

Habilidades comunicacionales del médico. Experiencia en el departamento de medicina de un hospital pediátrico

*Physician's communicational skills. Experience in the medicine department of a pediatric hospital.
Habilidades de comunicação do médico. Experiência no departamento de medicina de um hospital pediátrico*

Marcela Urtasun^{1,3}, María Agustina Janer Tittarelli¹, Celina Díaz Pumará¹, María Carolina Davenport²

La comunicación efectiva es un pilar fundamental de la relación médico-paciente-familia. Saber comunicar es una tarea esencial para una atención médica de calidad. Conocer las habilidades comunicacionales de los médicos podría ayudar a mejorarlas. En este trabajo se exploró las habilidades comunicacionales de los médicos de unidades de internación de un hospital pediátrico. En 62,5% (25/40) de las entrevistas observadas, la comunicación se consideró aceptable. No se halló relación entre la antigüedad en el cargo ni los años desde la graduación del médico observado y la aceptabilidad de la comunicación. El sexo femenino resultó predictor para comunicación aceptable. Consideramos importante realizar mayores esfuerzos para mejorar las habilidades comunicacionales ya que estas, no mejoran sólo con la experiencia.

Conceptos claves:

Conceptos claves:

¿Qué se sabe sobre el tema?

La comunicación efectiva comprende una serie de habilidades que colaboran con una mejor calidad de atención y con la seguridad del paciente. Explorar las habilidades comunicacionales de los médicos de una institución podría ayudar a mejorar la calidad de atención de la misma.

¿Qué aporta este trabajo?

En este trabajo se describen las habilidades comunicacionales de los médicos del departamento de medicina de un hospital pediátrico que hasta el momento no habían sido exploradas. En el 62,5% (25/40) de las entrevistas observadas, la competencia comunicativa se evaluó como aceptable. No se halló relación entre la antigüedad en el cargo ni los años desde la graduación del médico observado y la aceptabilidad de la comunicación. El sexo femenino resultó predictor independiente para comunicación aceptable.

Resumen:

Introducción: La comunicación es una tarea esencial para la práctica médica de calidad, incluye una serie de habilidades aprendidas que colaboran en mejorar la seguridad del paciente. Explorar la competencia en comunicación de los médicos podría mejorar la calidad de atención de la institución.

Nuestro objetivo fue evaluar la competencia comunicativa de médicos de planta de un hospital pediátrico y explorar factores de los profesionales potencialmente asociados a la calidad de la misma.

Métodos: Estudio analítico, transversal. Se observaron 40 entrevistas médico-paciente durante diciembre 2018 - marzo 2019, en las unidades de internación de un Hospital pediátrico. Se utilizó la lista de verificación adaptada de los elementos esenciales de comunicación de Kalamazoo como herramienta para evaluar la competencia en el proceso de comunicación.

Resultado: En el 62,5% (25/40) de las entrevistas observadas, la competencia comunicativa se evaluó como aceptable (IC95% 47,03-75,78). No se halló relación entre la antigüedad en el cargo ni los años desde la graduación del médico observado y la aceptabilidad de la comunicación. El sexo femenino resultó predictor independiente para comunicación aceptable (OR: 10,3; IC95% 1,9-53,1; p=0,005).

Conclusión: Las habilidades comunicacionales del personal médico observado en el Hospital resultaron aceptables en el 62,5% de los casos. El sexo femenino se mostró como factor independiente para comunicación aceptable. Si bien la competencia comunicativa de los médicos observados en general fue aceptable, es importante llevar a cabo acciones tendientes a optimizar las habilidades comunicacionales ya que ellas no solo mejoran con la experiencia.

Palabras clave: comunicación; calidad de la atención de salud; relaciones médico-paciente

Abstract:

Background: Communication is an essential task to achieve quality in medical practice. It includes a series of acquired skills that collaborate in improving patient safety. Exploring physician's communication skills could improve the care quality of an Institution. Our objective was to evaluate the attending physicians' communicative competence in a Pediatric Hospital, and to explore which professionals' factors could be potentially associated with this competence quality. **Methods:** Analytical, cross-sectional study. 40 doctor-patient interviews were observed from December 2018 to March 2019, in the Hospitalization Units. The Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (adapted) was used as a tool to assess competence in the communication process.

Result: In 62.5% (25/40) of the observed interviews, communicative competence was evaluated as acceptable (95% CI 47.03-75.78). No association was found between physicians' practice experience or years since their graduation and the communicational acceptability. Female sex was an independent predictor for acceptable communication (OR: 10.3, 95% CI 1.9-53.1, p = 0.005).

Conclusion: Communication skills of the medical staff observed in the Hospital were acceptable in 62.5% of the cases. Female sex resulted in an independent factor for acceptable communication. Even though the observed physicians' communicative competence was generally acceptable, it is important to carry out actions aimed at optimizing communication skills since they do not only improve with experience.

Keywords: communication; quality of healthcare; physician-patient relation

Resumo

Introdução: A comunicação é uma tarefa essencial para a prática médica de qualidade, inclui uma série de habilidades aprendidas que colaboram para melhorar a segurança do paciente. Explorar as habilidades de comunicação dos médicos poderia ajudar a melhorar a qualidade do atendimento da instituição.

Nosso objetivo foi avaliar a competência comunicativa dos médicos num hospital pediátrico e explorar fatores dos profissionais potencialmente associados à sua qualidade. **Métodos:** Estudo analítico, transversal. Foram realizadas 40 entrevistas médico-paciente no período de dezembro de 2018 a março de 2019, nas unidades de internação do Hospital. Foi usada a lista de verificação dos Fundamentos da Comunicação Kalamazoo adaptada como uma ferramenta para avaliar a competência no processo de comunicação. **Resultado:** Em 62,5% (25/40) das entrevistas observadas, a competência comunicativa foi avaliada como aceitável (IC95% 47,03-75,78). Não foi encontrada relação entre tempo de serviço ou anos desde a graduação do médico observado e aceitabilidade da comunicação. O sexo feminino foi um preditor independente de comunicação aceitável (OR: 10,3, IC 95% 1,9-53,1, p = 0,005). **Conclusão:** As habilidades de comunicação do pessoal médico observadas no Hospital foram aceitáveis em 62,5% dos casos. O sexo feminino foi mostrado como um fator independente para uma comunicação aceitável. Embora a competência comunicativa dos médicos observados seja geralmente aceitável, é importante realizar ações que procurem otimizar as habilidades de comunicação, pois elas não melhoram somente com a experiência.

Palavras-chave: comunicação; qualidade dos cuidados de saúde; relações médico-paciente.

¹ Comité de Docencia e Investigación, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

² Departamento de Medicina, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

³ Mail de contacto: marce.urtasun@gmail.com

Recibido: 2020-07-05 Aceptado: 2021-04-14

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.29306>



©Universidad Nacional de Córdoba

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una tarea esencial para la práctica médica de calidad, y es un procedimiento que se realiza a diario durante toda la vida profesional médica. La comunicación efectiva comprende una serie de habilidades aprendidas o un conjunto de procedimientos que ayudan a mejorar el cuidado del paciente⁽¹⁾.

Se define comunicación a la actividad consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas. Desde un modelo relacional sistémico, más adecuado para la comunicación médica, se identifica la comunicación como una conducta, y toda conducta es entendida como acto de influencia recíproca en el cual cada sujeto modifica su comportamiento como reacción al otro⁽²⁾.

La comunicación es la base de la relación terapéutica y una de las obligaciones éticas de los médicos hacia sus pacientes y familias. Una comunicación eficaz es una herramienta esencial para un diagnóstico preciso y para el desarrollo de un plan de tratamiento exitoso. Se relaciona con un mejor conocimiento del paciente y su adhesión a la terapéutica acordada, e incluso reduce la morbilidad asociada a complicaciones⁽³⁾. Saber comunicar es una habilidad básica y relevante del equipo de salud, que capacita al paciente (y eventualmente a sus cuidadores) para afrontar mejor los problemas y participar en las decisiones de manera responsable⁽⁴⁾.

Las diferentes competencias inherentes a la comunicación (lingüística -uso de las palabras-, paralingüística -aspectos no verbales del lenguaje: timbre, tono de voz, velocidad- y no verbal -gestos, movimientos, posturas, uso del espacio) deberían ser consideradas por el profesional en cada encuentro médico-paciente en el que participe. A su vez, es aconsejable que el médico tenga competencia pragmática, sabiendo ajustar, en la medida de lo posible, el uso concreto de las tres competencias anteriores de acuerdo a cada contexto social y cultural^(2,5).

Si bien en los últimos años se han implementado distintas iniciativas tendientes a mejorar las habilidades en la comunicación, no se cuenta con suficientes datos precisos de esta situación en nuestro medio. Explorar las características de la comunicación adquiere especial relevancia en niños internados, donde es necesario comprender las necesidades de los padres para facilitar que sus experiencias sean lo más amenas posible.

OBJETIVO

Evaluar la competencia comunicativa en médicos de planta de unidades de internación indiferenciada de un Hospital Pediátrico de Buenos Aires y explorar factores de los profesionales potencialmente asociados a la calidad de la misma.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio transversal, analítico.

Población: Se incluyeron las entrevistas médico-paciente/cuidador realizadas en cuatro unidades de hospitalización indiferenciada de un Hospital pediátrico, durante el 3º a 5º día de internación, en el periodo comprendido entre diciembre 2018 y marzo 2019.

Fueron excluidas las entrevistas en las cuales los pacientes presentaran enfermedades crónicas (enfermedad reumatológica, insuficiencia renal crónica, enfermedad oncohematológica, fibrosis quística), que hubieran tenido más de dos internaciones en el último año o que estuvieran internados por motivo social con medida de resguardo. También se excluyeron las entrevistas en las que los pacientes o cuidadores a cargo presentaran hipoacusia o no hablaran castellano.

Procedimiento: Se observaron 40 eventos comunicacionales. Para evaluar la competencia comunicativa, se utilizó la lista de verificación adaptada de los elementos esenciales de comunicación de Kalamazoo⁽⁶⁾. Esta herramienta analiza la presencia de 7 elementos clave de la comunicación en los encuentros clínicos: establecer una relación, abrir la discusión, recolectar información, comprender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar un acuerdo y dar un cierre (**Anexo 1**). Estos elementos son evaluados mediante una escala de Likert de 5 puntos donde 1 es muy pobre en la habilidad y 5 excelente⁽⁷⁾. Múltiples estudios, realizados en contextos clínicos

diversos, han demostrado la confiabilidad y factibilidad en el uso de la herramienta^(8,9,10). A pesar de no contar con validación local de la misma, es ampliamente utilizada en nuestro medio para evaluar las competencias comunicativas de manera satisfactoria⁽¹¹⁾.

Se consideró como variable de resultado la competencia comunicativa de los médicos. Se entiende por competencia comunicativa a la presencia de los 7 elementos esenciales de la comunicación. Se definió "comunicación aceptable" cuando en los 7 elementos de la competencia, se obtuvo un puntaje de 3 o más⁽¹²⁾.

Las variables de predicción consideradas, en relación al médico, fueron los años desde la graduación, antigüedad en el cargo y el sexo.

Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresan como porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza del 95% y las variables continuas con media y desvío estándar. Se utilizó la prueba de χ^2 para comparar proporciones y la prueba de T para medias. Se realizó un análisis de regresión logística binaria incluyendo las tres variables de predicción para buena comunicación (años desde la graduación, antigüedad en el cargo y sexo). Se adoptó un nivel de significación de $p < 0,05$. El análisis estadístico se efectuó con IBM SPSS Statistic versión 20.0 (IBM SPSS Statistic Inc.).

Tamaño muestral y selección de muestra: Se incluyeron todos los médicos de planta de las unidades de internación participantes del estudio. Se observó a cada uno al menos en 2 oportunidades para disminuir el sesgo de observación.

Se realizaron 40 observaciones de la entrevista médico-paciente/cuidador. Este tamaño muestral fue considerado suficiente para una prevalencia de comunicación aceptable del 80-90%, error estimado del 15% y nivel de confianza del 95%, para una población aproximada de 2000 pacientes durante un periodo de 4 meses⁽⁹⁾.

Se realizó un muestreo por conveniencia, seleccionando todos aquellos pacientes internados al momento de realizar la observación que cumplieran con los criterios de inclusión antes citados, en forma consecutiva hasta completar la totalidad de las observaciones.

Consideraciones éticas: Se administró un consentimiento/asentimiento informado, según correspondiera, a todos los pacientes y cuidadores participantes, expresando su libre decisión de participar en el estudio. También se solicitó consentimiento informado a los profesionales para ser observados durante la entrevista, restringiendo información relacionada con aquellos ítems de la comunicación evaluados, evitando así, invalidar o alterar los resultados de la investigación⁽¹³⁾.

Se obtuvo aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Docencia e Investigación del Hospital para la realización de este trabajo. La investigación fue inscripta en el registro de investigaciones en salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires bajo el número 193/18.

RESULTADOS

Se observaron 40 entrevistas médico-paciente durante el periodo de estudio acordado. Participaron la totalidad de los médicos de planta de 4 unidades de hospitalización indiferenciada del Hospital Pediátrico, excepto un único médico que debió ser excluido por ser participe investigador de este estudio. Cada unidad de hospitalización cuenta con 3 o 4 médicos de planta. Se incluyeron un total de 14 médicos, que fueron observados en al menos 2 oportunidades, 12 se observaron 3 veces y 2 de ellos en 2 oportunidades. Respecto al sexo de los médicos que participaron, 7 correspondieron a mujeres y 7 a hombres.

Se incluyeron eventos comunicacionales en los que participaron pacientes de 1 mes a 18 años de edad y sus cuidadores, que estuvieran internados en dichas unidades durante el periodo comprendido entre diciembre de 2018 y marzo de 2019, y que hubieran firmado el consentimiento/asentimiento informado según correspondiera.

En 25/40 (62,5 %; IC95% 47,0-75,7) de las entrevistas observadas, la competencia comunicativa se evaluó como aceptable y en 15/40 (37,5 %; IC95% 24,2-52,9) como no aceptable. El elemento de la comunicación que presentó el puntaje más elevado fue "establecer una relación". Los elementos de la comunicación que recibieron menor puntaje fueron: "comprender la perspectiva" y "alcanzar un acuerdo". En la **tabla 1** se describe la mediana de puntaje para cada uno de los elementos. Todos los elementos de la comunicación evaluados, en alguna de las entrevistas, obtuvieron al menos una vez puntaje menor a tres. En relación a los años desde la graduación, los profesionales presentaron una media de $23,5 \pm 10,9$ años, sin observarse diferencias significativas según su comunicación fuera aceptable o no (22,48 vs. 25,4 años; $p=0,31$).

Con respecto a la antigüedad en el cargo, la media fue de $11,71 \pm 9,3$ años, tampoco se evidenció asociación estadísticamente significativa entre los que mantuvieron comunicación aceptable y los que no (10,56 vs. 13,66; $p=0,41$).

En cuanto al sexo de los médicos, se observó que en 17/20 (85%; IC 95% 63,9-94,7) entrevistas en las cuales participó una médica mujer y en 8/20 (40%; IC 95% 21,8-61,3) entrevistas en las cuales participó un médico hombre, la comunicación fue aceptable, resultando en asociación estadísticamente significativa (OR 8,5; IC95% 1,8-38,8 $p=0,008$). En los 7 elementos clave de la comunicación las mujeres obtuvieron mejor puntaje.

Mediante un análisis de regresión logística binaria incluyendo las tres variables de predicción, se observó que el sexo femenino continúa siendo un predictor independiente para buena comunicación (OR: 10,3; IC95% 1,9-53,1; $p=0,005$) (tabla 2).

Tabla 1. Mediana de puntaje de los elementos de la comunicación de la lista de verificación adaptada de Kalamazoo.

	Mediana	IIC
Establecer una relación	5	3.25 - 5
Abrir la discusión	4	3 5
Recolectar información	4	3 5
Comprender la perspectiva del paciente	4	3 4
Compartir la información	4	3 5
Alcanza un acuerdo	3	3 4
Dar un cierre	4	3 5
IIC: Intervalo intercuartílico		

Tabla 2. Análisis de regresión logística binaria para las variables de predicción de comunicación aceptable de los médicos observados.

Variables	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Antigüedad en el cargo	,850	,985	,838	1.157
Años de recibido	,663	,961	,802	1.151
Género	,005	,097	,019	,500
Constante	,055	15.119		

DISCUSIÓN

La comunicación médico-paciente fue valorada como aceptable en más de la mitad de las entrevistas. No se observó relación con los años desde la graduación del médico ni con la antigüedad en el cargo y comunicación aceptable, similar a lo expresado por Fallowfield y Díaz Reina en sus trabajos^(14,15).

En cuanto a los elementos esenciales de la comunicación, el aspecto mejor calificado fue "establecer una relación". Este elemento incluye: saludar y mostrar interés en el paciente como persona, usar palabras que demuestren cuidado y preocupación durante la entrevista, demostrar cuidado y respeto y responder explícitamente a las demandas del paciente. Es decir, implica características comunicativas sociales del profesional que se adquieren y se perfeccionan a lo largo de la vida. En la mayoría de los eventos comunicacionales observados los médicos se mostraron respetuosos con el paciente y familiar a cargo, mantuvieron contacto visual y se mostraron realmente interesados en el paciente.

El elemento "comprender la perspectiva" fue uno de los peor calificados. Este aspecto implica que el profesional se familiarice con

eventos de la vida del paciente, circunstancias de vida, entorno familiar y otras creencias o preocupaciones que puedan afectar la salud del paciente o la posibilidad de seguir el plan de tratamiento. Estos resultados muestran una posible debilidad de los profesionales observados en relación a vislumbrar el contexto socio-familiar y laboral de los pacientes y cuidadores, teniendo una visión más acotada del entorno. Esta situación evidencia la necesidad de implementar un modelo de atención integral centrado en el paciente, que incluya los aspectos biopsicosociales de cada familia. Hallazgos similares fueron también observados por Salazar Blanco y col. en su trabajo realizado en la Universidad de Antioquia, quienes observaron que en las entrevistas predominaban los aspectos biológicos de la enfermedad por sobre la comprensión del sujeto y la relación emocional que promueve el modelo biopsicosocial⁽¹⁶⁾. Apker y col⁽¹⁷⁾, luego de realizar 206 observaciones de entrevistas médico/paciente en el contexto de internación, también describen este elemento de la comunicación como el peor puntuado. En su trabajo, observaron a cada médico en varias oportunidades con pacientes distintos, no pudiendo determinar un patrón de comportamiento del médico, sino que observaron que dependía del paciente y su entorno. Encontraron como posible barrera a la hora de comprender la perspectiva del paciente las distracciones en el ambiente (por ejemplo: un ruido molesto, la televisión de la habitación prendida, el uso de pantallas por parte del paciente, etc.). Otro elemento en el que los profesionales obtuvieron menor puntaje fue "alcanzar un acuerdo", observación también coincidente con Apker y col⁽¹⁷⁾. Alcanzar acuerdos es un proceso complejo que exige la recopilación y el intercambio de información sobre el conocimiento que el paciente tiene de los aspectos biomédicos, así como de sus sentimientos, preocupaciones y preferencias. Implica, además, ofrecer oportunidades y animar al paciente a que pregunte, clarifique y manifieste sus dudas. Establece un modelo colaborativo, en el que una vez compartida la información, se acuerda el plan⁽¹⁸⁾. En muchas oportunidades, observamos a los profesionales comunicar directamente el plan terapéutico a seguir sin acordar previamente con el paciente, ni dando la oportunidad de preguntar o de manifestar dudas.

Las mujeres observadas obtuvieron mejores puntajes en los aspectos evaluados. Si bien el tamaño muestral fue pequeño, esta situación fue comunicada también por Salazar Blanco y col.⁽¹⁶⁾, quienes expresan que los hombres tienen menos habilidades comunicacionales y además requieren más tiempo para aprenderlas.

El presente trabajo tiene algunas debilidades que deben ser consideradas. En primer lugar, el tamaño muestral elegido estuvo orientado a evaluar la competencia comunicativa en los médicos de planta. Sin embargo, la presencia de amplios intervalos de confianza en algunas de las asociaciones estudiadas, podría estar relacionado con un tamaño de muestra limitado en este sentido.

En segundo lugar, el sesgo de observación podría ser también considerado como una potencial debilidad de esta investigación. Los profesionales, al saberse observados, pudieron haber modificado su conducta en relación a la habitual, observándose así mejores resultados. Sin embargo, la experiencia en el tema acumulada por Coleman⁽¹⁹⁾ confirma que en la práctica es muy difícil modificar el estilo propio de la entrevista. Además, para disminuir dicho sesgo los profesionales fueron observados en al menos 2 entrevistas. Si bien algunos autores recomiendan realizar 5 observaciones, otros encuentran que luego de 5 minutos los cambios de conducta o actitud son menores, y una única entrevista ya da una idea global de la habilidad comunicativa^(16,20). Además, los profesionales fueron provistos de información general sobre el estudio, sin información precisa sobre qué ítems se evaluarían para disminuir la posibilidad que pudieran modificar su conducta comunicacional⁽¹³⁾.

La comunicación médico paciente es un pilar fundamental para mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente. Las debilidades en el proceso de la comunicación no se resuelven sólo con el tiempo y la experiencia clínica, sino que requieren de capacitación específica.^(14,15) La literatura existente demuestra que la capacidad de comunicarse en forma adecuada es una competencia profesional que puede y debe ser enseñada, aprendida y mejorada en cualquier momento de la vida profesional de todos y cada uno de los miembros del equipo de salud, con el apropiado entrenamiento⁽²¹⁾.

Resulta prioritario desarrollar instancias de enseñanza formal en esta competencia tanto en la instrucción de grado como en los programas de posgrado. Futuras investigaciones podrían implementar estrategias formativas y evaluar el impacto de las mismas a fin de mejorar la calidad de atención.

CONCLUSIÓN

Las habilidades comunicacionales de los profesionales evaluados fueron consideradas aceptables en un 62,5% de los casos. Entre los profesionales, el sexo femenino se mostró como factor independiente para comunicación aceptable. No se encontró asociación entre años desde la graduación de médico ni antigüedad en el cargo y comunicación aceptable.

Limitaciones de responsabilidad

La responsabilidad del trabajo es exclusivamente de los autores.

Conflictos de interés

Ninguno

Fuentes de apoyo

No posee

Originalidad del trabajo

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Los participantes de este trabajo ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

Participación de los autores

Todos los autores han participado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Bibliografía

- Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente [Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different]. *Aten Primaria*. 2012 Jun;44(6):358-65. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.008.
- Braga ML, Tarantino MG. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho [Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right]. *Arch Argent Pediatr*. 2011 Feb;109(1):36-41. Spanish. doi: 10.1590/S0325-00752011000100009.
- Levetown M; American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008 May;121(5):e1441-60. doi: 10.1542/peds.2008-0565.
- Ceriani Cernadas JM. Communication among health care teams: a major challenge for the improvement of patient safety. *Arch Argent Pediatr*. 2014 Apr;112(2):114-5. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2014.114.
- Curran JA, Bishop A, Plint A, MacPhee S, Zemek R, Chorney J, Jabbour M, Porter S, Sawyer S. Understanding discharge communication behaviours in a pediatric emergency care context: a mixed methods observation study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 17;17(1):276. doi: 10.1186/s12913-017-2204-5.
- Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001 Apr;76(4):390-3. doi: 10.1097/00001888-200104000-00021.
- Rider EA, Nawotniak RH. *A Practical Guide to Teaching and Assessing the ACGME Core Competencies*, 2nd edition. Marblehead, MA: HCPPro, Inc., 2010, pp 1-137.
- Dong T, LaRochelle JS, Durning SJ, Saguil A, Swygert K, Artino AR Jr. Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance. *Mil Med*. 2015 Apr;180(4 Suppl):24-30. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00565.
- Joyce BL, Steenbergh T, Scher E. Use of the kalamazoo essential elements communication checklist (adapted) in an institutional interpersonal and communication skills curriculum. *J Grad Med Educ*. 2010 Jun;2(2):165-9. doi: 10.4300/JGME-D-10-00024.1.
- Peterson EB, Calhoun AW, Rider EA. The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient Educ Couns*. 2014 Sep;96(3):411-8. doi: 10.1016/j.pec.2014.07.013.
- Rodríguez S., Vassallo JC. Comunicación en la atención médica. Programa Nacional de Actualización pediátrica. Sociedad Argentina de Pediatría. Mód 1, cap 2. 2016.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, Lofton S, Wallace M, Goode L, Langdon L; Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004 Jun;79(6):495-507. doi: 10.1097/00001888-200406000-00002.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. República Argentina. [Resolución N° 595/MSGC/2014] Requisitos y procedimientos aplicables a proyectos y trabajos de investigación conductuales, socio-anropológicas y epidemiológicas que se efectúen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina, 2014. Available: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/rs-595--msgc-2014-anexo-epidm_0.pdf
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002 Feb 23;359(9307):650-6. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07810-8.
- Díaz Reina R. Habilidades comunicativas en la entrevista clínica de médicos residentes de oncología del IREN Norte, Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2016.
- Salazar-Blanco O., Casasbuenas-Duarte L., Idárragas-Arenas C., Marcela-Vélez C. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la universidad de Antioquia, por medio de la escala CICAA, FEM 2014; 17 (4): 293-248.
- Apker J, Baker M, Shank S, Hatten K, VanSweden S. Optimizing Hospitalist-Patient Communication: An Observation Study of Medical Encounter Quality. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2018 Apr;44(4):196-203. doi: 10.1016/j.jcjq.2017.08.011.
- Roger Ruiz Moral. Comunicación clínica, principios y habilidades para la práctica. Madrid: Médica Panamericana, D.L. 2014.p. 75-96.
- Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract*. 2000 Oct;17(5):422-7. doi: 10.1093/fampra/17.5.422.
- Peralta Munguía L. La participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta de atención primaria. Facultad de Medicina Departamento de Medicina y Psiquiatría, Santander. Universidad de Cantabria. España. 2010. Available: <http://hdl.handle.net/10902/1539>
- Laidlaw TS, Kaufman DM, MacLeod H, van Zanten S, Simpson D, Wrixon W. Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance. *Med Educ*. 2006 Jan;40(1):18-25. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02345.x.

1. Establecer una relación

Saluda y muestra interés en el paciente como persona

Usa palabras que demuestran cuidado y preocupación durante la entrevista

Demuestra cuidado y respeto (contacto visual, posición, tono de voz y ritmo de conversación)

Responde explícitamente a las demandas del paciente (sentimientos, valores, ideas)

2. Abrir la discusión

Permite al paciente completar su exposición sin interrupciones

Pregunta si hay algo que requiera aclaración para satisfacer todo tipo de dudas

Expone y/o acuerda el plan de la visita

3. Recolectar información

Comienza con la narración del paciente usando preguntas abiertas y cerradas

Aclara los detalles necesarios con preguntas más específicas o de "sí" o "no"

Resume la información y brinda al paciente la oportunidad de correcciones o agregados

4. Comprender la perspectiva del paciente

Pregunta sobre eventos de su vida, circunstancias u otras personas que podrían afectar la salud

Conoce las creencias, preocupaciones y expectativas del paciente sobre enfermedad y tratamiento

5. Compartir la información

Asegura la comprensión del paciente acerca del problema y su deseo de mayor información.

Explica con palabras sencillas y fáciles de comprender

Pregunta si el paciente tiene alguna pregunta

6. Alcanza un acuerdo

Incluye al paciente en las elecciones/decisiones en la medida que él/ella lo desea.

Chequea la posibilidad del paciente de seguir el plan diagnóstico o de tratamiento

Identifica recursos adicionales si corresponde

7. Dar un cierre

Pregunta al paciente si quedan preguntas, preocupaciones y otros problemas

Resume

Clarifica el seguimiento y formas de contacto

Agradece al paciente y cierra la entrevista