la relatividad cultural, d) Adoptar una actitud abierta hacia el cambio, e) ser creativo y experimental para llegar. (Asunción-Lande, 1986)

En un estudio llevado a cabo en el Reino Unido (Kearley, 2001) los autores determinaron la relación en base a comparación de los pacientes con sus médicos personales y la relación con los médicos por conveniencia. El estudio incluyó 96 pacientes adultos seleccionados al azar de una muestra aleatoria estratificada y se les aplicó entrevistas cualitativas encontrándose que el 75% de los pacientes informaron que tenían una relación estrecha con su médico personal, variando este porcentaje de 53%-92% en cada práctica. Tener una relación médico-paciente personal fue muy valorado en particular para los problemas más graves, psicológicos y

familiares en un 77-78% y de un 80-90% los pacientes valoraron más una relación estrecha personal que una cita o relación por conveniencia.

1.4. Método de aprendizaje basado en la simulación

En la preparación pre-profesional para la práctica clínica uno de los modelos de aprendizaje que más utilidad ha mostrado ha sido mediante la obtención de información, la interpretación de la información y la toma de decisiones. De tal manera que la obtención de la información y la interpretación de dicha información, están relacionados. Para la práctica de estos modelos de razonamiento diagnóstico, existen limitados trabajos que profundicen como transcurren los procedimientos mentales implicados en dicho razonamiento con el consecuente desarrollo, de la misma manera, limitada de herramientas didácticas para enseñanza y aprendizaje, siendo este último fundamentalmente empírico (Corona & Fonseca, 2012). Este aprendizaje empírico puede expresarse de manera positiva en el mejor de los casos, o por el contrario, puede manifestarse dentro de la consulta médica como un aspecto problemático por la posición autoritaria y poco asertivo del médico con el paciente. (Delbanco & Gerteis, 2013)

De manera más específica en base a este proyecto y por distintas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas se ha visto la necesidad de desarrollar procesos de mediación intercultural en salud con el fin de evitar que la identidad étnica y cultural del usuario sea una limitante en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud. (Alarcón A., 2003). Uno de los procesos de mediación consiste en entrenar al estudiante con bases en comunicación, mediante entrevistas médicas simuladas, y a consideración del desarrollo actual de nuevas tecnologías de simulación, esta es una tentativa bastante alta al haber contacto estudiante-paciente, siendo este último en su gran mayoría de otra cultura.

En la actualidad se ha desarrollado diversas metodologías de enseñanza y aprendizaje con el fin de “entrenar” al profesional en formación para que en la práctica profesional haya un mejor rendimiento. En el momento preciso que el ser humano se percata de escenas previstas e imprevistas en las que pudo actuar de manera diferente si hubiese tenido una preparación previa con creación de ambientes simulados o situaciones hipotéticas que respondan a inquietudes y acciones precisas a efectuar en un momento preciso. Es así como nuevamente se percata de la necesidad de implementación de los escenarios antes mencionados que preserven la armonía, equilibrio, estabilidad.

El uso de la simulación, como justificación ética, se basa en:

- Mejorar las normas de cuidado para los pacientes.
- Mejorar el entrenamiento al estudiante.
- Evaluación objetiva a los estudiantes.
- Valoración de los errores en el acto médico.
- Respeto y preservación de la autonomía de los pacientes.
- Respeto y preservación de la autonomía de profesionales en las ciencias de la salud.

(Galindo J., 2007)

La tecnología de la simulación se utiliza ampliamente en pregrado y postgrado de educación médica, para la capacitación del personal y la evaluación en otras áreas profesionales sanitarias.(McGaghie WC., 2009). Actualmente la simulación médica se ha expandido por todo el mundo convirtiéndose en una herramienta atractiva por sus sesiones entretenidas que han mejorado a la vez el aprendizaje experiencial y el pensamiento reflexivo. Los simuladores experienciales ofrecen al estudiante un ambiente natural para la integración de los conocimientos científicos, clínicos y comunicativos en un ambiente seguro.(Gordon JA., 2004). Permite el entrenamiento en diferentes áreas obteniendo como resultado la mejora en diversos protocolos de diagnóstico y manejo del paciente al igual que en la evaluación y adquisición de otro tipo de destrezas como el trabajo en equipo y la comunicación.(Okuda Y., 2009). A pesar de todos los beneficios, de sus resultados positivos para las habilidades psicomotoras y de la comunicación, existe evidencia baja para que sea aplicada en la educación médica continua. (McGaghie WC., 2009)

Dentro de la simulación, la adopción de la filosofía del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) implica asumir una estructura curricular que atienda las necesidades de la sociedad, métodos de enseñanza en los que el alumno aprende haciendo, y la concepción del profesor como facilitador de ese aprendizaje. Coherentemente, la evaluación debe adaptarse a esta nueva práctica docente. Para dar respuesta a estas demandas, el Centro de Apoyo a la Docencia (CAD) se estructura en dos unidades funcionales:

Laboratorio de Habilidades Clínicas, donde estudiantes y profesionales de las Ciencias de la Salud pueden aprender diferentes habilidades, bajo la supervisión de profesores, en un entorno que simula la realidad, pero que a diferencia de esta permite el error sin consecuencias. Aquí es posible repetir una situación clínica o técnica sanitaria, tantas veces como sea necesario, sin incomodar a pacientes reales. (Gibson, Shah, & Umberger, 2014)

Pruebas de evaluación de competencias, el Centro de Apoyo a la Docencia en Ciencias de la Salud (CAD-CCS) ha establecido como instrumento evaluativo de la adquisición de competencias, la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOЕ). Una prueba en la que todos los candidatos se someten al mismo examen práctico y son valorados con los mismos criterios. La prueba consiste en una rueda con varias estaciones. En cada estación se simula una situación de la práctica clínica mediante: enfermos estandarizados, simulación por ordenador y maniqués. Este método ha resultado eficaz en las prácticas pre-profesionales tanto que su auge es evidente en muchas instituciones educativas y laborales. (Ravitz et al., 2013)

Siendo la Universidad Técnica Particular de Loja una institución interesada en la implementación de talleres de comunicación en la que se adquiere la Competencia Intercultural en Salud, la que se entiende como “la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.” (Almaguer, Noviembre 2014)

1.5. Evaluación clínica objetiva estructurada (ECOЕ)

En conjunto con la implementación de talleres de simulación de práctica médica es conveniente realizar la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOЕ), siendo esta un instrumento de valoración de competencias fiable, con un comportamiento similar y coherente con el de administraciones anteriores de la misma prueba. Ello nos sirve para seguir confiando en la solidez plenamente verificada de este instrumento de medida de las diversas competencias de los médicos de familia y, por extensión, confirma la conveniencia de seguir administrando esta prueba en las otras especialidades médicas que la están utilizando (Geriatría, Neonatología, Pediatría, Cuidados Paliativos...), o la de convencer a otras sociedades médicas para que la introduzcan en su especialidad para la certificación profesional, y la de continuar con las ECOЕ que se vienen realizando en los distintos niveles de educación en las Facultades de Medicina y Escuelas de enfermería para la evaluación del final de la formación de pregrado. (Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2013)

En otros colectivos como Matronas o Técnicos del transporte sanitario han demostrado la utilidad del ECOЕ para la certificación o acreditación profesional. Mientras que en el Portafolio SEMI 2005-2006 se considera este formato evaluativo, el Portafolio, muy útil para la

valoración formativa de la práctica profesional y con toda probabilidad será útil para la recertificación de las competencias de los profesionales en activo.

Para que los talleres de simulación sean eficaces y eficientes, se requiere de continua evaluación del proceso de formación, cumpliendo con la huella memorística y demostración de la fiabilidad de la capacidad del estudiante de pregrado así como del profesional, convirtiéndose en una actividad integral de formación. (Liu, 2015)

Kogan (como se citó en Lui, 2015) afirma que “la evaluación basada en competencias clínicas induce a pensar que la enseñanza no se reduce a la mera transmisión de los conocimientos disponibles en un momento determinado sino en la estimulación de los mecanismos de reflexión que son necesarios para adquirir las habilidades y actitudes propias para el ejercicio de la actividad médica.

Es así que en competencias comunicativas “los seres humanos hemos sido socializados en una determinada comunidad lingüística en la que adquirimos unas competencias comunicativas. Si entramos en contacto con personas que hablan una lengua distinta deberemos establecer una lengua común para interaccionar” (Alsina, 1999).

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

2.1. Objetivo

2.1.1. Objetivo general:

Implementar el taller de simulación en "Comunicación en la interculturalidad" mediante la elaboración de material didáctico con la finalidad de lograr la adquisición de competencias en comunicación, en estudiantes de medicina de la UTPL.

2.1.2. Objetivos específicos:

1. Elaboración del material didáctico para el taller de simulación "Comunicación en la interculturalidad"
2. Evaluar conocimientos previos en comunicación intercultural mediante la aplicación del ECOE al inicio del taller de "Comunicación en la Interculturalidad"
3. Evaluar la adquisición de competencias en "Comunicación en la interculturalidad" mediante la aplicación del ECOE al final del taller.

2.2. Metodología

2.2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, cuantitativo y transversal.

2.2.2. Universo:

Todos los estudiantes matriculados en el componente Integrado de Clínica I en la titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico octubre 2016 – febrero 2017

2.2.3. Muestra:

- **Tamaño de la muestra:** $n = 53$
- **Tipo de muestreo:** Muestreo no probabilístico por conveniencia.
- **Criterios de inclusión:** Estudiantes matriculados en el componente Integrado de Clínica I en la titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja en el período académico Octubre 2016-Febrero 2017.
- **Criterios de exclusión:** Estudiantes que no completan las actividades del taller.

2.2.4. Operacionalización de variables:

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Material didáctico	Materiales concretos que auxilian la labor educativa y sirven para facilitar la comprensión de conceptos durante el proceso de enseñanza-	Guía del taller Video del taller Pacientes simulados	- Cuenta con el material - No cuenta con el material.

	aprendizaje. (Jácome Mena, 2015)		
Competencias en comunicación	Habilidad para tener conciencia de las convenciones sociales, de los valores y aspectos culturales y de la versatilidad del lenguaje en función del contexto y la intención comunicativa. (Decreto, 2007)	ECOE al inicio y al final del taller Calificación entre uno y veinte puntos 20 : Sobresaliente 19: Notable 18: Bien 17: Satisfactorio 14 a 16: Suficiente 10 a 13: Insuficiente 0 a 9: Deficiente	- Frecuencia y porcentaje. - Calificación >14: competente - Calificación <14: no competente.

Fuente: La autora

Elaboración: La autora

2.2.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

- **Método:** La observación.

- **Instrumentos:** Para la recolección de datos se utilizó la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), la misma que se aplicará a los estudiantes que asistan al taller tanto al iniciar como al finalizar este.

2.2.7. Procedimiento:

Elaboración del proyecto del trabajo de fin de titulación: Para el adecuado desarrollo de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica del tema, eligiendo el contenido de mejor calidad y actualizada, lo que incluye; libros, revistas digitales, publicaciones en internet. Se procedió a la redacción y presentación del trabajo.

Elaboración del material didáctico: Se realizó la revisión bibliográfica para la redacción de la guía didáctica, seguida de la preparación del guion para la elaboración del video, basado en el contenido de la guía se estructuró la ECOE, la misma que fue aprobada por el tutor.

Capacitación a los pacientes simulados: Luego de tener el material base (guía del taller) se procedió a la elaboración de los guiones y capacitación a los actores y actrices que sirvieron como pacientes simulados y a la vez de evaluadores.

Desarrollo del taller y recolección de datos: Elaborado el material didáctico, la ejecución del taller se realizó con la asistencia voluntaria de los estudiantes.

Cincuenta y tres estudiantes matriculados en componente Integrado de Clínica I en la titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja en el periodo académico Octubre 2016-Febrero 2017, el día 6 de febrero de 2017, cada uno de ellos expuesto a un paciente simulado previamente preparado en un caso clínico específico. Cada uno de los estudiantes tuvieron 10 minutos para realizar la entrevista médica y definir términos relacionados al taller. La ECOE fue anotada por evaluadores entrenados utilizando una lista de comprobación de 20 ítems. Tiempo de duración aproximado: 80 minutos. Luego de la primera evaluación, con la práctica guiada más proyección del video “Entrevista médica en la interculturalidad” se retroalimentó durante 20 minutos aproximadamente. Finalmente se aplicó la evaluación mediante ECOE durante 60 minutos aproximadamente con la metodología de inicio - simulación- antes ya descrita.

2.2.8. Plan de tabulación y análisis:

Los datos recolectados mediante la ECOE aplicado a los estudiantes al inicio del taller y al final del mismo, se midieron en función al nivel de competencia adquirida utilizando una calificación sobre 20 puntos, de los cuales, los estudiantes que obtuvieron más de 14 puntos demostraron tener competencia en comunicación, por el contrario quienes obtuvieron calificación menor a 14 puntos demostraron no tener competencia en comunicación intercultural. Una vez obtenidos los datos se procedió a tabularlos utilizando Microsoft Excel, se los agrupó por categorías las puntuaciones obtenidas y se procedió a analizar las variables utilizando medidas cuantitativas y cualitativas de proporción. Se realizó la comparación de los porcentajes de estudiantes que adquirieron y no adquirieron la competencia en comunicación intercultural.

CAPÍTULO 3
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

3.1. Resultado 1: Bajo el diseño de una guía (Anexo 2), el video “Entrevista médica-comunicación intercultural” (Anexo 5), y la ECOE (Anexo 4), se estructuró y ejecutó el Taller “Comunicación en la Interculturalidad” (Anexo 3) para la adquisición de competencias en comunicación del cual fueron partícipes estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Para la implementación del taller “Comunicación en la Interculturalidad” se necesitó de equipos, suministros e instalaciones así como de inversión económica (Anexo 1).

3.2. Resultado 2: Para certeza de los datos, se comprobó asistencia de los participantes del taller, los mismos que conformaron una muestra significativa para el estudio.

3.1.1. Datos demográficos.

Tabla 2. Distribución por sexo de estudiantes que asistieron al taller. Febrero 2017.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	15	28,30%
Mujeres	38	71,70%
TOTAL	53	100%

Fuente: Listado de asistencia

Elaboración: La autora

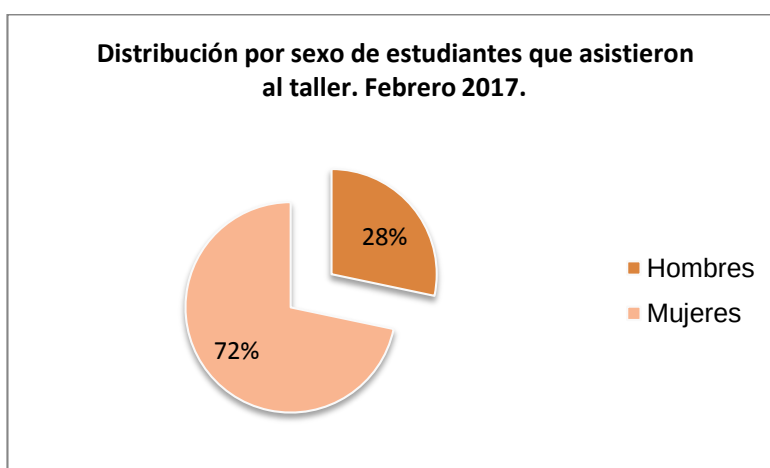


Figura 1. Distribución por sexo de estudiantes que asistieron al taller. Febrero 2017.

Fuente: Tabla 2

Elaboración: La autora

Interpretación: En la figura 1 está representado el porcentaje de estudiantes que asistieron al taller “Comunicación en la Interculturalidad. De sexo masculino asistieron el 28% de estudiantes, y de sexo femenino el 72%.

3.2.1. Resultado 2.1.: Evaluación inicial mediante la ECOE a los estudiantes asistentes que midió las competencias previas en comunicación intercultural. Los estudiantes fueron agrupados de acuerdo al sistema de calificación.

Tabla 3. Distribución de calificaciones obtenidas de la aplicación de la ECOE a los estudiantes. Febrero 2017.

Calificaciones		Frecuencia	Porcentaje
Sobresaliente	20	6	11,32%
Notable	19	0	0%
Bien	18	0	0%
Satisfactorio	17	0	0%
Suficiente	14 a 16	15	28,30%
Insuficiente	10 a 13	22	41,51%
Deficiente	0 a 9	10	18,87%
Total		53	100,00%

Fuente: ECOE

Elaboración: La autora

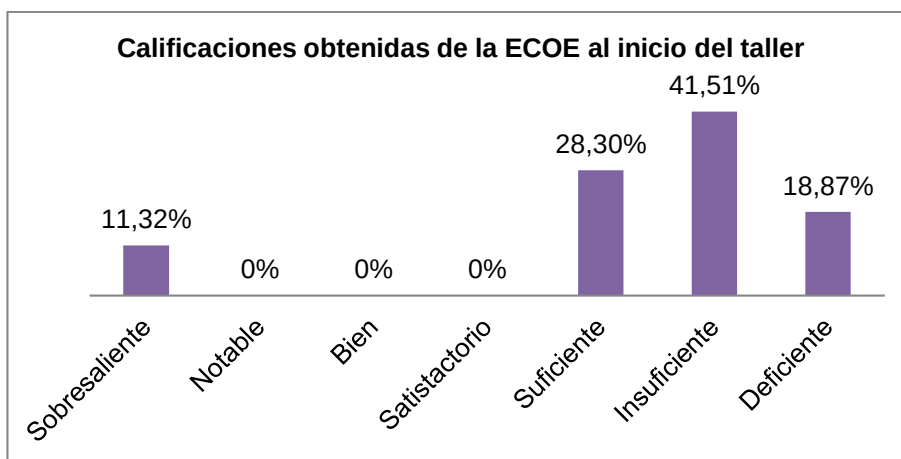


Figura 2. Distribución de calificaciones obtenidas de la ECOE al inicio del taller

Fuente: Tabla 3.

Elaboración: La autora.

Interpretación: En la figura 2 se observa la recopilación de calificaciones obtenidas producto de la ECOE. Calificaciones como: notable, satisfactorio y suficiente fueron del 0%, 11,32% de los estudiantes obtuvieron sobresaliente, 18,87% obtuvieron deficiente, 28,30% obtuvieron calificación de suficiente, y el 41,51% de la totalidad de estudiantes fueron insuficientes.

3.2.2. Resultado 2.2.: La aprobación de la ECOE se basa en el nivel de competencia que tiene el estudiante con una calificación ≥ 14 , en este primer momento antes de la ejecución del taller “Comunicación en la Interculturalidad”

Tabla 4. Consolidado de calificaciones previo al taller de comunicación intercultural, Febrero 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiantes con competencia en comunicación intercultural.	21	40%
Estudiantes que no tienen competencia en comunicación intercultural.	32	60%

Fuente: ECOE

Elaboración: La autora

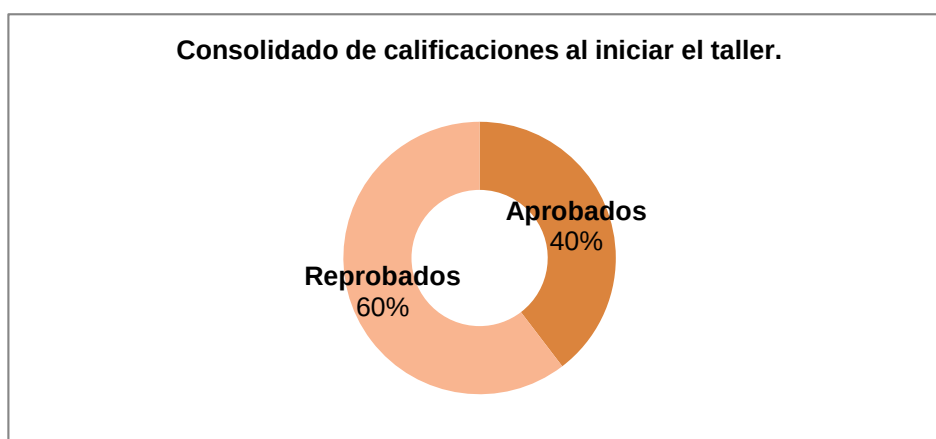


Figura 3: Consolidado de calificaciones previo al taller de comunicación intercultural, Febrero 2017.

Fuente: Tabla 4

Elaboración: La autora.

Interpretación: En figura 3 se presenta el consolidado entre estudiantes aprobados con un 40% y los estudiantes reprobados con un 60%, este último representa el porcentaje de estudiantes con conocimiento previo en comunicación intercultural.

3.3. Resultado 3: Al final del taller “Comunicación en la Interculturalidad” se evalúa a los estudiantes mediante la ECOE en donde se vieron reflejados los resultados de la eficacia del taller.

Tabla 5. Distribución de calificaciones obtenidas en el ECOE al final del taller. Febrero 2017.

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Sobresaliente	20	27	50,94%
Notable	19	7	13,22%
Bien	18	5	9,43%
Satisfactorio	17	9	16,98%
Suficiente	14 a 16	5	9,43%
Insuficiente	10 a 13	0	0%
Deficiente	0 a 9	0	0%
Total		53	100,00%

Fuente: ECOE

Elaboración: La autora

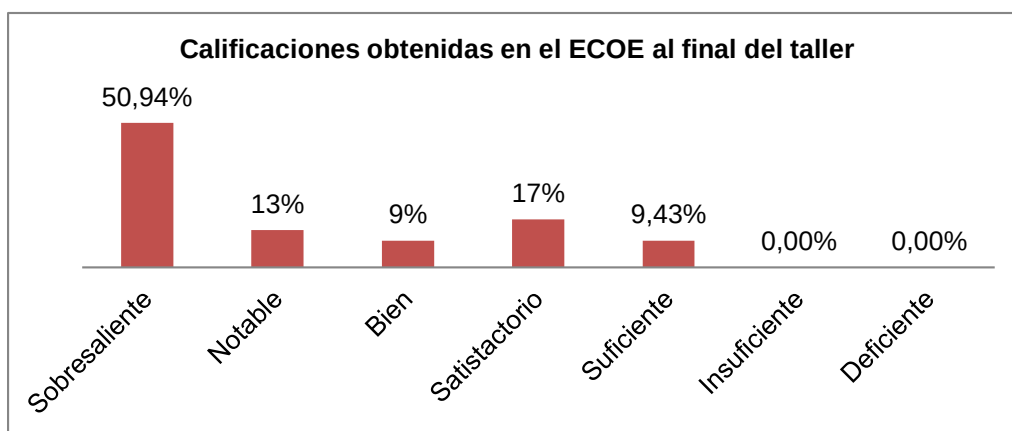


Figura 4. Distribución de calificaciones obtenidas en la ECOE al final del taller.

Fuente: Tabla 4

Elaboración: La autora.

Interpretación: En la figura 4 se observa la recopilación de calificaciones obtenidas por la ECOE al final del taller. Las calificaciones insuficientes y deficientes fueron del 0%, suficiente en un 9,43%, satisfactorio en un 17%, calificaciones del grupo de estudiantes que se desarrollaron bien fue en un 9%, calificaciones notables en un 13%, y con un porcentaje del 50,94% pertenece al grupo de estudiantes sobresalientes.

3.3.1. Resultado 3.1.: La aprobación de la ECOE al final del taller se basa en el nivel de competencia que el estudiante adquirió con el taller, aprobando este con una calificación ≥ 14 .

Tabla 6. Consolidado de estudiantes que tienen competencia en comunicación intercultural, al finalizar el taller. Febrero 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiantes con competencia en comunicación intercultural.	53	100%
Estudiantes que no tienen competencia en comunicación intercultural.	0	0%

Fuente: ECOE

Elaboración: La autora

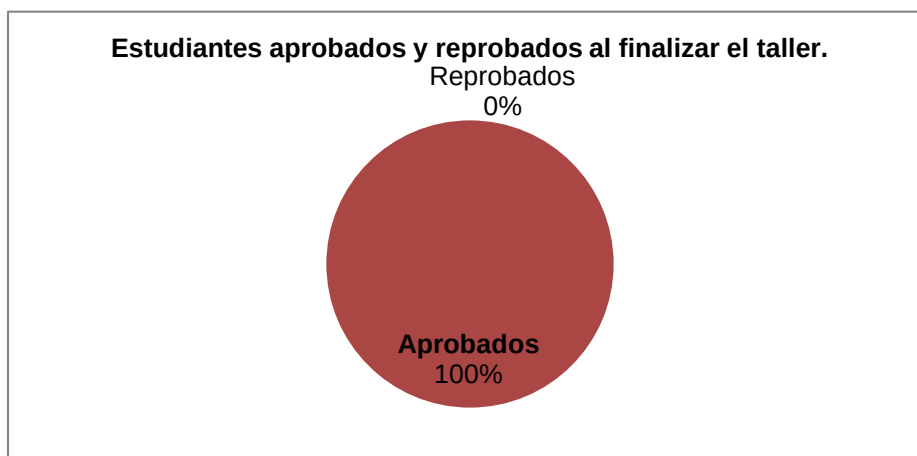


Figura 5. Estudiantes aprobados y reprobados al final del taller.

Fuente: Tabla 6

Elaboración: La autora.

Interpretación: En la figura 5 se observa que el 100% de estudiantes aprobaron la ECOE luego del taller “Comunicación en la Interculturalidad, es decir, obtuvieron puntuaciones igual o mayor a 14.

3.3.2. Resultado 3.2.: Existe un gran contraste entre las calificaciones del antes y después del taller “Comunicación en la Interculturalidad” (Tabla 7)

Tabla 7. Consolidado de calificaciones obtenidas en la ECOE al iniciar y finalizar el taller.

Calificaciones		Frecuencia ECOE 1	Frecuencia ECOE 2	Porcentaje ECOE 1	Porcentaje ECOE 2
Sobresaliente	20	6	27	11,32%	50,94%
Notable	19	0	7	0%	13,22%
Bien	18	0	5	0%	9,43%
Satisfactorio	17	0	9	0%	16,98%
Suficiente	14 a 16	15	5	28,30%	9,43%
Insuficiente	10 a 13	22	0	41,51%	0%
Deficiente	0 a 9	10	0	18,87%	0%
Total		53	53	100,00%	100,00%

Fuente: ECOE

Elaboración: La autora

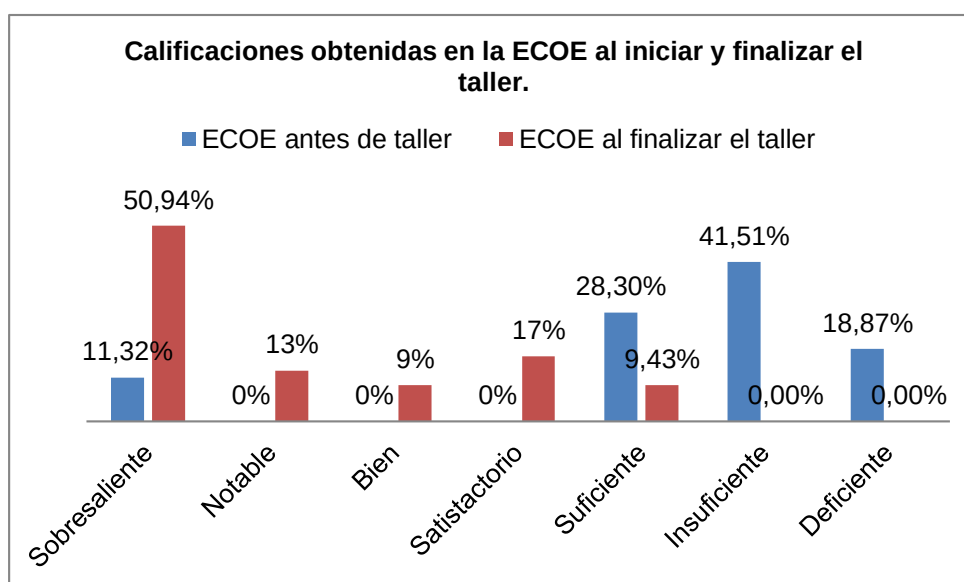


Figura 6. Calificaciones obtenidas en la ECOE al iniciar y finalizar el taller.

Fuente: Tabla 7

Elaboración: La autora.

Interpretación: En la figura 7 se observan las calificaciones de los estudiantes antes de iniciar y al finalizar el taller. En los extremos observamos que hay calificaciones sobresalientes con un porcentaje de 11,32% de la ECOE antes del taller frente a un 50,94% de la ECOE después del taller. En el otro extremo se observa las calificaciones deficientes con el 18,87% de la ECOE antes del taller, frente a un 0% luego del taller.

3.3.3. Resultado 3.3.: Al completar las etapas del taller se presenta el consolidado de estudiantes que aprobaron la ECOE antes y después del taller “Comunicación en la Interculturalidad”

Tabla 8. Consolidado de estudiantes aprobados mediante la ECOE al iniciar y al finalizar el taller.

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Estudiantes aprobados al iniciar el taller	21	39,62%
Estudiantes aprobados al finalizar el taller	53	100%

Fuente: ECOE

Elaboración: La autora.

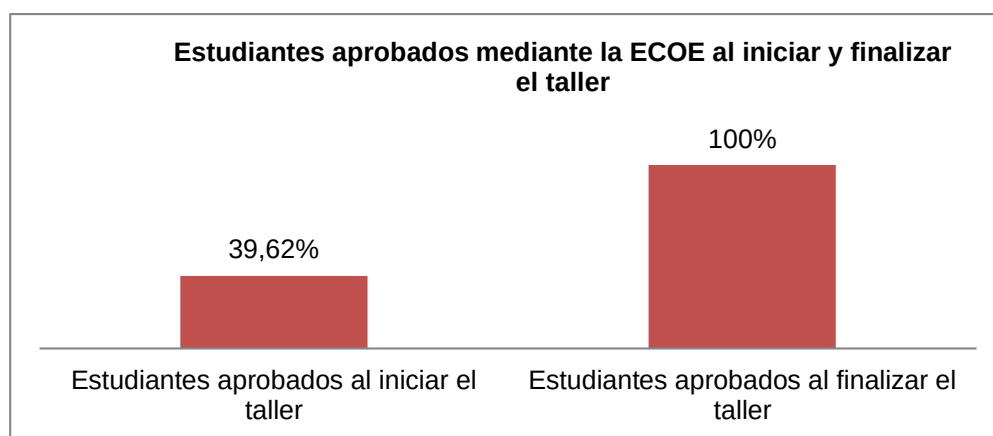


Figura 7. Estudiantes aprobados mediante la ECOE al iniciar y finalizar el taller.

Fuente: ECOE

Elaboración: El autor

Interpretación: En la figura 7 representan la cantidad de estudiantes aprobados tanto en la primera como en la segunda evaluación, teniendo como 39,62% de aprobación en la ECOE inicial y 100% de aprobación en la ECOE final.

DISCUSIÓN

Con la elaboración del material didáctico, obtención de recursos para pacientes simulados y la aplicación de la ECOE. Se implementó el taller “Comunicación en la Interculturalidad” que expande y mejora las habilidades en comunicación de estudiantes de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Las competencias adquiridas impulsan al estudiante a tener *Competencia Intercultural en Salud*, la cual se define como: “Capacidad de establecer relaciones respetuosas, equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, considerando contextos multiculturales, identificando e interactuando además, con profesionales, terapeutas y usuarios de otras medicinas” (LA COMPETENCIA INTERCULTURAL)

La realización del taller con metodología de simulación es apoyada por estudios que exponen el ensayo de habilidades en condiciones de bajo riesgo y a la vez dar retroalimentación, es decir, destrezas como la comunicación pueden ser mejoradas sustancialmente, al utilizar pacientes simulados, creando un ambiente en el cual el estudiante pueda adquirir mayor práctica sin necesidad de estar en contacto con un paciente real, y mejorar la confianza de los mismos (Ruiz, 2010)

Los resultados obtenidos en esta investigación con el 40% de aprobación en estudiantes que presentaron conocimientos previos sobre la entrevista intercultural de médico-paciente, frente al 100% de aprobación luego de impartir el taller “Comunicación en la Interculturalidad”, da valores de confianza en cuanto al método utilizado para la adquisición de competencias, en este caso, la simulación y evaluación con ECOE.

En un estudio piloto realizado en la Facultad de Ciencias Farmacéuticas de Ras Al Khaimah con 20 estudiantes participantes, fueron sometidos a la ECOE, el cual era de naturaleza interactiva con pacientes simulados entrenados previamente, y no interactiva con tareas escritas o problemas para ser desarrollados. El grado de aprendizaje obtenido fue alto en un 50%, muy alto en 15% y en un 25% los estudiantes se mantuvieron neutrales. (Amad Mohammed Jamil Al-Azzawi, 2016)

En otro estudio en donde participaron estudiantes de segundo y tercer año de formación en fase profesional de un programa de entrenamiento en una universidad del Medio Oeste fueron expuestos a métodos de enseñanza con pacientes estandarizados y casos clínicos

simulados. Se valoró cualitativamente su percepción sobre su actitud y aptitud con los pacientes, lo que implica reflexionar sobre las experiencias del pasado pensando en las futuras acciones. Con respecto al aumento de confianza, los estudiantes aclararon que esta aumentó de manera significativa, lo cual ayuda en un futuro para sobrellevar las evaluaciones. En cuanto al paciente estandarizado en encuentro en grupo pequeño de compañeros, los estudiantes manifestaron que aprendieron los unos de los otros y mejoraron sus actitudes y aptitudes con los pacientes. Por último, la simulación basada en casos clínicos, los participantes sintieron que la metodología los ayudó a comenzar a desarrollar, controlar y organizar sus pensamientos durante la evaluación y en la práctica clínica. (Walker, 2015)

La evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) permite autocorrección como corrección al estudiante evaluado, lo que pone en juego la retroalimentación. Durante la evaluación, si bien el evaluador a distancia “percibía” la ejecución de la situación simulada, ésta ya estaba interferida entre los comunicantes por la observación del evaluador, alterando así el proceso comunicativo entre estudiante y paciente simulado, a pesar de ello, el ECO es una herramienta muy eficaz. (Montenegro, 2014)

En un estudio relacionado al método de evaluación mediante ECO encuestaron a instructores que ya habían trabajado con esta herramienta de forma tradicional (en papel), dándoles la oportunidad de experimentar con la herramienta (ECO) de forma electrónica. La mayoría de los encuestados (84%) estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo en que el sistema ECO en digital era fácil de usar y dos tercios de los examinadores (68%) prefirieron el sistema ECO basado en papel. Las respuestas se mezclaron acerca de si el sistema ECO mejoró la calidad de la retroalimentación que dieron a los estudiantes, la respuesta más común fue "neutral" (32%), aproximadamente el mismo número de respuestas estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo (36%) y quienes no estuvieron de acuerdo o muy en desacuerdo se manifestaron en un 32%. A pesar de ser una nueva manera del sistema ECO no presentó mayor dificultad, optimizando tiempo y recursos. (Snodgrass, 2014)

Al estar capacitado en comunicación intercultural vuelve la relación médico –paciente eficiente; “entrevistas más efectivas, reducción de conflictos y reclamos y mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico” (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010), mejorando estas habilidades con el pasar del tiempo y la adquisición de experiencia en base a situaciones enriquecedoras.

CONCLUSIONES

Se implementó un taller de “Comunicación en la Interculturalidad” basado en simulación, el mismo que se aplicó a 53 estudiantes matriculados en el componente Integrado de Clínica I del periodo académico octubre 2016-febrero 2017.

Se elaboró el material didáctico, el mismo que constó de una guía, video, evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE).

Al evaluar los conocimientos previos al taller mediante la aplicación de la ECOE se evidenció que el 60% de estudiantes no tenían conocimientos relacionados al tema.

Al finalizar el taller se aplicó la ECOE a cada participante obteniéndose un resultado de aprobación en el 100% de estudiantes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda tomar en cuenta el presente proyecto de tesis “Adquisición de competencias en comunicación mediante la implementación del taller Comunicación en la Interculturalidad” como parte integral en la formación pre-profesional de los estudiantes de la carrera de Medicina.

Se recomienda implementar talleres que complementen la entrevista y terapia médica para la adquisición de competencias en medicina ancestral, tradicional, alternativa.

Se recomienda analizar la posibilidad de implementación de la ECOE electrónica en la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, M. (2016). "Los límites de la Salud Intercultural."
2. Boas, F. (1930). *Anthropology*. Nova York, Macmillan.
3. Kroeber, A. (1952). *Culture*. Nova York, Meridian Books.
4. Tylor, E. (1975). *La ciencia de la cultura*. Barcelona, Anagrama.
5. Malinowski, B. (1975). *La cultura*. Barcelona, Anagrama.
6. Hernández, V. H. (2005). "Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: Evolución de un término." IN MEMORIAM.
7. Hopenhayn, M. (2002). "El reto de las identidades y la multiculturalidad." *Pensar Iberoamérica*.
8. Juárez, G. F. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*, Editorial Abya Yala.
9. Mendez, M. (1997). "Orientaciones para la interculturalidad, valores culturales dominantes." Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
10. Moreno, G. A. (2008). "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad." *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* 9(1): 93.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*.
12. LA COMPETENCIA INTERCULTURAL, E. L. F. "DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE IMPLANTACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL."
13. Rodríguez T., B. M. (2009). Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. . *Revista Cubana de Medicina Militar* , 79. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v38n3-4/mil093-409.pdf>
14. Alsina, M. R. (1999). *La comunicación intercultural* (Vol. 22). Anthropos Editorial.
15. Bernal, A. O. (1987). *Psicología social y salud*. Universidad de Oviedo, Servicio de Publicaciones.
16. Asunción-Lande, N. (1986). "Comunicación intercultural." *La comunicación humana ciencia social*. México DF: Mc-Graw-Hill: 177-198

17. Kearley K., Freeman G. and Heath A. (2001). An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, 712-717. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1413534/>
18. Corona, L., & Fonseca, M. (2012). El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. *Medisur*, 39-46. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2012/msu121g.pdf>
19. Delbanco, T., & Gerteis, M. (2013). A patient-centered view of the clinician-patient relationship. *Uptodate*. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship>
20. Alarcón A., Vidal A. y Neira J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica Chile*, 1061-1065. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext
21. Galindo J., Visbal L. (2007). Simulación, herramienta para la educación médica. *Salud Uninorte.*, 79-95. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723109>
22. McGaghie WC., Siddall V., Mazmanian PE., Myers J., American College of Chest Physicians Health and Science Policy Committee. (2009). Lessons for continuing medical education from simulation research in undergraduate and graduate medical education: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Pecho*. doi: 10.1378 / chest.08-2521
23. Gordon JA., Oriol N. and Cooper J. (2004). Bringing good teaching cases "to life": a simulator-based medical education service. *Acad Med, Jan (79)*, 23-7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14690993>
24. Okuda Y., Bryson EO., DeMaria S Jr., Jacobson L., Quinones J, Shen B. and Levine Al. (2009). The utility of simulation in medical education: what is the evidence?. *Mt Sinai J Med*. doi: 10.1002 / msj.20127.
25. Gibson, J., Shah, B., & Umberger, R. (2014). *Clinical Medical Assisting: An introduction to the fundamentals of practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
26. Ravitz, P., Lancee, W., Lawson, A., Maunder, R., Hunter, J., Leszcz, M., . . . Pain, C. (2013). Improving Physician-Patient Communication Through Coaching of Simulated Encounters. *Academic Psychiatry*, 87-93. doi: 10.1176 / appi.ap.11070138
27. Almaguer, J., Vargas, V., García, H. (Noviembre 2014). *Competencias Interculturales para el personal de Salud*. México

28. Włoszczak-Szubzda, A., & Jarosz, M. (2013). Selected aspects of a professional doctor-patient communication--education and practice. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2-20. Disponible en <http://aaem.pl/abstracted.php?level=5&ICID=1052348>
29. Liu, X., Rohrer, W., Luo, A., Fang, Z., He, T., & Xie, W. (2015). Doctor-patient communication skills training in mainland China: A systematic review of the literature. *Patient education and counseling*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.09.012>
30. Jácome Mena, J. A. (2015). El uso de material didáctico y su aporte en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el segundo año de educación básica de la Escuela Rufino Carrillo del cantón Pillaro provincia del Tungurahua, Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Carrera de Educación Básica.
31. Decreto 74/2007. ANEXO 1. Principado de Asturias. Boletín oficial del Principado de Asturias num. 162. (2007). Disponible en <https://sede.asturias.es/bopa/disposiciones/repositorio/LEGISLACION34/66/14/6CE1B1F8CF14947AFC0124183FE4737.pdf>
32. Ruiz, R. (2010). *Educación médica: Manual práctico para clínicos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
33. Amad Mohammed Jamil Al-Azzawi, B. G. N., Mahmood Y. Hachim & and O. H. Mossa (2016). "The implementation and development of an objective structured clinical examination in the community pharmacy course of a select Gulf-region academic institution (Ras Al Khaimah College of Pharmaceutical Sciences): a pilot study,." *Innovations in Education and Teaching International* 53: 60-72.
34. Stacy Walker, T. W., y Kirk J. Armstrong (2015). "Encuentros estandarizado del paciente individual y basado en casos Simulaciones mejorar la confianza de los estudiantes y promover la reflexión: un estudio preliminar." *Entrenamiento Deportivo Educación Diario* 10: 130-137.
35. Montenegro, A., et al. (2014). "Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE) para la adquisición de habilidades y destrezas comunicacionales." *Publicación oficial de ASOFAMECH y SOEDUCSA CONCEPCIÓN-CHILE*: 171
36. Snodgrass, S. J. A., Samantha E.; Rivett, Darren A.; Russell, Trevor (2014). "Implementation of an Electronic Objective Structured Clinical Exam for Assessing Practical Skills in Pre-Professional Physiotherapy and Occupational Therapy Programs: Examiner and Course Coordinator Perspectives." *Australasian Journal of Educational Technology* 30: 152-166.

37. Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 1047-1054. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>

ANEXOS

ANEXO 1. RECURSOS UTILIZADOS EN EL TALLER

Tabla 2.1. Detalle de recursos

EQUIPOS, SUMINISTROS, INSTALACIONES	DISPONIBILIDAD
EQUIPOS:	
- Cámara digital, trípode, computador, parlantes	- UTPL
- Retroproyector	- UTPL
SUMINISTROS:	
- De oficina y escritorio	- Propio
INSTALACIONES:	
- Laboratorio de destrezas de la titulación de médico de la Universidad Técnica Particular de Loja.	- UTPL
- UTPL	- UTPL

Fuente: El autor

Elaboración: El autor

Tabla 2.2. Valores de inversión para implementación del taller.

ACTIVIDAD	COSTO	
	Del autor	De la UTPL
Impresiones	5,00	
Copias	5,00	
Filmación y Edición	35,00	50,00
Refrigerios	65,00	
Subtotal	110,00	50,00
Imprevistos 10%	11,00	5,00
Total	121,00	55,00
Costo final	126	

Fuente: El autor

Elaboración: El autor

ANEXO 2. GUÍA DIDÁCTICA DEL TALLER



LABORATORIO DE DESTREZAS DE LA
COMUNICACIÓN

GUÍA DIDÁCTICA

TALLER:

**COMUNICACIÓN EN LA
INTERCULTURALIDAD**

AUTOR: RAMÓN SARANGO, XIMENA DEL CARMEN

REVISIÓN: ASTUDILLO ROMERO, RODRIGO XAVIER.

LOJA – ECUADOR
2017

GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER DE “ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA MÉDICA”

Autor: *RAMÓN-SARANGO, Ximena del Carmen

Revisor: **ASTUDILLO-ROMERO, Rodrigo Xavier.

**Estudiante de la Titulación de Médico de la UTPL*

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

ÍNDICE

- 1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR**
- 2. CRONOGRAMA DEL TALLER**
- 3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER**
- 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS**
- 5. CONTENIDO DEL TALLER**
 - 5.1. Introducción
 - 5.2. Comunicación Intercultural en la consulta médica
 - 5.2.1. Primera Etapa: Conocer al paciente.
 - 5.2.2. Segunda Etapa: Interpretar al paciente.
 - 5.2.3. Tercera Etapa: Aceptar al paciente.
 - 5.2.4. Cuarta Etapa: Negociar con el paciente
 - 5.2.5. Quinta Etapa: Consenso.
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

- 1.1. Comunicación oral y escrita.
- 1.2. Pensamiento crítico y reflexivo.
- 1.3. Trabajo en equipo.
- 1.4. Compromiso e implicación social.
- 1.5. Compromiso ético.
- 1.6. Promover la salud y el bienestar de la persona y prevenir la enfermedad.
- 1.7. 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.
- 1.8. Ejecutar la entrevista médica estructurada de acuerdo a la metodología I.P.E.
- 1.9. Manejar una relación médico-paciente empática y altamente profesional con las bases en la interculturalidad.

2. CRONOGRAMA DEL TALLER

FECHA	06 de febrero de 2017
DURACIÓN	3 horas Taller + ECOE
GRUPO	Todos los estudiantes matriculados en el componente: Integrado de clínica V en el período académico Octubre 2016 – Febrero 2017.
HORARIO	ECOE + Taller + ECOE: 06 de febrero de 2017 (09:00-12:00h) Grupo A. ECOE + Taller + ECOE: 06 de febrero de 2017 (15:00-18:00h) Grupo B.
MATERIAL	Entrega de guía didáctica 8 días previos a la realización del taller.
EVALUACIÓN	Mediante ECOE, evaluación individual de 10 minutos por estudiante.

ACTIVIDADES DEL TALLER	DURACIÓN
Bienvenida e introducción.	10 min
Evaluación mediante ECOE (10 estudiantes por cada evaluador, 5 evaluadores y 10 minutos por cada estudiante).	48 min
Proyección del video "Comunicación intercultural".	8 min
Práctica guiada, simulación y preguntas.	65 min
Evaluación mediante ECOE (10 estudiantes por cada evaluador, 5 evaluadores y 10 minutos por cada estudiante).	48 min
TOTAL DE TIEMPO DEL TALLER	179 min

3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER

- 3.1. Estudiantes matriculados en el componente: Integrado de Clínica V, en el período académico octubre 2016 – febrero 2017.
- 3.2. Revisión de la guía didáctica del taller "Comunicación intercultural".
- 3.3. Revisión de la bibliografía recomendada en la Guía Didáctica.
- 3.4. Acudir al taller con ropa cómoda y mandil, que le permita el desenvolvimiento dinámico en el mismo.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Multiculturalidad: Reconocimiento de cada cultura con respecto al otro.

Pluriculturalidad: Coexistencia de una gran variedad de culturas dentro de una nación o comunidad.

Comunicación intercultural: Es aquella que resulta de la interacción entre hablantes de lenguas y culturas diferentes. ("Centro Virtual Cervantes," 2015)

I.P.E.: Metodología para la consulta médica basada en ideas, problemas y expectativas del paciente. (Ruiz Moral, 2010)

Empatía: Capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él. ("Psicopedagogía.com," 2015)

Juicio clínico: Afirmación sobre la situación clínica de un paciente En la medicina científica, se debe llegar a ella mediante pruebas o razonamientos lógicos a partir de pruebas. ("Clínica Universidad de Navarra," 2015)

Ética: Conjunto de normas morales que rigen la conducta humana. ("Diccionario de la lengua española," 2014)

5. CONTENIDO DEL TALLER

5.1. Introducción:

“Había una vez un anciano que pasaba los días sentado junto a un pozo a la entrada del pueblo. Un día, un joven se le acercó y le preguntó:

—Yo nunca he venido por estos lugares...¿Cómo son los habitantes de esta ciudad?

El anciano le respondió con otra pregunta:

—¿Cómo eran los habitantes de la ciudad de la que vienes?

—Egoístas y malvados, por eso me he sentido contento de haber salido de allá.

—Así son los habitantes de esta ciudad—, le respondió el anciano.

Un poco después, otro joven se acercó al anciano y le hizo la misma pregunta:

—Voy llegando a este lugar. ¿Cómo son los habitantes de esta ciudad?

El anciano le respondió con otra pregunta:

—¿Cómo eran los habitantes de la ciudad de la que vienes?

—Eran buenos, generosos, hospitalarios, honestos, trabajadores. Tenía tantos amigos que me ha costado mucho separarme de ellos.

—También los habitantes de esta ciudad son así—, respondió el anciano.

Un hombre que había llevado a sus animales a tomar agua al pozo y que había escuchado la conversación, en cuanto el joven se alejó le dijo al anciano:

—¿Cómo puedes dar dos respuestas completamente diferentes a la misma pregunta hecha por dos personas?

—Mira— le respondió—, cada uno lleva el universo en su corazón. Quien no ha encontrado nada bueno en su pasado, tampoco lo encontrará aquí. En cambio, aquel que tenía amigos en su ciudad, encontrará también aquí amigos leales y fieles. Porque las personas son lo que encuentran en sí mismas. Encuentran siempre lo que esperan encontrar.”

Regla de supervivencia básica:

RESPETAR FORMAS DE HACER, DE SER Y DE PENSAR de la población usuaria, como es en este caso, paciente que acude a consulta médica.

La UNICEF en su publicación de educación intercultural presenta criterios pedagógicos para el desarrollo de la interculturalidad:

- ✓ La autoestima y el reconocimiento de lo propio.
- ✓ Los conocimientos, los saberes y las prácticas locales.
- ✓ La identificación y el reconocimiento de las diferencias y la “otredad”.
- ✓ Conocimientos y prácticas de “otros”.
- ✓ La problemática de conflictos culturales, racismo y relaciones culturales negativas.
- ✓ Unidad y diversidad.
- ✓ La comunicación, interrelación y cooperación.

(Para ampliar el conocimiento de los criterios pedagógicos puede ingresar en https://www.unicef.org/peru/files/Publicaciones/Educacionbasica/peru_educacion_interculturalidad.pdf) (Walsh, C., 2005)

Para aprender a intervenir en culturas diversas, lo principal es centrarse en la identificación, conocimiento y comprensión de la propia cultura. Se trata de reconocimiento de sí mismo desde su propio inicio cultural con las expansiones naturales en relación con el medio sintiéndose parte de una sociedad; lenguaje, pensamiento, edad, género, valores, religión, clase social, tolerancia a lo diferente, autonomía, limitaciones. Apreciación de sí mismo dentro de una sociedad multicultural aceptándose con luces y sombras, valorar lo propio aunque otros lo rechacen. Este será el punto de partida para una comunicación sin barreras.

Miquel Rodrigo Alsina mediante Portal de la comunicación, LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL (Alsina, 1999) nos propone pautas para identificar cuando la otra persona es de una cultura diferente o igual a la nuestra, estas pautas son cuatro:

- **Idioma, religión, género y edad.**

La diferenciación o combinación de las pautas que se puede dar en una persona en concreto, es amplio. Además son la base para la expansión y creación de otras pautas que ayuden a identificar a la otra persona inmediatamente sin caer en el error de encasillar en este primer contacto, recordar que se tiene toda una cita médica e incluso momentos fuera de consulta para conocer más acerca de la persona culturalmente diferente o semejante.

Las consecuencias de la interrupción en la interrelación entre culturas es incompreensión mutua, con resistencia e insatisfacción habiendo un ganador y un perdedor con la generación de nuevos conflictos.

Para resolución de conflictos se pueden aplicar modelos de negociación, que en un primer plano muestran el ruido generado en la comunicación. Para el presente taller fue escogido el siguiente modelo, el cual ayuda a diferir en la percepción de la realidad, lo que se expresa en necesidades diferentes y estrategias para resoluciones. Se observa en la Figura 1.

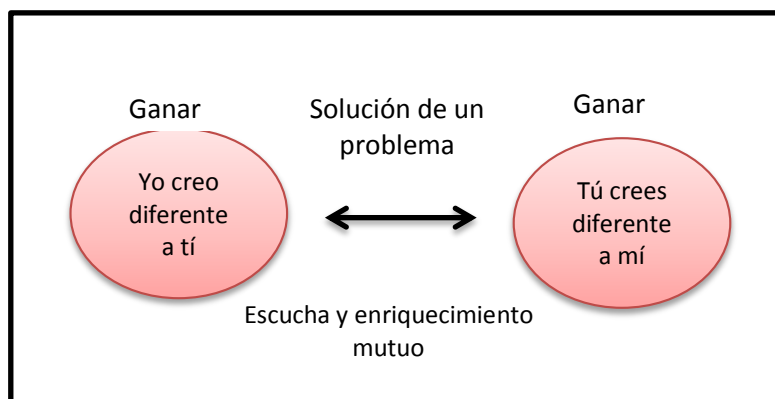


Fig. 1. Modelo de negociación intercultural
Fuente: (Almaguer, Noviembre 2014)
Elaboración: Propia de la autora.

Ante el conflicto es necesario que cada parte exprese sus necesidades desde sus principios, enfatizando una escucha activa, respetuosa y atenta, evitando la descalificación propia y del otro como podemos observar en la Figura 2. **Enfatizar la existencia de diferentes verdades y percepciones que pueden enriquecerse.** Tomar la experiencia como enriquecedora, negociar en buenos términos, cada persona actúa desde la historia que cada parte le ha tocado vivir.

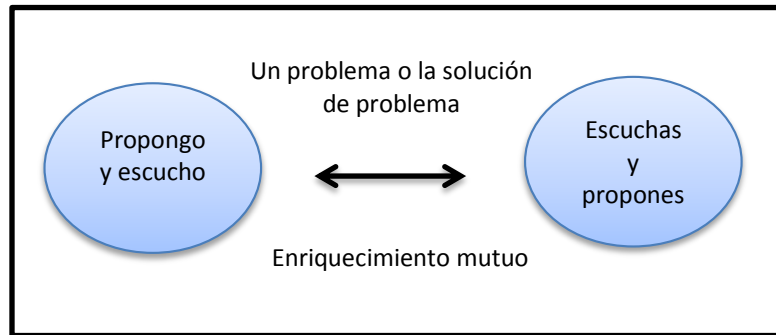


Fig. 2. Modelo de negociación intercultural

Fuente: (Almaguer, Noviembre 2014)

Elaboración: Propia de la autora

Variables para negociar:

- ✓ El objetivo es llegar a acuerdos de beneficio mutuo, en un clima de respeto.
- ✓ Es importante que cada parte describa la información sobre su persona, grupo institución, para facilitar la comprensión de las necesidades, estrategias y percepción valores.
- ✓ Es importante identificar lo que se quiere negociar.
- ✓ Siempre negociar para construir. Nunca para disminuir o eliminar al otro.
- ✓ Es fundamental identificar desde el inicio de la negociación las necesidades y estrategias de cada grupo, concentrándose en las primeras. Nunca entramparse con la discusión en las posiciones. (Almaguer, Noviembre 2014)

Dentro de la Comunicación Intercultural en el ámbito de Salud el problema no siempre se puede negociar, puesto que protocolos, programas de prevención, campañas de difusión son impuestas de una manera general a la población sin prestar interés en la percepción y creencias de la población, es decir en una manera vertical en donde los beneficiarios se encuentran al final de la línea. El actuar correcto frente a la comprensión de las culturas es interpretar sus manifestaciones de acuerdo a sus propios criterios culturales.

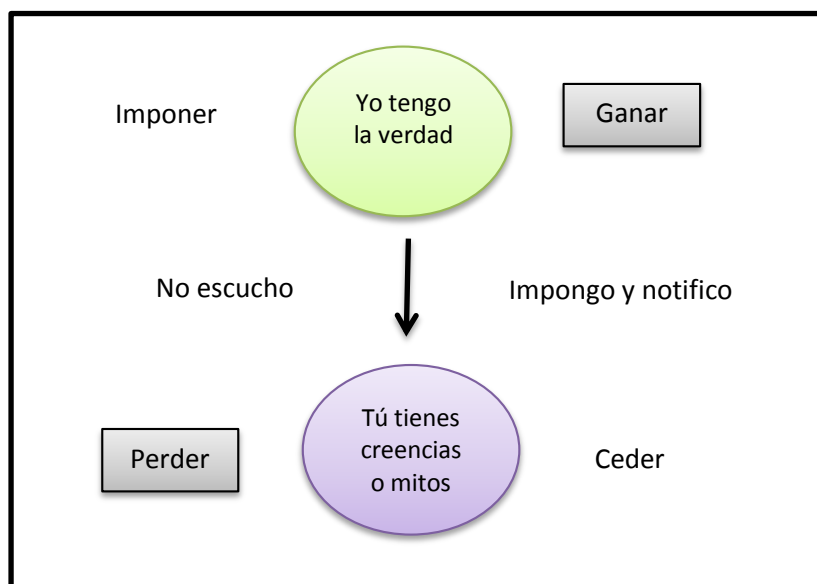


Fig. 3. Modelo de negociación intercultural
Fuente: (Almaguer, Noviembre 2014)
Elaboración: Propia de la autora

Ejemplo:

En un pueblo de los Andes peruanos, una comunidad indígena tuvo fuerte discusión con todo el personal de salud, expresando ante autoridades las humillaciones y agresiones de que eran objeto por parte del personal, recibiendo insultos frecuentemente al ser tratados como sucios. La comunidad no entendía las diferentes interpretaciones de sus costumbres y lo que significaba para el personal de salud, y éste no comprendía el concepto de salud basado en el equilibrio entre lo frío y lo caliente que tenía la comunidad. Esta concepción última daba origen, en ese lugar serrano frío, a una serie de mecanismos preventivos para no enfriarse cuando consideraban estar “calurosos”, lo cual implicaba el lavado de manos y el baño. Resultado: un conflicto que violentó a la comunidad y que pudo ser más grave.

Este modelo de comprensión de los conflictos y negociación puede ser aplicado a todo tipo de conflictos de valores entre personas y grupos con características diferentes: edades, género, etnicidad, preferencias sexuales, religión, gremio.

UNIR SIN CONFUNDIR Y DISTINGUIR SIN SEPARAR.

A pesar de que el conflicto es algo natural a las relaciones humanas, casi siempre se percibe como un hecho negativo que puede crear un clima de ansiedad, agresividad, desconfianza y sospecha e incluso se puede ver el conflicto como una batalla donde unos ganan y otros pierden, o una negociación para sacar ventajas. El primer paso ante un conflicto, es identificar sus características, lo cual nos ayudará a entenderlo y resolverlo mejor. Según su naturaleza y causas los conflictos pueden ser:

- ✓ **De intereses:** Satisfactores, prestigio, seguridad.
- ✓ **De valores:** En lo que creemos, cultura, religión, ideologías, creencias.
- ✓ **De derechos:** nuestros derechos, leyes, normas, acuerdos, reglas.

En consulta clínica se puede aplicar la mediación para obtener un buen resultado, tenemos:

- La Mediación **PREVENTIVA**, que busca facilitar el acercamiento, la comunicación y la comprensión entre personas/grupos con códigos culturales diferentes.
- La Mediación **REHABILITADORA**, que interviene en la regulación y resolución de conflictos y tensiones interculturales.
- La Mediación **TRANSFORMADORA**, que supone la apertura de un proceso creador mediante el que superar las normas, costumbres y puntos de vista particulares, en situaciones de convivencia multicultural, para alcanzar nuevas normas y modos de relación compartidos

5.2. Comunicación Intercultural en la consulta médica.

Según la escala CICCA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar) define 10 habilidades estratégicas para una eficiente consulta médica, estas son:

1. Recibir.
2. Escuchar.
3. Empatizar.
4. Cerrar.
5. Preguntar.
6. Comprobar.
7. Negociar.
8. Informar.
9. Motivar.

5.2.1. Primera Etapa: Conocer al paciente.

- Los momentos que preceden a la entrevista médica son importantes, ya que marcan el ritmo en la comunicación. De esta manera se debe ir al encuentro del paciente, en la medida de lo posible saludarlo por su nombre, estas acciones harán que se sienta acogido. Se invita a pasar y tomar asiento, continuando con la presentación del profesional.
- El trato debe de ser respetuoso ajustado a las circunstancias, teniendo como variables el tipo de paciente, corresponda este a la niñez, adolescencia, adultez o vejez, y la personalidad del médico. Fluctuando entre un trato muy formal o trato paternal. (Gazitúa, 2007)

5.2.2. Segunda Etapa: Interpretar al paciente.

- En esta etapa se identifica los problemas del paciente o las interrogantes que desea abordar. Se realiza con la pregunta apropiada para dar apertura, por ejemplo: ¿A qué se debe su visita?
- Se debe escuchar con atención la declaración inicial del paciente, sin interrumpir. Se alienta a que el paciente cuente la historia del problema a partir de la primera vez que comenzaron las manifestaciones clínicas.
- Recoge señales verbales y no verbales
- Aclarar las declaraciones de los pacientes que estén en duda o necesiten amplificación. Podría utilizar la pregunta: ¿Podría explicar qué quiere decir con...?

- Resumir en varias ocasiones lo que manifiesta el paciente para verificar la comprensión de lo que ha dicho.

5.2.3. Tercera Etapa: Aceptar al paciente.

- Se determina activamente las **Ideas** (creencias, causas), **Preocupaciones**, **Expectativas** (objetivos, lo que espera del paciente)
- Alienta a los pacientes a expresar sus sentimientos.
- Acepta la legitimidad de la opinión de los pacientes y los sentimientos.
- Utiliza la empatía para apreciar los sentimientos y reconocer los puntos de vista de los pacientes y sentimientos

5.2.4. Cuarta Etapa: Negociar con el paciente.

- Luego de haber realizado la anamnesis, examen físico y haber explicado los resultados más relevantes, es importante dar a conocer las mejores opciones de tratamiento.
- La interculturalidad es una fuente inmensa de conocimiento no precisamente revelado por la ciencia, de tal manera se propone indagar sobre prácticas conocidas del paciente que mejoren el cuadro patológico
- Luego de haber ampliado los conocimientos con el punto anterior, se debe exponer alternativas de tratamiento acordes y con evidencia de resultados positivos sin poner en peligro la integridad del paciente.
- A pesar de la empatía y la aceptación de los requerimientos por parte del paciente, el profesional debe mostrar su posición en la consulta médica, sin dejar de alentar al paciente a contribuir.
- Si el acuerdo mutuo para el tratamiento no se da por dudas o desconcordancia con las opiniones del profesional, el profesional debe justificar el porqué de su posicionamiento frente a las sugerencias del paciente.

5.2.5. Quinta Etapa: Consenso.

- Teniendo en la mente y escrito en la historia clínica los puntos importantes recogidos durante la consulta se organiza la explicación para el paciente
- Es necesario reforzar la información mediante resúmenes, utilizando el idioma adecuado o explicando por medio de jerga, para a posterior dejar en claro sobre los procedimientos a realizarse.
- Unidas todas las partes y comprendido el concepto de la patología y todo lo que implica se necesita la comprobación final del paciente si está de acuerdo y se siente cómodo con el plan terapéutico.
- Realizado o no un acuerdo mutuo, se debe informar sobre medidas pos consulta, es decir, disposición del profesional, qué realizar en caso de dudas, agravamientos de las patologías, etc.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. *Centro Virtual Cervantes*. (2015). Obtenido de http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/comintercult.htm

2. Ruiz Moral, R. (2010). *Educación médica: Manual práctico para clínicos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
3. *Psicopedagogía.com*. (2015). Obtenido de <http://www.psicopedagogia.com/definicion/empatia>
4. *Clínica Universidad de Navarra*. (2015). Obtenido de <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/juicio-clinico>
5. Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2014, de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
6. Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en educación*. Perú. Ministerio de Educación. Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural.
7. Almaguer, J., Vargas, V., García, H. (Noviembre 2014). *Competencias Interculturales para el personal de Salud*. México
8. Alsina, M. R. (1999). *La comunicación intercultural* (Vol. 22). Anthropos Editorial.
9. Almaguer, J., Vargas, V., García, H. (Noviembre 2009). *Competencias Interculturales para el personal de Salud*. México
10. Gazitúa, R. (Septiembre de 2007). *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualemiologia/020EntrevMed.htm>
11. *Guía Calgary Cambridge para la entrevista médica-proceso de comunicación*. (s.f.). Obtenido de http://www.gp-training.net/training/communication_skills/calgary/guide.htm
12. Corona, L., & Fonseca, M. (2012). El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. *Medisur*, 39-46.
13. Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica Chile*, 1047-1054.
14. Villa, A., & Poblete, M. (2007). *Aprendizaje basado en competencias*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

ANEXO 3. PRESENTACIÓN DE TALLER

ACTIVIDAD: Presentación del Taller		
1. Competencias a desarrollar	a	• Comunicación oral y escrita. • Pensamiento crítico y reflexivo. • Trabajo en equipo. • Compromiso e implicación social. • Compromiso ético. • Promover la salud y el bienestar de la persona y prevenir la enfermedad. • 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. • Ejecutar la entrevista médica estructurada de acuerdo a la metodología I.P.E. • Manejar una relación médico-paciente empática y altamente profesional con las bases en la interculturalidad.
2. Actividades		✓ El Facilitador explica las competencias a adquirirse con el taller. ✓ Facilitador expone la metodología que se utilizará en el Taller. ✓ El Facilitador hace conocer las actividades a desarrollarse durante la jornada ✓ Facilitador hace conocer los puntos sobre los cuales será evaluado el participante.
3. Duración de la actividad		5 minutos
4. Recursos Didácticos (materiales)		▪ Cronograma de actividades del taller
5. Anexos: Material de apoyo		
6. Aspectos a tener en cuenta		Indicaciones claras sobre manejo de tiempos, utilización de material, uso del espacio físico en cada actividad durante el proceso de ejecución del taller.
TALLER: Comunicación Intercultural en la consulta médica		
1. Objetivos		• Alcanzar niveles de conocimientos y auto-descubrimiento hacia la potenciación de competencias requeridas como profesionales en formación. • Utilizar la herramienta de simulación para evaluar actitudes y aptitudes.
2. Actividades		✓ Iniciar con la ECOE ✓ Realizar retroalimentación de la experiencia con casos simulados. ✓ Explicar puntos claros del contenido del taller. ✓ Presentación de video. ✓ Finalizar con ECOE.
3. Duración de la actividad		175 min ▪ 25% de tiempo evaluación inicial ▪ 50% de tiempo aprendizaje. ▪ 25% de tiempo de evaluación final.
4. Recursos Didácticos (materiales)		▪ ECOE ▪ Video ▪ Presentación en Power Point ▪ Casos y pacientes simulados
5. Anexos: Material de apoyo		Anexo 1: Casos simulados. Anexo 2: ECOE
6. Aspectos a tener en cuenta		

ANEXO 4. EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOE)

EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (E.C.O.E.)

TALLER: COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

Nombre: Ciclo (paralelo):

Fecha:

COMPONENTES DE LA COMPETENCIA	LO HACE	NO LO HACE
1. ¿Define multicultural?		
2. ¿Define pluricultural?		
3. ¿Define Interculturalidad?		
4. Al iniciar la consulta ¿el médico da la bienvenida al paciente por sus nombres o apellidos, según sea la circunstancia y se presenta.		
5. Interpretar al paciente: Busca motivo de la consulta. ¿A qué se debe su visita?		
6. Escucha con atención y dirige la conversación		
7. Realiza preguntas en relación a la creencia del paciente: ¿Podría explicar qué quiere decir con...?		
8. Averigua por prácticas empíricas utilizadas con prestadores de la salud comunitaria. (brujos, chaman, curandero, etc.): ¿le han realizado algún tratamiento para sus dolencias actuales?		
9. Realiza la pregunta clave: ¿Ha notado mejoría con estos tratamientos?		
10. ¿Realiza preguntas de la anamnesis orientada a la sintomatología actual?		
11. ¿Realiza el examen físico orientado a la sintomatología actual?		
12. Realiza el abordaje IPE; Ideas.		
13. Realiza el abordaje IPE; Preocupaciones		
14. Realiza el abordaje IPE; Expectativas		
15. Hace un resumen de la problemática propia del paciente, y le pregunta si está de acuerdo con lo entendido.		
16. Expresa de manera adecuada su criterio clínico e incluye la posición del paciente como válido. Pregunta de manera adecuada los posibles tratamientos empíricos que conoce.		
17. Propone tratamiento a su paciente y le averigua si está de acuerdo, (si lo acepta o no).		
18. Maneja de manera adecuada, en caso de darse, la respuesta negativa del paciente a la propuesta de tratamiento médico y le propone otras opciones.		
19. Realiza una retroalimentación adecuada de lo acordado durante la cita médica.		
20. Se despide respetuosamente y da a conocer su disponibilidad ante situaciones futuras.		

Nota: La calificación mínima para aprobar el taller es de 14/20 puntos

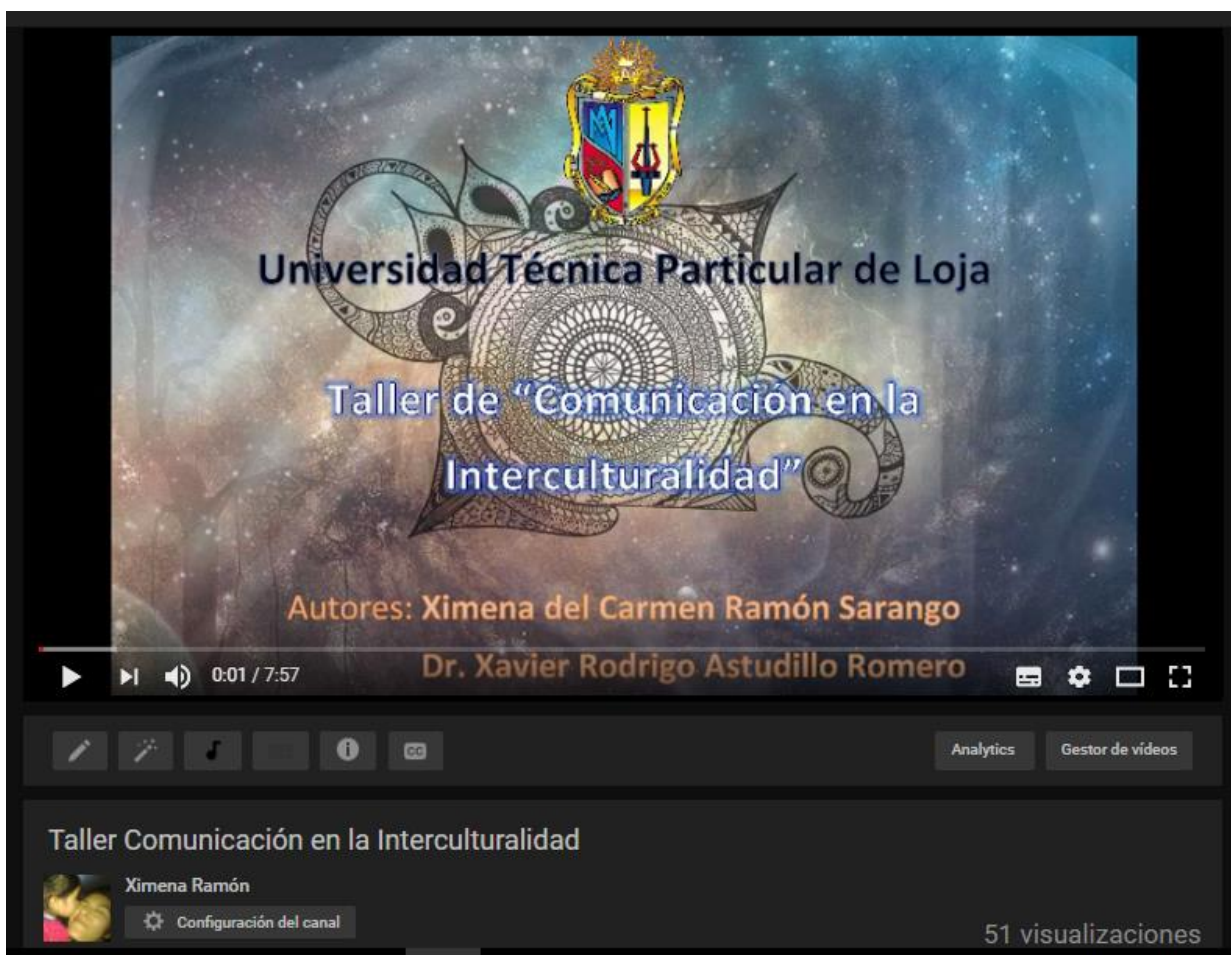
CALIFICACIÓN:/20

Nombre de Evaluador/a: **Firma:**

ANEXO 5: VIDEO “Entrevista médica-comunicación intercultural”

ENLACE WEB:

https://youtu.be/O_MQcHKYMok



ANEXO 6. DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA



Fotografía 1. ECOE a estudiantes al iniciar el taller

Fuente: El autor



Fotografía 2. ECOE a estudiantes al iniciar el taller

Fuente: El autor



Fotografía 3. Presentación de contenido de taller “Comunicación en la Interculturalidad”
Fuente: El autor



Fotografía 4. Proyección de video didáctico de “Comunicación en la Interculturalidad”
Fuente: El autor



Fotografía 5. Práctica guiada
Fuente: El autor



Fotografía 6. Práctica guiada
Fuente: El autor



Fotografía 7. ECOE a estudiantes al finalizar el taller
Fuente: El autor



Fotografía 8. ECOE a estudiantes al finalizar el taller
Fuente: El autor