

Evaluación de competencias comunicativas de especialistas en Imagenología

MSc. Aisa Peña Casanovas,^I MSc. Ana Rosa Casanova Perdomo,^{II} MSc. Nidia Nolla Cao,^{III} Dr. C. Eugenio Radamés Borroto Cruz^{IV}

^I Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

^{II} Universidad de la Habana. Cuba.

^{III} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{IV} Universidad Médica de La Habana. Cuba.

RESUMEN

Se presentan los resultados de una investigación educativa, con el objetivo de evaluar las competencias comunicativas de los residentes del último año y especialistas egresados en los dos últimos años de la especialidad de Imagenología, del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (HHA). Se les aplicó una encuesta y una guía de observación. En la encuesta se evidenció un buen desarrollo de las habilidades comunicativas, dadas por el cumplimiento de importantes valores, así como de las conductas, que deben ser asumidas en el intercambio con los pacientes. En la observación se comprobó que las conductas del especialista hacia los pacientes y sus familiares evidencian una buena comunicación. Se concluyó que los egresados del HHA, especialidad en Imagenología muestran competencias comunicativas, no obstante se sugiere trabajar en la formación y evaluación de estos aspectos.

Palabras clave: competencia comunicativa, habilidad comunicativa, comunicación, Imagenología, relación médico-paciente.

INTRODUCCIÓN

Las habilidades y competencias comunicativas son fundamentales y necesarias para lograr una adecuada relación médico paciente en cualquier especialidad médica. La Imagenología es una especialidad médica que se encarga fundamentalmente del diagnóstico por imágenes, convirtiéndose en una poderosa herramienta de auxilio en el diagnóstico médico para cualquiera de las especialidades médicas.^{1,2} Hacer de la Imagenología un medio diagnóstico confiable, seguro y veraz es responsabilidad del especialista y para ello debe prepararse toda su vida.

El programa del especialista en Imagenología expresa que este sustentará su actuación en principios y valores humanísticos, éticos, revolucionarios e internacionalistas, actuará siempre en beneficio del paciente, será capaz de interactuar con pacientes, familiares, otros profesionales y especialistas aportando la fortaleza de la especialidad, expresada en su capacidad abarcadora, generalizadora e integradora en la valoración y transformación de la salud del individuo en su contexto natural y social.³

Esta especialidad es impartida por especialistas en esta disciplina, que poseen categoría docente principal que les avala una preparación científica y pedagógica adecuada para este nivel de enseñanza pero no todos han recibido formación en aspectos de comunicación.

En una publicación anterior de estos mismos autores, titulada *Competencias Comunicativas de la especialidad en Imagenología. Propuesta de instrumentos para su evaluación*,⁴ se argumentaron y presentaron dos instrumentos constituidos por una encuesta y una guía de observación obtenidas y adaptadas de otras investigaciones con similares objetivos. Para la obtención de estos instrumentos se consideraron las importantes contribuciones aportadas por las investigaciones de *Aguirre, Casanova, Rivera-Michelena, Blanco-Horta, Blanco Aspiazú*, así como aspectos conceptuales expresados por *Beauchamp y Childress* en el libro "Principios de Ética Biomédica".^{4,5}

Se ha asumido que la competencia comunicativa del profesional es la *potencialidad* que tiene el sujeto de lograr una interacción comunicativa a partir del dominio e integración de los conocimientos sobre comunicación humana, habilidades comunicativas, principios, valores, actitudes y voluntad para desempeñarse y tomar decisiones oportunas ante situaciones complejas o nuevas.

La encuesta utilizada incluye aspectos que se relacionan con las tres dimensiones definidas por *Aguirre*⁵ que son cognitiva, comunicativa y sociocultural de modo que podamos tener una comprensión más holística en relación con las competencias comunicativas de los especialistas en Imagenología del HHA. Estas dimensiones se abordan mediante la evaluación de conocimientos sobre comunicación humana, habilidades comunicativas, principios, valores, actitudes y voluntad para desempeñarse

en su profesión eficientemente así como para tomar decisiones oportunas ante situaciones complejas o nuevas en su quehacer laboral.

En la guía de observación se han tenido en cuenta los conceptos utilizados en Cuba sobre competencias y desempeño laboral, definido como un "saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes" es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales. Se hace hincapié en el carácter eminentemente práctico de toda competencia, es decir, desarrollar competentemente los deberes u obligaciones inherentes a un cargo laboral. Es lo que el profesional hace en realidad en los servicios de salud y con pacientes reales.^{6,7} También se han considerado las etapas de la entrevista clínica y las particularidades del especialista en Imagenología.^{4,8,9}

El objetivo de esta publicación es mostrar los resultados de la evaluación de las competencias comunicativas en la formación de los profesionales de Imagenología, mediante la aplicación de estos instrumentos.⁴

MÉTODOS

Los instrumentos fueron aplicados a 32 residentes de último año de la especialidad de Imagenología del HHA (curso 2010-2011) y 9 especialistas formados en este servicio, los últimos dos años (graduación 2009 y 2010) que hicieron un total de 41 evaluados, los que dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Se utilizó la encuesta para evaluar las competencias comunicativas, acorde a la definición de *Aguirre*⁵ y que se muestra integralmente en la publicación antes referida.⁴ Estaba estructurada en 5 preguntas que evaluaban 23 cualidades de la personalidad, 23 acciones que debe realizar en su actuación en la especialidad y aspectos socioculturales de su desempeño. Para las cualidades se utilizó una escala de: mucho, suficiente, regular, poco, nada y no sé; para la evaluación de las acciones a realizar y el desempeño se utilizó la escala de siempre, con mucha frecuencia, con alguna frecuencia, poca frecuencia y nunca. La encuesta se aplicó por la autora principal de forma individual cuidando las condiciones de privacidad e independencia necesarias.

Se aplicó posteriormente una guía de observación, para la valoración de conductas que muestran conocimientos y habilidades sobre comunicación a partir de una adaptación de una guía de entrevista médico-paciente aplicada en las universidades de Calgary-Cambridge (CC).⁹⁻¹¹ La guía elaborada además del propósito de evaluar la comunicación médico-paciente en las consultas de Imagenología estuvo encaminada a comprobar si lo declarado en la encuesta se correspondía con la realidad práctica.⁴ Constaba de 5 etapas: Iniciando sesión, recabando información, construyendo la relación, explicación y plan de acción y la última cerrando sesión. Se aplicó durante su jornada de trabajo cotidiano y sin previa información al sujeto. La autora principal realizó todas las observaciones en el HHA, mediante planificación existente de intercambios que realizan los egresados en actividades en el hospital de formación.

Se aplicaron además técnicas de análisis y procesamiento de los resultados de la encuesta y la guía de observación, con técnicas de estadística descriptiva, análisis de valores absolutos y porcentos. Se compararon resultados numéricos y cualitativos.

A todos los participantes en el estudio se les solicitó su voluntariedad de participación, explicándoles los objetivos y características de la investigación.

RESULTADOS

Los 41 participantes (32 residentes y 9 especialistas en Imagenología), se caracterizaron por ser: 38 especialistas en MGI, 7 con categoría docente de Instructor, todos han recibido cursos de posgrado, 16 han culminado diplomados y 3 estudios de maestría, lo que aporta aprendizajes añadidos al proceso de formación como especialistas.

Resultados de la encuesta

En las 3 primeras preguntas ([tabla](#)) se puede observar que en todas las cualidades evaluadas, la mayoría (90 % hasta 100 %) considera que la especialidad ha contribuido mucho al desarrollo de estas, con excepción del "colectivismo" (73,17 %), "curiosidad" (85,36 %) y "modestia" (87,80 %). Se constata que 100 % coincide que el amor al trabajo, el conocimiento y la responsabilidad son esenciales y la consideran imprescindibles en la especialidad (Pregunta 2). En relación con los propósitos del trabajo llama la atención que si bien el 95,12 % considera que la especialidad ha contribuido mucho al desarrollo de las habilidades comunicativas, solamente el 43,90 % la considera como imprescindible en un especialista en Imagenología. No se consideró ninguna cualidad incompatible con la especialidad (Pregunta 3).

Tabla. Residentes y especialistas según desarrollo de cualidades imprescindibles en su profesión

Cualidad	% que otorgó mucho	% que la considera imprescindible
Abnegación	95,12	7,31
Amor al trabajo	100	100
Colectivismo	73,17	0
Conocimiento	100	100
Creatividad	92,68	17,03
Curiosidad	85,36	0
Dignidad	95,12	7,31
Discreción	92,68	0
Generosidad	92,68	0
Habilidad comunicativa	95,12	43,90
Honestidad	95,12	0
Honradez	97,56	19,51
Independencia	90,24	0
Justicia	92,68	0
Libertad	90,24	0
Modestia	87,80	0
Persuasión	95,12	29,26
Prudencia	95,12	31,70
Respeto	92,68	9,75
Responsabilidad	100	100
Sensibilidad	92,68	12,19
Solidaridad	90,24	0
Tolerancia	90,24	0

En la pregunta 4 relacionada con las acciones a realizar para comunicarse con los enfermos, familiares u otros miembros del equipo de salud, la totalidad de los encuestados consideran que las realizan siempre o casi siempre. Los porcentajes de siempre se comportaron entre 95 y 51,21, los más bajos de 48,78 en los aspectos: de la tolerancia, el expresar calor humano y en si evitas dañar, herir u ofender a las otras personas, en estos aspectos 2,43 % en la escala de: con alguna frecuencia, aunque es un porcentaje pequeño no pueden dejarse como insignificantes por su trascendencia tanto en las relaciones con los pacientes y familiares, como en el equipo de salud. Situaciones similares se dan en la acción de responder apropiada y sinceramente a los requerimientos de los pacientes y sus familiares, 46 % lo hacía siempre, el 48 % con mucha frecuencia y el 5 % con alguna frecuencia y en la participación activa en el intercambio con la otra persona, el 56, 39 y 5 % respectivamente consideran que lo hacen siempre, con mucha frecuencia y con alguna frecuencia.

Zoppi y Epstein,¹² han planteado que los procesos de comunicación tanto verbales como no verbales, condicionan la calidad de las relaciones médico-paciente y en ese

sentido los resultados muestran que, al menos en lo declarado, los residentes y especialistas encuestados se esfuerzan por lograr empatía con los que acuden a su servicio, lo que según *Almarales*¹³ redundaría en un acto clínico positivo. Plantea además que se debe establecer un diálogo amable e inspirar confianza, pues los especialistas que imponen su criterio especializado, afectan el buen desarrollo de la relación porque es importante e imprescindible escuchar las opiniones del paciente. El respeto al paciente consiste en reconocer su valor como persona además de tratarlo con corrección y cortesía. La pérdida del respeto puede significar para el médico una pérdida de autoridad en el terreno estrictamente profesional, como ha sido explicado por *Rodríguez-Yunta*.¹⁴

Un aspecto a destacar en los resultados es la aceptación a la crítica, lo que evidencia un comportamiento modesto y receptivo por parte de los profesionales que facilita grandemente la comunicación. Pero pueden presentarse barreras, las más comunes son: gnoseológicas, que se producen por incultura del sujeto que recibe o emite el mensaje o por poca experiencia o ignorancia, y sociopsicológicas referentes a aquellas ideas que el sujeto tiene como válidas y bien fundamentadas, que actúan como elementos de bloqueo en las nuevas informaciones que le pretendan transmitir, especialmente si son opuestas.

Dos aspectos positivos expuestos por los encuestados están relacionados con llamar a los enfermos por su nombre y no por el número de la cama o dolencia, lo que evita trasladar descontentos, disgustos y resentimientos al trato con los pacientes, y evidencian una buena disposición comunicativa.

Según lo expresado por *Marín y León*,¹⁵ en el ámbito de los servicios sanitarios son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal. Ahora bien, como sostienen los autores, la solución a estos problemas no consiste en que el profesional de la salud trate al paciente como "persona", sino que asuma el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica o fundamental del proceso de curación, y parte integrante de los cuidados que presta el personal de salud.

Aunque muchos pacientes tienen grandes necesidades de información, algunos quieren saber menos sobre su dolencia. Las familias pueden ayudar a los pacientes a tomar mejores decisiones en relación con su tratamiento, por ello el comportamiento de las respuestas a esta pregunta es importante. Como consecuencia, algunos creen que los enfoques centrados en el paciente que recalcan su autonomía en la toma de decisiones médicas, deben desplazarse hacia los enfoques centrados en la familia porque la mayoría de la toma de decisiones sobre la atención de la salud se lleva a cabo en el contexto del cuidado y la obligación familiar.

En el aspecto que consideraba la importancia que se le da al criterio de otras personas aunque disten mucho de los propios, el 71 % declaró que lo hacía siempre y el 29 % con mucha frecuencia y respecto a si destacaba más los logros que las insuficiencias y al criticar lo hacía de forma constructiva, el 68 % consideró que siempre y 32 % que con mucha frecuencia.

Debe destacarse que este resultado es favorable pues aunque en los estudios realizados en ningún caso el médico desconoce totalmente el criterio del enfermo, la práctica ha demostrado que nuestros especialistas no han incorporado totalmente a su patrón de actuación modelos que intervengan en el plano cognitivo, conductual y

emocional del paciente para que este elabore sus reflexiones mientras él favorece y acompaña sus decisiones. Como plantea *Aguirre*⁵ se debe considerar el error como un elemento inherente al proceso comunicativo.

Según *de Dios y Jiménez*,¹⁶ entre los elementos que más afectan la comunicación entre pacientes, familiares y trabajadores de la salud se encuentran el no dedicar el tiempo necesario a la comunicación con el paciente, no fomentar el respeto y la confianza mutuos, no escuchar y no reconocer al paciente y sus familiares como la fuente más importante de información. Si se critica de forma inadecuada y no se fomenta la autoestima del paciente se crean barreras en la comunicación que afectan la relación médico-paciente. Según estos autores uno de los aspectos más investigados en cualquier organización sanitaria se refiere a la satisfacción de los consumidores y cuando se trata de la comunicación adquiere extrema importancia hasta llegar incluso a constituirse en un indicador de calidad del servicio prestado. Finalmente, al considerar si el encuestado perdona u olvida con facilidad el error de otros hacia su persona, el 78 % declaró que lo hacía con alguna frecuencia y el 22 % con poca frecuencia. En este aspecto se manifiestan las mayores deficiencias en las habilidades de comunicación de los encuestados pues se ha demostrado que de las barreras a la comunicación las sociopsicológicas son las más difíciles de vencer y están determinadas por el esquema referencial del sujeto; algunas ideas no resultan válidas o se oponen directa o indirectamente a lo que tiene aceptado el que recibe la información, por lo que bloquean cualquier nivel comunicativo, según lo expuesto por *de Dios y Jiménez*.¹⁶

Para lograr una competencia comunicativa, además del entrenamiento en las habilidades, se necesita también de la sensibilización emocional respecto a la relación interpersonal, el desarrollo de actitudes favorables, la formación de cualidades morales, la estimulación de un pensamiento flexible, de la creatividad, etc. En la situación de comunicación, como plantea *Fernández*,¹⁷ el hombre interviene como personalidad y la eficiencia en su actuación está dada por elementos ejecutores, instrumentales, motivacionales, caracterológicos y personológicos. Muchos factores intervienen en este caso. Cualquier experiencia que enriquezca la personalidad potencialmente favorece sus posibilidades para la comunicación. Sin embargo, deben delimitarse aquellos elementos que a nivel de la acción pueden ser entrenados en algunas esferas como es la de esta especialidad y contribuir así a un mayor grado de profesionalismo, sin descartar otras influencias positivas.

En el éxito que alcanzan las diferentes personas en su comunicación con otras intervienen en gran medida ciertas cualidades de personalidad, la presencia de ciertas actitudes, que hacen del sujeto un buen comunicador o no. Sin embargo, estimamos que también intervienen en el éxito algunas habilidades que lo hacen tener una actuación más eficaz y sobre algunas de ellas, relacionadas con la actividad profesional del imagenólogo indagamos en la pregunta 5 de la encuesta.

De los seis aspectos contenidos en la pregunta, en tres el comportamiento fue el mismo, es decir los criterios declarativos se ubicaron solamente en los aspectos que referían hacerlo con mucha frecuencia (51 %) y con alguna frecuencia (49 %).

Aunque a simple vista podría parecer contradictorio que se responda del mismo modo a los aspectos 1 y 6, la causa puede estar en que en el primero se refiere a la presentación de ponencias y el último a la exposición de puntos de vista de manera más informal. Como ha planteado *Aguirre*,⁵ un comunicador debe poseer determinadas

exigencias en la oratoria, cualidades que no están, en ocasiones, suficientemente desarrolladas en nuestros profesionales.

Respecto a si hace lo imposible por eludir el encargo cuando le proponen viajar a una ciudad desconocida en misión de trabajo, el 24 % expresó que con alguna frecuencia, el 51 % que con poca frecuencia y el 24 % dijo que nunca. Este comportamiento no tiene que ver exactamente con la competencia comunicativa sino con la jerarquización de valores que se encuentran en juego y dificultades económicas. Es decir, en el análisis de las competencias comunicativas es necesario considerar factores sociales, psicológicos y culturales, así como el contexto en que tendrá lugar la situación comunicativa, sin negar su estrecha relación con la necesidad del dominio adecuado de la lengua. Se trata de formar personas competentes para el desempeño de su vida profesional y social.

En relación con el grado de temor que le produce participar en cualquier comisión que analice una situación conflictiva, el 2 % expresó que siempre siente temor, el 89 % que lo siente con mucha frecuencia y el 10 % que lo siente con alguna frecuencia. Pensamos que este comportamiento se debe a que la comunicación es expresión del estilo de dirección en el cual está insertada. Cuando analizamos la organización institucional docente se puede constatar que se trata de una organización verticalizada y autoritaria, en la cual la toma de decisiones ocurre fundamentalmente del nivel superior al inferior, lo cual se cumple para todas las relaciones insertadas en esta organización.

Este fenómeno, según opinión de *Sainz*,¹⁸ se relaciona con el proceso de centralización de la dirección que tan necesariamente se estructuró en nuestro país. Sin embargo, se hace útil la revisión crítica de este principio que permita una mayor democratización de la dirección. Ello a su vez facilitaría mayor autonomía y responsabilidad de los participantes en el proceso que garantizaría la intervención activa de cada miembro de la sociedad en cualquiera de sus procesos.

El último aspecto indagaba acerca de la no aceptación de opiniones ajenas sobre los criterios profundamente individuales valorativos en diferentes manifestaciones artísticas y aquí el 51 % expresó que con poca frecuencia y el 49 % seleccionó nunca. Esta respuesta no es adecuada porque es imposible una comunicación efectiva en todos los ámbitos sin un aval cultural y lo que es más importante, sin la disposición de escuchar otras opiniones sobre diferentes manifestaciones artísticas que puedan incluso hacernos cambiar nuestras propias valoraciones.

La comunicación entre el médico y el paciente es un acto central de la práctica clínica. Es una habilidad que se aprende y no un mero problema de personalidad. Una comunicación efectiva mejora la satisfacción del paciente, mejora la comprensión y la adherencia a las estrategias terapéuticas implementadas. Esto afecta favorablemente la calidad de la atención médica.

Según lo expresado por *Alves de Lima*,¹¹ en la comunicación se trata de producir un contacto efectivo que mejorará el pronóstico de nuestros pacientes. Una comunicación eficiente es el nexo entre la medicina basada en la evidencia y el trabajo en terreno real de todos los días. Las habilidades de comunicación son uno de los cuatro elementos esenciales (junto al conocimiento, la capacidad de resolver problemas y la capacidad de efectuar un adecuado examen físico) de la competencia clínica.

Resultados de la guía de observación

La guía aplicada más que una norma rígida, constituye una guía con considerable flexibilidad para utilizarse en médicos con estilos y personalidades muy diferentes.

La observación se inicia con la entrevista al paciente o sus familiares, en ella se identifica el problema a resolver y dudas o miedos que el paciente desea discutir. Sobre esta "primera impresión" tanto del médico como del paciente se funda el resto de la entrevista, en la que comienzan a establecerse los lazos de confianza que dan los cimientos para la construcción de la relación dirigida al intercambio de información.¹¹

En siete de los once ítems contemplados en esta etapa se corroboró una buena comunicación médico-paciente pues en ellos más del 90 % de los visitados cumplen excelentemente con los aspectos contemplados. Debe destacarse que la no total concentración en la atención al paciente se debió esencialmente a las interrupciones que personal ajeno u otros colegas realizaban durante la consulta, lo mismo sucedió con el esfuerzo realizado para crear el ambiente confortable que permitiera un intercambio productivo (80 %), que se vio interrumpido en ocasiones, por llamadas telefónicas. Es importante concientizar que estas interrupciones crean incertidumbre y ansiedad y pueden hacer perder la concentración al profesional y molestias a los pacientes, lo que puede derivar en problemas de comunicación.

Se detectaron problemas con el aspecto de escuchar atentamente sin interrumpir precozmente al paciente pues, casi en el 30 % de los casos esto no se lograba o no se lograba totalmente. En estudios previos (*Alves de Lima*),¹¹ se ha demostrado que los médicos tienden a interrumpir precozmente la explicación del paciente o familiares. Aprender a escuchar desde el comienzo de la visita es el paso inicial para una relación adecuada y eficiente. Todos los médicos se encuentran apremiados por el tiempo por ello se sienten forzados a pasar rápidamente a las preguntas y a tomar la iniciativa.

Un aspecto negativo en esta etapa, y que ha sido detectado también por *Moore* y otros,¹⁰ fue que el 50 % no se identificó como especialista ni aclaró adecuadamente su función. Esto crea incertidumbre en el paciente y aunque pueda ser considerado como superfluo por médicos experimentados, hay que tener en cuenta que en grandes hospitales como en el que se realizó el estudio, los pacientes interactúan con diferentes equipos de profesionales y personal administrativo.

En el aspecto de emplear contacto físico si no era la primera consulta fue donde se constató un porcentaje más bajo de comportamiento positivo (44 %), sin embargo, esto no estuvo determinado por dificultades en la comunicación sino por el estado de algunos pacientes y por las características del equipo operado por el especialista que en muchos casos impidió el acercamiento físico. En la mayor parte de los casos se evidenció un trato afable y cariñoso. Se demostró interés y respeto. Estos aspectos son positivos porque la conducta del médico, su comportamiento profesional es vital para permitirle al paciente sentirse bienvenido, valorado y respetado.

En un segundo momento se realizó la etapa de recoger información. En ella la construcción de la relación se basa en aceptar la legitimidad y puntos de vista del paciente sin juzgarlo.

De los ocho aspectos contenidos en esta parte de la guía, en cinco los resultados muestran un buen desarrollo de las competencias comunicativas para el cumplimiento de los objetivos de esta etapa pues las observaciones positivas sobrepasan el 97 %.

Los aspectos de estimular al paciente para contar el problema con sus propias palabras y permitir que existan silencios para que este piense las respuestas, manifiestan aproximadamente el mismo comportamiento y están relacionados porque la dinámica de la consulta lleva al especialista a interrumpir con el propósito de aclarar lo presentado hasta ese momento y desarrollar una secuencia lógica, y entendible para el paciente, del desarrollo de los hechos, pero sobre todo por el problema del tiempo. Como han planteado *Moore* y otros,¹⁰ si realmente se quiere establecer comunicación en medicina se debe resolver el problema de cómo disponer de tiempo para desarrollar interacciones con sus pacientes. A pesar de ello es preocupante considerar que el "sistema" de atención de salud hace presión sobre el tiempo, para lograr una "mayor eficiencia" numérica.

En relación con la comprensión de la perspectiva del paciente los valores son semejantes pero la situación es otra. Las vivencias de los pacientes respecto a su enfermedad están influenciadas culturalmente. Las creencias sociales, culturales o religiosas modulan nuestra percepción del problema.

Como ha sido analizado por *Alves de Lima*,¹¹ las conductas y los comportamientos frente a las enfermedades están controlados por reglas culturales con marcadas variaciones transculturales. Estas variaciones existen también entre diferentes grupos sociales de una misma sociedad. Pero es fundamental destacar que también las creencias y las conductas médicas están culturalmente influenciadas. Existe gran variación de opinión entre colegas en la forma de abordar el mismo problema. Así el médico debe tener muy en cuenta estos elementos que son muy importantes para mejorar la adherencia a las recomendaciones que se ofrezcan. En estos aspectos no se debe hacer suposiciones, sino preguntar.

En la tercera etapa denominada: construyendo la relación, estaban contenidos cuatro aspectos. En todos los aspectos el porcentaje de respuestas positivas obtenidas de la observación fue alto, lo que evidencia un buen indicador de la construcción de una relación sólida en la que existe empatía, o sea por un lado el entendimiento y la comprensión sensible de las apreciaciones y opiniones de la otra persona y por otro la comunicación de ese entendimiento al paciente. También existe sensibilidad para discutir temas conflictivos o vergonzosos con madurez dentro de un marco de máxima reserva. La comunicación no verbal es un proceso continuo que puede reafirmar, regular, calificar o contradecir la comunicación verbal y que como plantean *Moore* y otros,¹⁰ actúa en forma conjunta y sinérgica con la comunicación verbal reforzándola. Decodificar señales es una habilidad esencial para los médicos que desean entender los sentimientos de sus pacientes y un instrumento diagnóstico de gran valor.

Las normas culturales en el ámbito hospitalario generalmente no facilitan la expresión verbal de los sentimientos por parte de los pacientes. Es muy importante detectarlas y traducirlas verbalmente. Esto facilita una mayor comprensión por parte del médico de las vivencias de la enfermedad que tiene el paciente.

El intercambio de opiniones o de pensamientos con el paciente, las explicaciones sobre la racionalidad de los diferentes aspectos de los problemas ayudan en este punto.

En la etapa referida a las explicaciones y el plan de acción estaban contenidos diecisiete aspectos. En trece de ellos el porcentaje de comportamientos positivos estuvo por encima del 85 %, lo que se considera adecuado.

En la determinación del grado de conocimiento que el paciente tiene del problema se detectó una insuficiencia comunicativa pues la mitad de los observados (49 %) no realizaba esta determinación. Esto es importante porque permite tener una idea de lo que desea saber. Otra alternativa es preguntarle lo que quiere saber pues uno de los objetivos de esta etapa es definir la cantidad y el tipo de información que le vamos a entregar al paciente individualmente.

Resultados similares (51 %) se obtuvieron con el no empleo de métodos visuales como esquemas, diagramas, modelos, información escrita o dibujos, lo que está determinado por las características de la especialidad.

Casi en la mitad de las consultas a las que se aplicó la guía (49 %), no se percibió que el especialista tratara de compartir las ideas o dilemas del enfermo y sus familiares, sin embargo se constató una aplicación de consentimiento informado en la que el especialista asumió el papel de educador como ha sido recomendado por *Núñez de Villavicencio*¹⁹ pues se facilitó la toma de decisiones por el paciente involucrándolo hasta el grado deseado por este, de manera que pudiera ejercer libremente su autonomía. Se ofrecieron alternativas, discutiendo las opciones siempre que fue posible y se emitieron criterios respecto a la significación de los problemas y aclarando el valor y la importancia de someterse a un estudio, las incomodidades y los riesgos.

Aunque en el 49 % de los casos no se logró generar un entorno que permitiera a los pacientes hacer preguntas y expresar sus dudas, motivado esencialmente por el número de pacientes a atender, se propició que ellos, en la mayoría de los casos, tomaran decisiones con la información adecuada.

En la etapa de cierre de la sesión la guía contemplaba cuatro ítems. El porcentaje de especialistas que cumplió satisfactoriamente con lo indicado estuvo por encima del 92 %. Resumir lo ocurrido durante la sesión y clarificar las dudas del plan a seguir no solo les permite al médico y al paciente confirmar lo discutido durante la consulta, sino que también, según *Beltran*²⁰ es un instrumento facilitador que permite al paciente hacer preguntas y al médico, reafirmar sus impresiones.

Explicar qué hacer, cuando las cosas no se producen como estaban previstas, es un factor básico de seguridad en la práctica médica, así como también un elemento que colabora en la consolidación de la relación médico-paciente.

La comunicación es un proceso vital de interacción entre el médico, el paciente y su familia. Es una de las cuatro habilidades básicas de la competencia clínica junto a la resolución de problemas, el conocimiento y el examen físico. Es una habilidad poco abordada en la formación de pregrado, pero muy necesaria su formación en el posgrado. Enseñar y aprender a comunicarse es fundamental, así se logran eliminar posibles problemas de comunicación entre médicos y pacientes.

CONCLUSIONES

Los encuestados consideraron que la especialidad contribuyó al desarrollo de un importante número de cualidades y valores morales donde se destacan el amor al trabajo, la responsabilidad y el conocimiento que son destacadas también como imprescindibles en un egresado de esa especialidad, así como al desarrollo de las habilidades comunicativas, aunque casi la mitad de los encuestados no las consideran imprescindibles, lo que evidencia la no interiorización de la importancia de estos aspectos en la formación de ese profesional. En la observación se evidenció un buen desarrollo de las competencias comunicativas en todas las etapas definidas, las que están afectadas por el tiempo disponible para cada paciente y la determinación del grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su problema de salud, razones por las que es necesario enfatizar en su desarrollo en los procesos de formación de estos especialistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Margulis AR and Sunshine JH. Radiology at the Turn of the Millennium. *Radiology*. 2000; 214(1):15-23.
2. Alderson PO. A balanced subspecialization strategy for radiology in the new millennium. *AMJ Roentgenol*. 2000;175(1):7-8.
3. Ministerio de Salud Pública. ISCMH. Programa de la especialidad en Imagenología. La Habana: MINSAP; 2006.
4. Peña A, Casanova AR, Nolla N, Borroto ER. Competencias Comunicativas de la especialidad en Imagenología. Propuesta de Instrumentos para su evaluación. *Educ Med Super*. 2014;28(4).
5. Aguirre D. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional *Educ Med Super*. 2005;19(3).
6. González C, Sánchez L. El diseño curricular por competencias en la educación médica. *Educ Med Super*. 2007;17(4).
7. Salas-Perea R. Educación en salud. Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p. 117.
8. Rivera Michelena N, Blanco Horta F. La dimensión comunicativa en la buena práctica en salud. El valor de la entrevista. *Materiales Docentes Maestría de Educación Médica*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2001.
9. Blanco Aspiazú MA. Rediseño de un Instrumento de Evaluación de la Calidad de la Entrevista Médica [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
10. Moore F, Gómez G, Kuritz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*. 2010;138:1047-54.

11. Alves de Lima A. Feasibility and Satisfaction rates of a Spanish translation and trans-cultural adaptation of the Calgary-Cambridge process Guide. 12th International Ottawa Conference on Clinical Competence; 2006.
12. Zoppi K, Epstein RM. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Suplemento 2; 2007.
13. Almarales Pupo B. Barreras que afectan la comunicación médico-paciente. Hospital "Lucía Iníguez Landín". Febrero-Junio 2002. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2003; 7(2).
14. Rodríguez Yunta E. Fe y razón en la práctica médica y los modelos de relación médico- paciente. *Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica*. 2000; XI(1):481- 95.
15. Marín M, León JM^a. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*. 2001; 13(2):247-51.
16. Dios JA de, Jiménez ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial [Internet]. MEDISAN. 2009 [consultado dic 2010]; 13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm
17. Fernández AM. De las Capacidades a las Competencias: una reflexión teórica desde la Psicología C. E. E. La Habana: Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona; 1999.
18. Sainz Leyva L. La comunicación en el proceso pedagógico: algunas reflexiones valorativas de la autora. *Educ Med Super*. 1998; 12(1):26-34.
19. Núñez de Villavicencio F. Bioética: el médico, un educador. En: Acosta JR (Editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 3ra. Edición. La Habana: Publicaciones Acuario; 2007. p. 417-430.
20. Beltrán BF. Desarrollo de la competencia comunicativa [Internet]. 2001 [citado 27 oct 2004]. Disponible en: <http://www.Universidadabierta.edu.mex/>

Recibido: 24 de abril de 2015.

Aprobado: 4 de julio de 2015.

Aisa Peña Casanovas. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Calle San Lázaro y Belascoaín. Centrohabana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: aisa.pena@infomed.sld.cu