

EDITORIAL

La publicación de las experiencias educativas en la educación médica: el valor de lo vivido

ARTÍCULOS ORIGINALES

Aprender de la Experiencia: Incidentes Críticos en la Formación de Médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2024

Evaluación del impacto de una intervención educativa en comunicación para médicos residentes de un hospital pediátrico

Motivación académica y estilos atribucionales en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Entre Ríos: Primera parte.

Transformando la comunicación con Simulación Clínica. Entrenamiento basado en el método SPIKES

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

INDICE

Autoridades de la Afacimera	2
Comité editorial	3
Editorial	
La publicación de las experiencias educativas en la educación médica: el valor de lo vivido Navarro, Viviana	4
Artículos Originales	
Aprender de la Experiencia: Incidentes Críticos en la Formación de Médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2024 Artaza, Giselle Verónica;Luque Agustina María; Nieva, Natalia Jorgelina.....	5
Evaluación del impacto de una intervención educativa en comunicación para médicos residentes de un hospital pediátrico Yazde Puleio María L; Alonso M Jimena; Otero Miriam; Aprea Valeria	15
Motivación académica y estilos atribucionales en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Entre Ríos: Primera parte. Lozano, Fabiana Ayelen; Paltenghi, Gastón Miguel	25
Transformando la comunicación con Simulación Clínica Entrenamiento basado en el método SPIKES Rollan, Santiago	33
Reglamento de publicaciones	43

AUTORIDADES DE AFACIMERA

Presidente

Dr. ÁNGEL PELLEGRINO

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua

Secretario General

Dr. MARIO GERMAN PAGNO

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste

Tesorero

Dr. ROBERTO CHERJOVSKY

Ex Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana

Secretario Ejecutivo

DR. MARCELO JÁUREGUI

Revisor de Cuentas Titular I

DR. HERNÁN SEOANE

Decano de la Facultad de Cs Médicas-Pontificia Universidad Católica Argentina

Revisor de Cuentas Titular II

DR. JORGE NAZAR

Decano del Instituto Universitario CEMIC

Revisor de Cuentas Titular III

DR. MIGUEL A. VERA

Decano Facultad de Medicina de la Universidad del Comahue

Revisor de Cuentas Suplente I

DR. GERARDO OMAR LARROZA

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTORA

Dra. Viviana de los Angeles Navarro
Universidad Nacional del Nordeste

COMITÉ EDITOR

Dra. Soledad Campos
Universidad Austral
Dra. Patricia Demuth Mercado Universidad
Nacional del Nordeste
Mgter. Alejandro Cragno
Universidad Nacional del Sur
Esp. Méd. Ruth Kaplan
Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas
de Córdoba
Mgter. Roberta Ladenheim
Instituto Universitario del Hospital Italiano
Dra. Claudia Calvo
Universidad Fasta
Dra. Alicia Penissi Universidad del Aconcagua

COMITÉ DE REVISORES EXTERNOS

Dra. María Alejandra Blanco Tufts University School of Medicine USA	Dra. Rosana Gerometta Universidad Nacional del Nordeste
Dr. Francisco Lamus FRILA-Faimer para Latinoamérica y el Caribe	Mgter. Marcelo García Dieguez Universidad Nacional del Sur
Dr. Jordi Palés Universidad de Barcelona, España	Dr. Ángel Centeno Universidad Austral
Dr. Carlos Brailovsky Université Laval, Canadá	Dr. Eduardo Durante Inst. Univ. del Hospital Italiano
Dra. Agustina Mutchinick Inst. Univ. del Hospital Italiano	Dra. Vivian Minnaard Universidad Fasta
Esp. Méd. Cristina Elizondo Inst. Univ. del Hospital Italiano	Dr. Humberto Jure Universidad Nacional del Nordeste
Mgter. Gisela Schwartzman Inst. Univ. del Hospital Italiano	Mgter. Juan José DiBernardo Universidad Nacional del Nordeste
Esp. Méd. Marcelo Figari Inst. Univ. del Hospital Italiano	Lic. Fernando Gómez Universidad Nacional del Nordeste
Mgter. Vilda Discacciati Inst. Univ. del Hospital Italiano	Mgter. María Paz Grebe Universidad Austral

Administración sitio Web

Lic. María Mercedes Brain Lascano

Asesor y Corrector de Estilo

Guillermo Marín

Edición General

Abelardo J. Santillán

Asesor Legal

Dr. Marcelo Jáuregui

La publicación de las experiencias educativas en la educación médica: el valor de lo vivido

La publicación de experiencias educativas en ciencias de la salud es una herramienta través de la cual, los docentes y profesionales de la salud pueden compartir estrategias, metodologías, innovaciones y resultados que enriquecen el panorama formativo, y permiten a sus pares tener una visión de lo aplicado desde lo vivido. Esta editorial es una reflexión acerca del valor que tienen estas publicaciones y cómo contribuyen al mejoramiento continuo de la educación médica.

Uno de los mayores valores de publicar experiencias educativas en el ámbito de las ciencias de la salud es la posibilidad de compartir nuevos enfoques, muchas veces muy creativos, que ocurren en contextos diversos y que pueden transformar la enseñanza. Los casos de éxito, las lecciones aprendidas y los fracasos sirven como base para que otros docentes puedan adaptar y mejorar sus prácticas.

Publicar experiencias educativas también permite establecer un proceso de retroalimentación que favorece el crecimiento de la comunidad educativa. Cuando los educadores comparten sus prácticas, estrategias y resultados, se generan espacios para la reflexión, el diálogo, la crítica constructiva y muchas veces, la colaboración entre instituciones. La retroalimentación que se recibe de otros profesionales y académicos puede ser crucial para ajustar y mejorar los enfoques pedagógicos empleados.

La educación médica, como campo de conocimiento, se beneficia enormemente de la acumulación de experiencias documentadas que generen una base de evidencia pedagógica. Muchas de las estrategias y prácticas pedagógicas en la educación médica se basan en la intuición o en modelos preexistentes que han sido transmitidos de generación en generación y que siguen aplicándose porque se perciben como efectivos o se ha demostrado que lo son. Sin embargo, al publicar experiencias educativas, se inicia un proceso de recolección de datos y resultados que puede ser analizado de forma crítica y científica. Esta base de evidencia permite identificar qué enfoques realmente mejoran los resultados de los estudiantes y cómo afectan el aprendizaje en el contexto clínico.

El acceso a estas publicaciones puede ayudar a los educadores a tomar decisiones informadas sobre qué prácticas implementar en sus propios contextos, y también fomenta la investigación pedagógica dentro del ámbito médico, generando un círculo virtuoso de conocimiento. A través de estudios de caso, encuestas, análisis comparativos y otras metodologías de investigación, se puede construir un cuerpo sólido de evidencia que impulse la calidad educativa.

A través de la divulgación de estas experiencias, los educadores en medicina contribuyen al fortalecimiento de la comunidad académica, promoviendo un sentido de colaboración y solidaridad profesional. La educación médica no debe ser vista como una competencia entre instituciones, sino como un esfuerzo colectivo para mejorar la formación de los futuros médicos. Se generan redes de colaboración entre diferentes facultades de medicina, hospitales y centros de investigación, lo que favorece el intercambio de ideas y la creación de proyectos conjuntos.

En última instancia, el objetivo de toda publicación educativa en el campo de las ciencias de la salud es mejorar la calidad de la formación de los estudiantes. Cada artículo, cada documento que se publica no es solo un testimonio del esfuerzo de un docente, sino una oportunidad para transformar el modo en que los estudiantes aprenden.

En síntesis, la publicación de experiencias educativas es un componente esencial para el desarrollo y la mejora continua del proceso formativo. Vivimos en un mundo que cambia rápidamente, donde los avances médicos y tecnológicos desafían constantemente los métodos de enseñanza tradicionales, las publicaciones educativas, en particular lo vivido por los docentes poniendo en juego diferentes herramientas, se erigen como un instrumento indispensable para garantizar que la educación médica siga siendo de la más alta calidad y relevancia para las necesidades del futuro.

Viviana Navarro

APRENDER DE LA EXPERIENCIA: INCIDENTES CRÍTICOS EN LA FORMACIÓN DE MÉDICOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO, 2024

Artaza, Giselle Verónica; Luque Agustina María Nieva, Natalia Jorgelina

RESUMEN

El Incidente Crítico (IC) es una herramienta para reflexionar sobre el ethos médico. El objetivo de este trabajo fue analizar la contribución al aprendizaje a través del incidente crítico en los egresados de la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE) durante el periodo 2022 a 2024. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a partir de encuestas realizadas a egresados de la carrera de medicina. Los resultados indicaron que implementar los IC en la asignatura rural de la Práctica Final Obligatoria (PFO) fue satisfactorio en un 60%, mientras que en el presente esto disminuyó al 50%. Actualmente, un 10% no implementa la estrategia del IC y un 20% revela que tiene escaso tiempo para realizarlo. Quienes lo efectúan, refieren que contribuye a tener una mirada más amplia del problema, ayuda a la reflexión profesional y colabora a mejorar el conocimiento y la práctica. La metodología del IC demuestra ser beneficiosa en el grado y debería ser fortalecida en el posgrado a través de espacios que la fomenten. Compartir situaciones de la práctica que han generado discomfort colabora a desarrollar el “aprendizaje transformativo” e indirectamente a mejorar la seguridad de los pacientes y sus familias.

Palabras clave: Incidentes críticos. Aprendizaje experiencial. Educación médica. Reflexión en la práctica

INTRODUCCIÓN:

En la asignatura rural correspondiente al sexto año de la Práctica Final Obligatoria (PFO), el principal desafío y propósito en la enseñanza-aprendizaje con los alumnos próximos a ejercer la profesión, fue implementar el Incidente Crítico (IC) como método de aprendizaje. Los alumnos deben identificar una situación de la práctica y articular con los contenidos de las asignaturas Relación Médico, Paciente y Familia (RMPyF) y Bioética. De esta manera los IC son un componente del Portfolio que, conforme a la definición clásica de Flanagan (1954), se refieren a eventos en la práctica profesional que generan perplejidad, dudas, sorpresa o inquietud debido a su incoherencia o resultados inesperados (1). Estas situaciones cotidianas no siempre implican una gravedad extrema o riesgo de vida; más bien, el término "crítico" también se refiere a aquello que resulta sorprendente, inesperado o inquietante para quien reflexiona sobre su propia práctica (1). Un IC puede ser un acontecimiento inesperado que exige una respuesta improvisada. Las consultas de guardia, los problemas en la relación entre médico, paciente y familia, así como los errores en la práctica médica, son ejemplos de situaciones que pueden desencadenar un IC (2)

En 1990, Mezirow y Brookfield introdujeron el concepto de IC en el ámbito de la docencia, proponiendo el uso de narraciones sobre eventos inesperados como una vía para explorar las actitudes y suposiciones de los estudiantes (3). Mezirow propone este enfoque de aprendizaje, conocido como “aprendizaje transformativo,” sugiriendo que, al emplear la reflexión y el pensamiento crítico, es posible modificar nuestros marcos de referencia, generando nuevos modelos de pensamiento que orienten nuestras acciones (2). En este tipo de aprendizaje, las personas encuentran motivación para aprender cuando reflexionan sobre los problemas que surgen en su experiencia cotidiana, especialmente aquellos que desafían sus esquemas previos y los llevan a buscar soluciones potenciales. El aprendizaje vicario u observacional constituye el segundo pilar de análisis basado en la idea de que la socialización provoca cambios cognitivos, afectivos y conductuales inmediatos (3).

Aunque al inicio cualquier incidente puede provocar desconcierto, es posible examinarlo mediante la metodología del IC a partir de la elaboración de narraciones por escrito breves y espontáneas, con estructura definida, en las cuales el estudiante o profesional que ha experimentado o presenciado un evento inesperado lo describe por escrito (4).

La respuesta inicial ante un evento traumático o inesperado suele ser olvidarlo o silenciarlo rápidamente. Sin embargo, el uso del IC contrarresta esta tendencia a la negación e invita a describir lo sucedido, recopilando la experiencia subjetiva de quien vivió el episodio, lo cual contribuye a canalizar las emociones de forma constructiva. De esta manera, los IC se incorporan en el marco de la deliberación ética y promueven la mejora continua de la calidad (4).

Para los estudiantes de pregrado puede resultar una primera aproximación a la práctica, que contempla no solo aspectos clínicos sino también comunicacionales y de reflexión en valores (3). En el ámbito de la formación de postgrado y en el de bioética, el análisis del IC ofrece una alternativa innovadora para abordar problemas de calidad y aprender de los errores (4). En el caso de los médicos residentes, la identificación precoz de los IC, la caracterización y la reflexión sobre las repercusiones en los profesionales ofrecen un gran interés como oportunidad de mejora en la formación (5).

Reflexionar a partir de esta estrategia, permite implementar medidas preventivas para evitar su recurrencia, lo que mejora la seguridad tanto de los pacientes. Asimismo, aceptar y compartir errores o lagunas de conocimiento en un entorno que fomente el desarrollo colectivo de nuevo saber resulta fundamental para la formación y la práctica médica. Invertir en un futuro donde estos errores puedan ser superados es una de las mejoras formas de prevenir el burnout en médicos comprometidos con un enfoque humanista (4).

Los incidentes críticos se pueden abordar como reflexión individual donde el tutor lo revisa y realiza el feedback, pero también se puede realizar como sesión grupal e incluso multiprofesional. En las grupales, se presenta el incidente, todos los participantes opinan sobre los problemas y los dilemas planteados, y el tutor-moderador actúa como facilitador, favoreciendo la participación de todos con preguntas abiertas que inviten a explicar. La finalidad es la identificación de problemas personales y de la organización subyacente, las emociones negativas y los valores implicados. Para ello debe regir un clima de confianza, respeto y apoyo, sin culpabilizar, aceptando el error y aprendiendo de él mediante la reflexión, centrando los problemas en las barreras del sistema y facilitando la expresión de todos los componentes del grupo (6).

La satisfacción estudiantil hace referencia a una percepción de placer o de rechazo con respecto a las expectativas que se tiene de un objeto, proceso o resultado. Si la expectativa es positiva el estudiante sentirá satisfacción; mientras que, si resulta negativa percibirá un rechazo (7)

La calidad de servicio hace referencia a un proceso de percepción entre expectativas y experiencias que tienen los sujetos acerca de un objeto, proceso o institución (8). La búsqueda de calidad universitaria es una tarea que se debe asumir con total dedicación y responsabilidad ya que influye en la experiencia que tiene el estudiante con respecto al servicio que recibe (9).

De esta manera, para medir la calidad educativa de una institución de educación superior es menester conocer la satisfacción de los receptores de los servicios, es decir, los estudiantes, a través de sus valoraciones basadas en percepciones, expectativas y necesidades. Por lo cual el objetivo general de este trabajo fue:

Analizar la contribución al aprendizaje a lo largo del tiempo a través de la implementación de la metodología del incidente crítico en egresados de la carrera de Medicina en la FCM de la UNSE durante el periodo 2022 a 2024.

Los objetivos específicos:

- 1- Describir las temáticas abordadas en los incidentes críticos y su integración con los contenidos de la asignatura Relación Médico, Paciente y familia y Bioética.
- 2- Describir en qué medida los incidentes críticos contribuyen a la satisfacción del aprendizaje a lo largo del tiempo.
- 3- Describir el aporte que realizó la metodología del incidente crítico en su práctica profesional actual.
- 4- Relacionar la situación laboral con el uso de incidentes críticos en su práctica profesional actual.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población estuvo integrada por 26 ex alumnos que concluyeron la carrera de Medicina entre agosto del 2022 a mayo del 2024. Se recolectaron datos a partir de un formulario confeccionado en Google Forms cuyo link fue enviado a cada participante.

Consideraciones éticas: Se explicó a todos los participantes los objetivos y propósitos del trabajo y de su participación en la encuesta era anónima y confidencial.

Resultados: Del total de 26 egresados, 20 (68,9%) contestaron y completaron la encuesta.

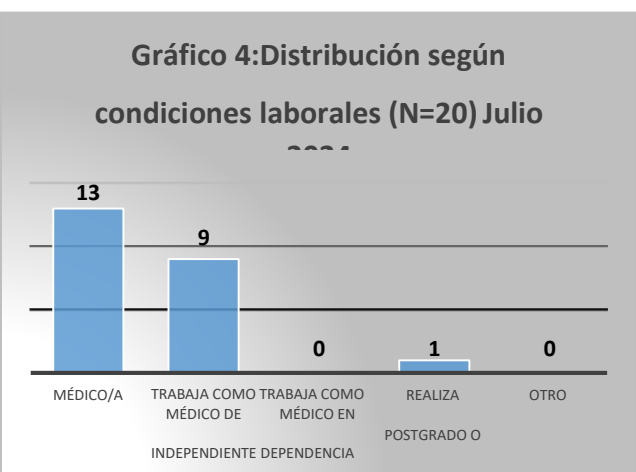
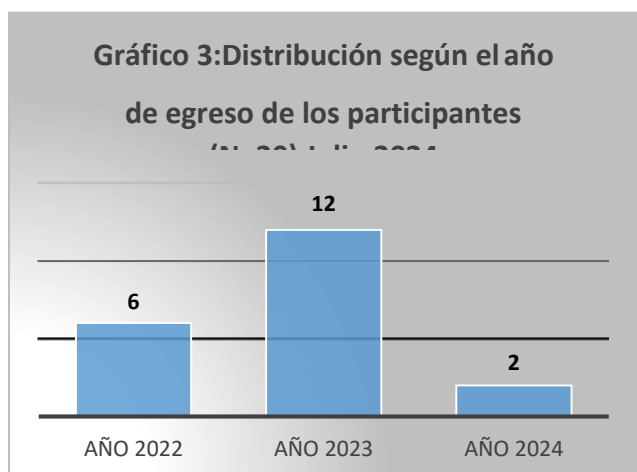
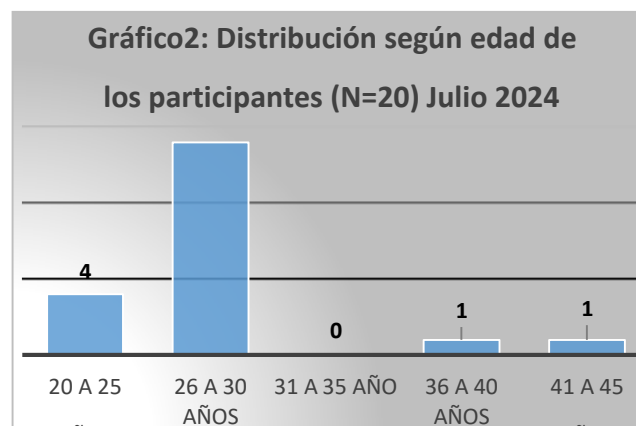
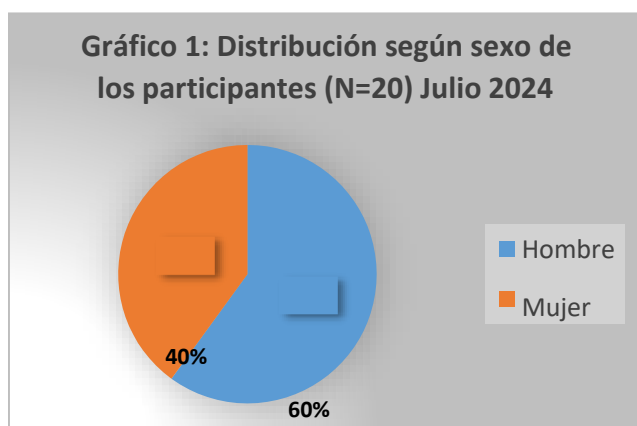


Tabla 1: Motivo/s para realizar el incidente crítico durante el cursado de la PFO rural	
Organización del Sistema de salud	12 (60%)
Problemas de salud mental	8 (40%)
Fallas en la comunicación con el equipo de salud	3 (15%)
Problemas en la relación médico- paciente - familia:	3 (15%)
Errores Diagnósticos	4 (20%)
Errores de Medicación	1 (5%)
Factores Humanos	1 (5%)
Problemas bioéticos	1 (5%)
Otros problemas no mencionados anteriormente	1 (5%)
Problemas Relacionados con el Procedimiento	0 (0%)

Tabla 2: Contenido/s de RMP y bioética utilizados para articular	
El encuentro clínico y sus actores, manejo de la información médica y toma de decisiones, modelos de RMPyF	12 (60%)
Principios fundamentales de la Bioética y reglas	11 (55%)
Trabajo en equipo. Error médico y comunicación de malas noticias	3 (30%)
La RMPyF en Pediatría: Autonomía en la infancia	4 (20%)
Las mediaciones de la práctica médica de la RMPyF, lenguaje y emociones	3 (15%)
La finalidad de la praxis médica como finalidad de la RMPyF	3 (15%)
La RMPyF en Ginecología y Obstetricia	2 (10%)
La RMPyF y los cuidados integrales	1 (5%)
Otro/s contenidos	0 (0%)

Tabla 3: Valoración de la contribución al aprendizaje aplicando el incidente crítico durante el cursado de la PFO rural

Satisfactorio todas las veces	12 (60%)
Satisfactorio la mayoría de las veces	7 (35%)
Satisfactoria pocas veces	1 (5%)
No me brinda satisfacciones	0 (0%)

Tabla 4: Motivo/s que permiten o dificultan la práctica del incidente crítico

Contribuye a tener una mirada más amplia del problema	12 (60%)
Ayuda a mi reflexión profesional	10 (50%)

Colabora a mejorar mi conocimiento y prácticas	10 (50%)
Tengo escaso tiempo para realizarlo	4 (20%)
No contribuye a mi práctica profesional	0 (0%)
No contribuye a mi reflexión profesional	0 (0%)
No tengo interés en la realización de IC en mi práctica profesional	0 (0%)
Otra	0 (0%)

Tabla 5: Frecuencia actual con la que implementa la estrategia del incidente crítico

Nunca	2 (10%)
1 vez por mes	7 (35%)
1 vez por semana	6 (30%)
2 a 3 veces por semana	4 (20%)
Casi todos los días	1(15%)

Tabla 6: Valoración de la contribución a su aprendizaje mediante la aplicación del incidente crítico durante su práctica actual	
Satisfactorio todas las veces	10 (50%)
Satisfactorio la mayoría de las veces	7 (35%)
Satisfactoria pocas veces	3 (15%)
No me brinda satisfacciones	0 (0%)
Satisfactorio todas las veces	10 (50%)

Tabla 7: Relación entre la situación laboral actual y practica del incidente crítico			
Frecuencia de uso del IC	Médico residente (N=11)	Trabaja de manera independiente (N=7)	Médico residente y trabaja en otro lugar (N=2)
Nunca	2 (18%)	0	0
1 vez por mes	4 (36%)	3 (42%)	0
1 vez por semana	3 (27%)	3 (42%)	0
2 a 3 veces por semana	2 (18%)	0	2 (100%)

DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de la materia, el 60% de los estudiantes optó por abordar en su IC temas relacionados con la organización del sistema de salud. Esto podría reflejar la necesidad de adquirir conocimientos prácticos sobre la estructura y funcionamiento del sistema, así como un interés en mejorar la eficiencia, accesibilidad y equidad de la atención sanitaria en el entorno rural.

Además, el 40% de los participantes desarrolló IC relacionados a problemas de salud mental, lo que puede ser indicativo de una creciente conciencia y preocupación por esta temática, tal vez influenciada por el aumento global en la prevalencia de los trastornos mentales, su impacto en la salud pública y la complejidad de su tratamiento en este contexto específico.

El 20% de los participantes optó por desarrollar IC relacionados con “Errores Diagnósticos”, lo que podría señalar una preocupación por la precisión y calidad de los diagnósticos médicos, aspectos fundamentales para una atención médica efectiva. Se puede intuir que la reflexión sobre el error es percibido por los estudiantes como una forma constructiva de aprendizaje que es útil para adoptar medidas para procurar que no se repitan en el futuro (3).

En lo que respecta a la articulación con los contenidos de Bioética y RMPyF, el 60% de los encuestados mostró interés en relacionar su temática con "el encuentro clínico y sus actores, manejo de la información médica, toma de decisiones y modelos de RMP", mientras que un 55% se inclinó a realizar vinculación con los principios fundamentales de la Bioética. Esto podría reflejar un interés genuino por comprender las bases de la relación médico-paciente y la toma de decisiones éticas en la práctica clínica.

Sin embargo, la menor atención prestada a otros temas de la Bioética y la RMPyF en Pediatría, Ginecología y Obstetricia, así como el trabajo en equipo, los errores médicos y la comunicación de malas noticias, resalta la necesidad de revisar continuamente el enfoque de la formación médica integral. El abordaje del “trabajo en equipo”, resulta crucial ya que la medicina es una profesión que requiere la colaboración efectiva entre médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud lo cual fomenta un ambiente de trabajo más cohesivo y eficiente.

Además, el 95% de los participantes evaluó positivamente el análisis del IC durante el cursado, con un 60% indicando que les resultó satisfactorio en todas las ocasiones y un 35% considerándolo satisfactorio en la mayoría de las veces. Esto sugiere que el IC es percibido como una herramienta efectiva para el aprendizaje y la formación, aunque se observan variaciones en la experiencia y satisfacción, dependiendo del contexto o del momento en que se llevó a cabo el análisis.

En cuanto a la frecuencia de implementación de la estrategia en la actualidad, un 35% de los participantes lo ejecuta al menos una vez por mes, el 30% semanal, un 20% 2 a 3 veces por semana y 5% casi todos los días. Esto sugiere que esta competencia fue adquirida en gran parte de los participantes y que continúa siendo útil en la actualidad para los jóvenes médicos. Esta variabilidad puede reflejar diferencias individuales en las necesidades del trabajo, el tiempo y recursos disponibles, la familiaridad con la estrategia, la percepción de su valor, o su relevancia en diferentes contextos de la práctica médica.

Al analizar los beneficios percibidos de la aplicación del IC en la actualidad, la mayoría de los participantes valoran cómo contribuye a una mirada más amplia del problema (60%), así como su impacto positivo en la reflexión profesional, el conocimiento y las prácticas (50%). La reflexión como repercusión positiva propiciada por esta metodología también fue evidenciada en otro trabajo como el de Saura Llamas et al (5). De esta manera, se infiere que la metodología a partir de la reflexión crítica propicia una mirada holística de la persona que es fundamental para la toma de decisiones y la resolución de problemas complejos, fomentando el “aprendizaje transformativo” (2).

En la actualidad, el 85% de los egresados considera satisfactoria la metodología para su aprendizaje (50% todas las veces y el 35% la mayoría de las veces) lo que sugiere que el IC sigue siendo percibido como un instrumento válido y beneficioso para el aprendizaje.

Al comparar la satisfacción del IC durante el cursado de la carrera y en la práctica actual de los estudiantes, surge que el porcentaje de satisfacción ha disminuido un 10%. Este resultado podría deberse a la disminución de la percepción de su utilidad a lo largo del tiempo relacionado con el cambio del contexto, su realización más autónoma y/o menos estructurada y a factores externos propios de la rutina profesional.

Así mismo, el porcentaje de quienes encuentran la estrategia “satisfactoria solo pocas veces” aumentó del 5% durante el cursado al 15% en la actualidad. Este cambio en la opinión, podría deberse a múltiples factores relacionados con los nuevos desafíos de la profesión como la dinámica de trabajo, la inmediatez en la resolución de problemas o cambios en las expectativas de aprendizaje en la medida que aumentan su formación y ganan experiencia.

CONCLUSIONES:

La metodología del IC ayudó a los estudiantes a reflexionar y aplicar los principios del cuidado centrado en el paciente y su familia, incorporándose como socios en el proceso de cuidado y toma de decisiones de manera conjunta.

Los problemas relacionados con la organización del sistema de salud y la salud mental parecen ser los temas prioritarios desarrollados en los IC en el contexto de la PFO rural. Las reflexiones vinculadas a la organización de los sistemas de salud, a pesar de sus aciertos y desaciertos, buscan mejorar la calidad de la atención, teniendo en cuenta y respetando los valores, necesidades y preferencias del individuo y de su familia.

Es fundamental continuar abordando la problemática de la salud mental utilizando la metodología del IC, ya que estos casos a menudo presentan dilemas éticos que requieren una reflexión profunda sobre la toma de decisiones clínicas y éticas que respeten la dignidad y los derechos de los pacientes.

La integración de los conceptos de RMPyF facilitó en los estudiantes una comprensión de los aspectos éticos, médicos, subjetivos y culturales que pueden influir en esta interacción. Esta articulación es particularmente relevante en contextos donde las creencias culturales o religiosas pueden afectar las decisiones médicas. Además, al fortalecer las habilidades de comunicación, los estudiantes logran no solo identificar y abordar las inquietudes del paciente, sino también explicar diagnósticos y tratamientos de forma clara y asegurar un consentimiento informado, promoviendo así la seguridad y el bienestar del paciente.

Es esencial poner a prueba la empatía de los profesionales de la salud para proporcionar un cuidado ético que esté centrado en la persona; y seguir promoviendo la reflexión sobre los errores diagnósticos y en la medicación. Esto permitirá identificar áreas de mejora en el conocimiento y desarrollar habilidades clínicas fomentando un sentido de responsabilidad profesional y un compromiso con el bienestar general con la posibilidad de prevenir futuros desaciertos.

Dado que los temas generales de RMPyF y Bioética fueron relacionados frecuentemente durante el desarrollo de los IC, es recomendable continuar enfocándose en ellos para futuras formaciones o discusiones. Así mismo, los contenidos que fueron articulados con menor frecuencia como “trabajo en equipo”, “errores médicos” y “comunicación de malas noticias” deben seguir siendo parte de la discusión, ya que ofrecen perspectivas importantes para la práctica profesional. Finalmente, se hace imprescindible seguir promoviendo la integración de los IC con los contenidos especializados de Pediatría, Ginecología y Obstetricia ya que son relevantes para la formación del médico general.

Compartir y discutir sobre situaciones inesperadas de la práctica diaria puede ayudar a los nuevos profesionales a manejar el estrés asociado del ser médico, posibilitando el desarrollo de su resiliencia. Por esto, es alentador que los médicos entrevistados en su mayoría, continúen con el uso de esta metodología que les permite abordar situaciones para entender que los errores pueden ocurrir. Aprender a lidiar con estos desaciertos, de manera constructiva, es una parte importante de la formación médica y la práctica profesional.

Dado que la mayoría de los participantes encuentra en la actualidad el desarrollo del IC altamente beneficioso, es importante socializar la estrategia como forma de compartir ejemplos de buenas prácticas y casos de éxito para mantener y elevar aún más la satisfacción. Así también es imperioso ahondar en las razones específicas de quienes consideran el incidente crítico “satisfactorio solo algunas veces”.

Del mismo modo, resulta imprescindible la creación de espacios de aprendizaje en las instituciones de salud, donde se reflexione y fomente la implementación de la estrategia para fortalecer la práctica profesional. Es trascendental el manejo del tiempo de manera eficiente que no atente contra el desarrollo de IC.

Recomendamos trabajos a futuro, realizar investigaciones adicionales o discusiones sobre los problemas menos comunes para entender mejor su impacto y cómo podrían ser abordados. Podría ser útil incluir entrevistas o grupos focales para obtener una comprensión más detallada de los hallazgos de este trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Maldonado Bakovic A, Mini Castro MD. Portfolio: incidente crítico. Resolución de problemas de aprendizaje. Cuad Aten Prim. 2009;16:309-11. Disponible https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/05_Habilidades_01.pdf
- 2) Núñez Vázquez, A. et al. Portafolio (III): el incidente crítico. Cuadernos Aten Prim. 2006;260-4. Núñez Vázquez, A., & et col. (2006). Portafolio (III): el incidente crítico. *Cuad de Atención Primaria*, 260-264. Disponible en: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/07_Habilidades_e_Terapeutica.pdf
- 3) Almendro Padilla, C., & Costa Alcaraz, A. Alerta roja: el incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores. *Tribuna docente on line*, 1-8. 2006. Disponible <https://semfyc.eventszone.net/jornadas2019/uploads/docs/IncidenteCritico.pdf>
- 4) Almendro Padilla, C, Costa Alcaraz, A. Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores. *Educación Médica*, 60-63. 2017. Disponible <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301171>
- 5) Saura Llamas, J. Medina Abellán, MD. Guirao Salinas, FA. Martínez Garre, M. Abenza Campuzano, J. Sebastián Delgado, M. Cómo afectan los incidentes críticos a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2022 [citado 2024 Oct 30]; 15(1): 20-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100005&lng=es. Epub 04-Abr-2022.
- 6) González Anglada, MI. Garmendia Fernández, C. Moreno Núñez, L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. *Educ Med*. 2019;20(3):170-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181319300725>
- 7) Peña Miranda, CA. Cosi Cruz, E, Silarayan Ruiz, LA. Calidad de servicio y satisfacción del usuario en estudiantes de posgrado de una Universidad Pública de Lima. *Rev Mendive [Internet]*. 29 de abril de 2024 [citado 29 de octubre de 2024];22(2):e3857. Disponible en: <https://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/3857>
- 8) Bravo E, Lora L, Berastegui Y. Neuroliderazgo como estrategia para el fortalecimiento de la gestión directiva en instituciones educativas. 2020. *Actualidades Investigativas en Educación*, 20(1), 29-29. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v20n1/1409-4703-aie-20-01-416.pdf>

- 9) Terrazas, B. Almeida Cardona, R. Análisis de los principales indicadores de satisfacción estudiantil en la calidad de vida universitaria en las universidades privadas. *Perspectivas* [online]. 2020 (45),7-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332020000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1994-3733.

Datos de Autor

Título:

"Aprender de la Experiencia: Incidentes Críticos en la Formación de Médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2024"

Autores:

Artaza, Giselle Verónica. Facultad de Ciencias Médicas. UNSE

Luque Agustina María. Facultad de Ciencias Médicas. UNSE

Nieva, Natalia Jorgelina. Facultad de Ciencias Médicas. UNSE

Correo electrónico: natynieva13@gmail.com

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN COMUNICACIÓN PARA MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Yazde Puleio María L; Alonso M Jimena; Otero Miriam; Aprea Valeria

RESUMEN

Introducción: La comunicación es crucial para la calidad asistencial e influye en la relación médico-paciente. pero su enseñanza es deficiente. Este estudio evaluó el impacto de una intervención educativa sobre las habilidades en comunicación de médicos residentes en pediatría.

Material y métodos: La formación incluyó dos ejercicios de simulación con juego de roles y una clase teórica. Se evaluaron las habilidades de comunicación durante los talleres usando la escala CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar, ayudar a actuar) antes y después de la clase en 39 residentes de pediatría. CICAA valora aspectos de la comunicación en la relación asistencial a través de la observación. Se aplicaron las pruebas de McNemar y Kruskal-Wallis para el análisis de datos.

Resultados: Excepto dos participantes, todos mejoraron en la escala CICAA en la medición final, reflejando un incremento en sus habilidades comunicativas.

Conclusión: Se observaron cambios favorables en las habilidades de comunicación de los participantes.

Palabras clave: Relación médico-paciente, Comunicación, Juego de roles, Educación médica

INTRODUCCIÓN

La comunicación en salud es crucial para la calidad asistencial, implicando habilidades tanto verbales como no verbales. Cuando es necesario comunicar una mala noticia, el acto adquiere otra trascendencia, porque supone una alteración drástica y negativa de las perspectivas de futuro del paciente, esto inevitablemente afecta al profesional. En el caso de pediatría se agrega una complejidad adicional dado que interviene la tríada paciente/padres/cuidadores. 1, 2

La formación en esta área es limitada y, en muchos casos, se adquiere observando a superiores. Si bien puede estar incluida en la currícula de grado, no se registra en la bibliografía capacitación práctica en habilidades de comunicación. Esta falta de capacitación formal ha sido ampliamente documentada; por ejemplo, estudios indican que muchos programas de formación médica no incluyen un currículo específico sobre habilidades comunicativas, lo que resulta en una preparación insuficiente para enfrentar situaciones complejas en la práctica clínica. 1, 2, 3, 4

Los talleres de comunicación son una herramienta efectiva para la formación continua, ya que integran componentes cognitivos, conductuales y afectivos, permitiendo a los participantes practicar lo aprendido a través de juegos de roles y explorar sus emociones. Estos talleres no solo desarrollan habilidades técnicas, sino que también fomentan un entorno donde los profesionales pueden reflexionar sobre sus propias emociones y respuestas ante situaciones difíciles. 3,5

La escala CICAA (Comunicación Interpersonal en Atención Asistencial) es un instrumento diseñado para evaluar aspectos esenciales de la comunicación en la relación asistencial mediante la observación. Este instrumento se aplica tanto con fines formativos como de investigación e incluye elementos comunicativos básicos que permiten desarrollar habilidades estratégicas necesarias para alcanzar tareas generales: “conectar”, “identificar y comprender problemas”, “acordar y ayudar a actuar”. Estas tareas son fundamentales para cualquier intervención en la relación asistencial y son evaluadas a través de criterios específicos que abordan tanto el contenido como el proceso comunicativo. 6 (Figura 1)

Figura 1. Escala CICAA. Instrumento diseñado para valorar la comunicación en la relación clínica entre un profesional de la salud y un paciente. Se basa en la observación externa del encuentro asistencial. Valora aspectos de tareas específicas como “conectar”, incluye aquello vinculado a la cortesía y uso del lenguaje no verbal; “identificar y comprender los problemas”, evalúa la reactividad del profesional, si facilita el discurso del paciente y utiliza preguntas abiertas, entre otras variables; “acordar”, considera si el profesional brinda información clara adaptada a las necesidades del pacientes y cómo maneja los desacuerdos que pudieran surgir en el encuentro; y finalmente “ayudar a actuar”, que incluye verificar la comprensión y acordar un plan de acción en común. Estas tareas constituyen objetivos generales a alcanzar para la comunicación efectiva.

Durante la observación de la situación clínica representada se asigna un puntaje específico a cada ítem definido en la escala (de 0 a 2 si el profesional logra escasamente o completamente el objetivo) y luego se realiza la suma del puntaje total.

En este estudio se comparó el puntaje total obtenido antes de cualquier intervención educativa y posterior a concurrir al taller práctico y recibir una clase teórica sobre comunicación.

TAREA 1.ª CONECTAR	Np		
	0	1	2
1.-¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?			
2.-¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?			
3.-¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?			
4.-¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?			
5.-¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?			
6.-¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?			
TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS			
7.-¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?			
8.-¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?			
9.-¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?			
10.-¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?			
11.-¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?			
12.-¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?			
13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?			
14.-¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?			
15.-¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?			
16.-¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?			
17.-¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?			
18.-¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?			
19.-¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?			
20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?			

TAREAS 3.º y 4.º ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	Np	0	1	2
21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente

He revisado la cumplimentación de todos los ítems _____

PUNTUACION TOTAL / n.º ítems con NP

La falta de enseñanza formal en comunicación ha llevado a que muchos médicos se sientan inseguros al abordar temas delicados como el diagnóstico de enfermedades graves o la entrega de malas noticias. La literatura destaca que los profesionales a menudo enfrentan sus propias emociones y temores al comunicar información difícil, lo que puede resultar en una interacción menos efectiva con los pacientes. Esto resalta la necesidad urgente de incorporar programas educativos que fortalezcan las habilidades comunicativas dentro del currículo médico. 2,3

Los espacios simulados de aprendizaje permiten realizar talleres de comunicación con la técnica de juego de roles, lo cual favorece la seguridad del paciente. 5 Sin embargo, hay escasez de experiencias con talleres vivenciales en comunicación. 7

En el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, el equipo de cuidados paliativos recibe numerosas consultas para dar soporte en la comunicación de malas noticias así como abordar otras dificultades en la comunicación. Ante la falta de formación formal en comunicación, se propuso un taller vivencial de dos encuentros centrándose en el juego de roles sobre casos clínicos.

Este estudio evaluó el impacto de una intervención educativa sobre las habilidades en comunicación de médicos residentes de pediatría luego de un taller teórico-práctico.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio tipo antes/después realizado en el centro de simulación del hospital durante el segundo semestre de 2023. Se incluyeron médicos residentes de pediatría de 1er a 4to año.

Todos dieron su consentimiento y se excluyeron a quienes no completaron la intervención.

El taller se basó en ejercicios de simulación a través de juego de roles, y el impacto se midió con la escala CICA. 6

Se realizaron cohortes de hasta 10 participantes por año de residencia quienes asistieron a 2 encuentros de 1,5 horas de duración, donde se trabajaron ejercicios de comunicación con complejidad creciente a mayor año de formación. En el grupo de residentes de tercer y cuarto año se trabajó sobre casos clínicos más complejos, donde debían abordar la sospecha de un diagnóstico de enfermedad oncológica, los primeros, y de recaída de enfermedad sin posibilidad de tratamiento curativo, los segundos.

Los encuentros fueron coordinados por 3 integrantes del equipo de cuidados paliativos (2 médicas y una trabajadora social). La estructura de los encuentros consistió en una parte introductoria donde se exploró la experiencia previa del grupo en la temática. Luego se explicaba la actividad, uno o dos coordinadores participaron representando el rol de pacientes o familiares, y el integrante restante del equipo investigador era quien evaluaba las habilidades a través de la escala CICAA. Al finalizar el juego de roles, se realizó en cada oportunidad un cierre e intercambio, donde se trabajó en relación al impacto emocional de la actividad en los participantes y en aspectos técnicos relacionados a la comunicación.

Entre ambos talleres transcurrieron 7 a 10 días para que los participantes pudieran acceder de forma asincrónica al material teórico sobre comunicación, el cual consistió en una clase grabada en video de 1 hora de duración donde se abordaron conceptos básicos sobre comunicación en salud y el protocolo SPIKES para la comunicación de malas noticias.⁸

La escala CICAA, se registró para cada participante en dos oportunidades, durante el juego de roles en el primer taller y posteriormente en el segundo, luego de haber accedido al material teórico.

Aspectos de la comunicación evaluados:

- Tarea 1. "Conectar": cortesía, lenguaje no verbal y cierre de entrevistas.
- Tarea 2. "Identificar y comprender problemas": facilita el discurso del otro y explora emociones.
- Tarea 3 y 4. "Acordar y ayudar a actuar": informa al otro y favorece la participación en las decisiones.⁶

Se consideró el puntaje global obtenido y se analizó el desempeño según el año de residencia. Se tomó 20 puntos como resultado mínimo esperado. La intervención se consideró válida si el 80 % de los sujetos obtenían 20 o más puntos en el segundo taller.

El análisis cualitativo se basó en las notas de campo relevadas durante la observación en los encuentros.

Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Niños Pedro de Elizalde

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se aplicó la prueba de McNemar para variables categóricas en muestras repetidas y pruebas de Wilcoxon de los signos para muestras pareadas (pre y post prueba), y de Kruskal Wallis para comparar grupos. Se consideró valor de $p < 0,05$. Se utilizó SPSS 20.0.

RESULTADOS

Fueron incluidos 39 sujetos (Tabla 1), 4 fueron excluidos por no completar el segundo taller. Si bien participaron en los talleres 70 médicos residentes de pediatría, por dificultades operativas no todos fueron incluidos en el estudio, pero sin embargo se favoreció que la mayor parte de médicos puedan participar de la experiencia. La distribución de los participantes incluidos por año de residencia fue: 1er

año 11 sujetos (mujeres en su totalidad); 2do año 8 (5 mujeres – 3 hombres), 3er año 7 (5 mujeres – 2 hombres) y 4to año 13 (7 mujeres – 6 hombres).

Tabla 1: Distribución de participantes de acuerdo al año de residencia

	Frecuencia	Porcentaje
1ro	11	28,2
2do	8	20,5
3ro	7	17,9
4to	13	33,3
Total	39	100,0

La mediana de puntaje fue 17 puntos en el primer encuentro, y 36 puntos en el segundo. Hubo 14 participantes con más de 20 preguntas correctas en el primer cuestionario vs. 31 en el segundo ($p < 0,001$). Solo 2 participantes disminuyeron su puntaje luego de la intervención, el resto mejoró ($p < 0,001$). (Tabla 2)

En ambos cuestionarios se observó mejor rendimiento en los años superiores ($p = 0,02$ y $p < 0,001$) (Figura 2)

Tabla 2: Evaluación del impacto de la intervención realizada, respuestas en ambos cuestionarios

	Cuestionario 1	Cuestionario 2	p
N	35	35	
Percentil 25	12 puntos	22 puntos	
Percentil 50	17 puntos	36 puntos	
Percentil 75	37 puntos	45 puntos	
Diferencias positivas		33	<0,001**
Diferencias negativas		2	
Preguntas correctas			
≤ 19 preguntas	21 sujetos	4 sujetos	>0,001***
≥ 20 preguntas	14 sujetos	31 sujetos	

INTERVENCIÓN*

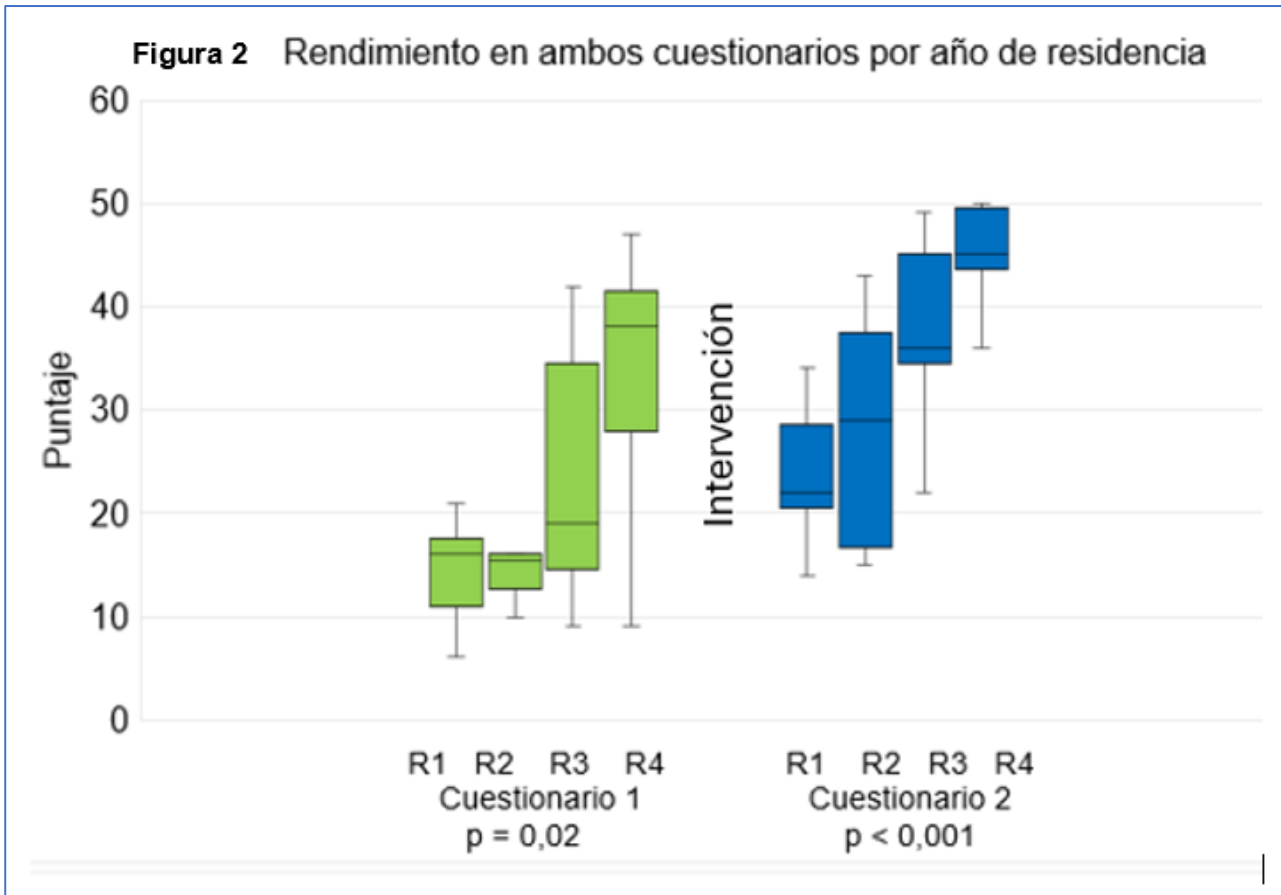
*2 talleres e información asincrónica

*prueba de Wilcoxon de rangos con signos para muestras relacionadas (diferencias positivas implica mayor puntaje en el segundo cuestionario, diferencia negativa implica menor puntaje)

**prueba de McNemar

Figura 2. Rendimiento en ambos cuestionarios por año de residencia.

La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis permite analizar si existen diferencias a nivel estadístico entre los grupos analizados, en este caso, cada año de residencia. Muestra la distribución del puntaje obtenido en los grupos de residentes de 1ro a 4to año. A mayor año de formación fue mayor el puntaje obtenido, esto da relevancia al recorrido asistencial sin embargo, pudo observarse en el estudio cómo esto no es suficiente para alcanzar la comunicación efectiva.



La intervención tuvo un impacto positivo con las habilidades de comunicación en los participantes en 33 de 35 sujetos 94,3 % (IC95% 81,3 – 98,4).

Análisis cualitativo del desempeño por tarea agrupando según año de residencia.

Los médicos residentes de primer año mostraron escasas habilidades en la tarea “conectar”, con un impacto importante de la intervención educativa en el segundo encuentro. Con respecto a la tarea “identificar y comprender problemas”, si bien mantuvieron contacto visual, en los otros ítems hubo escasos progresos, demostrando dificultades en la escucha de la problemática del paciente.

Finalmente, en la tarea “acordar y ayudar a actuar” pudieron demostrar progresos.

Los participantes de segundo año demostraron mayores recursos en su desempeño en la tarea 1, lo que se vincula con el desarrollo de su recorrido formativo. Con respecto a la tarea 2, si bien pudieron facilitar el discurso del otro y brindar escucha atenta, presentaron dificultades en el abordaje de las emociones. De la misma manera, en la tarea 3 mostraron habilidad para dar información de forma

clara, pero tienen dificultades para participar al otro en la toma de decisiones y también en el cierre de las entrevistas.

Los residentes de tercer año en relación a la tarea “conectar” tuvieron algunas dificultades para demostrar empatía en los momentos oportunos. En la tarea 2 se observa fuertemente el contacto visual durante la entrevista como práctica internalizada desde el inicio; pueden facilitar el discurso del otro, tienen mayor habilidad para explorar las emociones, pero observamos dificultad para utilizar preguntas abiertas. Finalmente, con respecto a la tarea 3, la dificultad aparece en relación a poder visibilizar las necesidades del otro y adaptar la información a ellas.

Los residentes de cuarto año tuvieron un desempeño muy bueno en la tarea 1, con dificultades similares en el uso de preguntas abiertas lo cual genera ciertas barreras en la posibilidad de explorar emociones. De cualquier manera, pudo objetivarse una mejoría en el desempeño en estos ítems en el segundo encuentro. En la última tarea que se evaluó la mayor parte de este grupo alcanzó un puntaje óptimo. Destacamos nuevamente la experticia que se va logrando con el recorrido profesional e historia vital de los participantes.

DISCUSIÓN

En medicina, la comunicación eficaz es un indicador de calidad, aunque es escasa la capacitación en la formación médica. Así lo demuestra la revisión de la bibliografía y los datos obtenidos en este estudio, donde la gran mayoría de los médicos residentes que participaron de los talleres de comunicación expresaron que no tuvieron ningún tipo de formación previa.^{6, 9, 10}

La mala comunicación impacta en las familias y en los profesionales. Al comunicar malas noticias, el equipo de salud enfrenta su propio conocimiento y emociones, temiendo ser valorado negativamente. Dada la falta de capacitación, se observan dificultades para transmitir información compleja con empatía y responder a las necesidades del paciente.¹¹

El trabajo en espacios simulados de aprendizaje busca favorecer la seguridad del paciente al permitir el entrenamiento del profesional en un ambiente recreado y seguro. La simulación clínica favorece la adquisición y perfeccionamiento de competencias y habilidades para el cuidado de la salud.¹²

El ejercicio de juego de roles ofrece el encuadre para que el profesional desarrolle la escena simulada y reciba retroalimentación del instructor y compañeros.¹³ Esta técnica “lleva la realidad a un aula” para estimular la exploración y comprensión del comportamiento.

Los casos clínicos trabajados en el juego de roles tenían complejidad creciente para dar relevancia al recorrido asistencial, el cual da experiencias enriquecedoras a los profesionales y sobre el cual se basa gran parte de su formación, pero que en el área de comunicación resulta insuficiente.⁴

Los resultados en los residentes de primer año sugieren que a menor año de residencia existe una actitud tecnicista y automatizada en la consulta que dificulta la comunicación.

Los residentes de segundo año demostraron dificultades para demostrar empatía y poder validar las emociones. La situación clínica que debían enfrentar en el juego de roles se vinculaba a la sospecha de una enfermedad oncológica; en el cierre de los encuentros, se abordaron los sentimientos emergentes y evidenciaron cómo la situación enfrentada en el ejercicio de simulación tenía impacto a nivel emocional, generándoles temor y tristeza.

El proceso de comunicación está determinado por las necesidades del paciente, su condición clínica y disposición para recibir información.

Entrenar a los profesionales de salud en estos términos es esencial, porque la discusión ya no es “decir o no decir”, sino tal como señala Bascuñan, “cómo compartir la información con el paciente”.¹¹ De allí la importancia de trabajar las propias emociones para poder responder a las necesidades del paciente y la familia en la relación de ayuda.¹⁴

El grupo de residentes de tercer y cuarto año, enfrentaron las situaciones de mayor complejidad. Si bien demostraron un gran desempeño en aspectos relacionados a la comunicación no verbal, como identificar ciertos gestos del paciente y brindar escucha atenta; tuvieron dificultad para propiciar la expresión de emociones, así como para utilizar preguntas abiertas. Esto último se mantuvo y fue uno de los ítems evaluados donde no pudieron demostrar progresos significativos.

Comunicar una mala noticia es un desafío porque el profesional debe nivelar verdad y esperanza. Por esto, es tan importante el proceso de acompañamiento con actitud abierta para la construcción de un saber común con la familia.^{15, 16}

Las dificultades para la comunicación de malas noticias se deben a que el profesional se acerca en dicho proceso al dolor y la muerte, instancias para las cuales no es adecuadamente capacitado en su formación y debe trabajar sobre sus propias creencias en relación al sufrimiento y la finitud.¹³

En la facultad de medicina se enseña cómo curar a las personas, pero poco se aborda cómo acompañar el proceso de una enfermedad incurable y la muerte. Esto genera en los médicos sentimientos de impotencia y frustración. Resulta imperativo trabajar sobre el cuidado de los profesionales porque para la comunicación efectiva, ellos son el instrumento y deberán enfrentar su propia afectividad, así como conectar con los sentimientos más profundos del otro.¹⁴

CONCLUSIÓN

Luego de la intervención se observaron mejoras en las habilidades de comunicación de los participantes.

El estudio permitió identificar las principales dificultades de los residentes en la comunicación, estimulando el desarrollo de programas basados en estos resultados.

Sin embargo, habilidades como empatía y validación de emociones requieren un entrenamiento intensivo y continuo que excede los objetivos del trabajo.

Entendemos que los aspectos de la comunicación asertiva inciden positivamente en la relación médico - paciente - familia y son parte constitutiva del plan terapéutico, por lo que mejorando los primeros podríamos ver un impacto positivo no solo en la experiencia del paciente, sino en su confianza y adherencia al tratamiento, así como también en la seguridad del personal de salud a la hora de desarrollar su tarea.

El uso de la metodología de juego de roles fue efectivo. Aportó experiencia vivencial de las situaciones clínicas que comprometen la subjetividad.

Los talleres de entrenamiento en comunicación ponen en la agenda institucional el tema, promoviendo formación continua, aportando herramientas, reflexión crítica y una visión humanizada sobre la enfermedad y el sufrimiento de las personas.

Agradecimientos

Dr Fernando Torres, integrante del Comité de Docencia e Investigación Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

BIBLIOGRAFIA

1. Alhassan, M. (2019). Effect of a 2-day communication skills training on nursing and midwifery students' empathy: a randomised controlled trial. *BMJ open*, 9(3).
2. Nikendei, C., Bosse, H. M., Hoffmann, K., Möltner, A., Hancke, R., Conrad, C., ... & Schultz, J. H. (2011). Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. *Patient education and counseling*, 82(1), 94-99.
3. Keir, A., & Wilkinson, D. (2013). Communication skills training in paediatrics. *Journal of paediatrics and child health*, 49(8), 624-628.
4. Ream, M., Albert, D. V., Lash, T., Verbeck, N., & Weisleder, P. (2021). Improving Child Neurology Residents' Communication Skills Through Objective Structured Clinical Exams. *MedEdPORTAL*, 17, 11120.
5. Tervajärvi, L., Hutri-Kähönen, N., & Rautiola, A. M. (2021). Student-LED interprofessional sequential simulation improves communication and teamwork. *Nurse Education in Practice*, 51, 102983.
6. Ruiz Moral R, y col. Escala "CICAA": escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Esteve (2007). Disponible en: https://www.esteveagora.com/GetFichero.do?con=67&zon=8&fichero=Ar_1_8_67_APR_1.pdf
7. Flores Funes D, Aguilar Jimenez J y col. ¿Comunicamos correctamente las malas noticias en medicina? Resultados de un taller de formación basado en videos y debriefing. *Educ Med*. 2020;21(2):118---122
8. Baile WF, Buckman R y col. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
9. Cofreces P y col. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4, pp. 19-34
10. Jones D. A Complete Medical Education Includes the Arts and Humanities. *Virtual Mentor American Medical Association Journal of Ethics* August 2014, Volume 16, Number 8: 636-641
11. Bascuñan ML y col. La comunicación de "malas noticias" en salud. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(4) 685-693
12. Dávila-Cervantes A. Simulación en educación médica. *Inv Ed Med* 2014;3(10):100-105
13. Kollmer Horton M. The orphan child: humanities in modern medical education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* (2019) 14:1
14. Bascuñan ML y col. La comunicación de "malas noticias" en salud. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(4) 685-693
15. Fallowfield L. y col. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004; 363(9405):312-9
16. Salinsky J. y col. *What are you feeling doctor?* 2000; UK, Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical press

Datos de Autor

Título

Evaluación del impacto de una intervención educativa en comunicación para médicos residentes de un hospital pediátrico

Autores:

Yazde Puleio María L(1), Alonso M Jimena(1), Otero Miriam(1), Aprea Valeria(1)

⁽¹⁾ Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos

Autor responsable: María L Yazde Puleio

Montes de Oca 40, C1270AAN, CABA.

Teléfono: 114 363 2100 Interno 6210 / 11 6 166 7181

pequeyazde@gmail.com; mariayazde@gmail.com

Afiliación: (1) Servicio de Cuidados Paliativos y Centro de Simulación Clínica. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Dirección Montes de Oca 40, Ciudad de Buenos Aires. 4363-2100 Interno 6210

Aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Dictamen 22 de Agosto de 2022. Registro Protocolos de Investigación Ciudad de Buenos Aires. Código de registro: 7771

Autoría: María L Yazde Puleio (pequeyazde@gmail.com) participó del diseño del estudio, recolección y análisis de datos así como de la redacción del manuscrito, Alonso M Jimena (mjimenaalonso@gmail.com) participó de la recolección y análisis de datos así como de la redacción del manuscrito, Otero Miriam (miriotero2017@gmail.com) participó de la recolección y análisis de datos así como de la redacción del manuscrito, Valeria Aprea (valeriaaprea37@gmail.com) participó del diseño del estudio y de la revisión crítica del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito y son responsables de todos sus aspectos.

MOTIVACIÓN ACADÉMICA Y ESTILOS ATRIBUCIONALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS: PRIMERA PARTE.

Lozano, Fabiana Ayelen; Paltenghi, Gastón Miguel.

RESUMEN

En estudiantes universitarios, la Motivación Académica y los Estilos Atribucionales son esenciales en este proceso. La motivación impulsa el comportamiento y está relacionada con el sistema cognitivo, mientras que los estilos atribucionales influyen en cómo los estudiantes interpretan sus éxitos y fracasos, afectando su rendimiento. Este estudio se enfoca en evaluar la motivación académica en estudiantes de Medicina durante 2024. Objetivo *general*: Evaluar la motivación académica y los estilos atribucionales en estudiantes de Medicina. Objetivos específicos: Medir la motivación académica con la subescala SEMAP-01, identificar el tipo predominante de motivación, comparar la motivación por año académico y conocer datos demográficos (edad, sexo) de los estudiantes encuestados de Medicina. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y transversal con 820 estudiantes la subescala SEMAP-01 de la escala CEAP48. Se analizó por tipo de motivación (profunda, rendimiento, superficial) y variables sociodemográficas. La Motivación Profunda predominó, seguida por la Motivación Superficial y por último la Motivación de Rendimiento. La motivación profunda refleja el interés intrínseco en el aprendizaje, la motivación superficial varió, siendo más alta en el cuarto año, mientras que la motivación de rendimiento se mantuvo baja y estable. El estudio ofrece perspectivas para mejorar el entorno de aprendizaje en medicina. Palabras claves: Motivación, estilos atribucionales, estudiantes universitarios, psicología, Medicina.

INTRODUCCIÓN

En el contexto educativo universitario, la meta primordial del estudiante es lograr la graduación. La educación universitaria actual se enfoca en que los mismos logren aprender de manera independiente y desarrollen una actitud crítica que les permita adaptarse a un mundo en constante cambio. Para alcanzar este propósito, es fundamental contar con diversas herramientas, siendo la motivación y los estilos atribucionales dos de las más importantes.

En la actualidad las instituciones de educación superior se enfrentan con desafíos en el proceso de aprendizaje, influenciados por un entorno dinámico y cambiante. La incorporación de tecnologías digitales y la preferencia por realizar múltiples tareas de forma simultánea han transformado el entorno educativo, lo que puede influir significativamente en la motivación universitaria a lo largo del tiempo

Los autores Campos Doria y Díaz Ramírez (1) indican sobre “Motivación humana” que para comprender el comportamiento humano es elemental conocer la motivación humana. El concepto de motivación se ha utilizado con diferentes sentidos. En general, el motivo es el impulso que lleva a la persona a actuar de determinada manera, es decir, que da origen a un comportamiento específico. Este impulso a la acción puede ser provocado por un estímulo externo, que proviene del ambiente, o generado internamente por procesos mentales del individuo. En este aspecto, la motivación se relaciona con el sistema de cognición del individuo. Cognición o conocimiento representa lo que las personas saben respecto de sí mismos y del ambiente que las rodea. El sistema cognitivo de cada persona incluye sus valores personales y está profundamente influido por su ambiente físico y social, su estructura y procesos fisiológicos, y sus necesidades y experiencias previas. En consecuencia, todos los actos del individuo están guiados por su cognición, por lo que siente, piensa y cree.

Los estilos atribucionales, por otro lado, se refieren a cómo interpretan y explican las causas de sus éxitos y fracasos académicos. Ya desde 1985, se explica que los estilos pueden influir significativamente

en su motivación y rendimiento. Cuando los estilos atribucionales son positivos, tienden a atribuir sus éxitos a factores internos y controlables, como el esfuerzo y la habilidad, lo que a su vez refuerza su motivación y persistencia (2).

Aún con estos conocimientos, hasta la fecha, no existen datos certificados sobre la motivación académica y los estilos atribucionales de los estudiantes pertenecientes a la carrera de Medicina de la institución que es objeto de estudio de este trabajo.

Este trabajo se dividirá en dos partes, presentándose aquí la primera parte evaluando la motivación académica.

Esta investigación busca no solo describir el estado actual de la motivación estudiantil, sino también ofrecer soluciones prácticas tomando como reparo a que la asocian, para fomentar un entorno de aprendizaje más efectivo y comprometido.

Objetivo general:

- Evaluar la motivación y los estilos atribuciones que presentan los estudiantes de la carrera de Medicina.

Objetivos específicos:

- Determinar el tipo predominante de motivación (profunda, de rendimiento, superficial) que representa la carrera.
- Comparar el tipo de motivación académica según los diferentes años académicos.
- Conocer datos demográficos (edad, sexo) de los estudiantes encuestados de Medicina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo psicométrico, elaborado mediante un diseño observacional, descriptivo, transversal a lo largo del año 2024.

Población: La población de este estudio estuvo compuesta por estudiantes de la carrera de Medicina que se encontraban matriculados en la Facultad. La muestra que se utilizó en la investigación constó de 820 estudiantes, seleccionados mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión consistieron en: a) edades comprendidas entre 17 y 80 años y; b) estudiantes pertenecientes a los años académicos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º y Prácticas Finales Obligatorias. El criterio de exclusión fue: a) estudiantes que no respondieron completamente la escala utilizada en la investigación. Cabe destacar que la participación en la encuesta fue voluntaria y no todos los estudiantes inscriptos participaron en la investigación.

Recopilación de datos: Los datos se obtuvieron a través de una encuesta realizada utilizando Google Forms. Posteriormente, la información se clasificó según la edad, el sexo y el año académico de los participantes.

Instrumento: Se utilizó un instrumento psicométrico diseñado específicamente para evaluar la motivación académica relacionada con las metas académicas en estudiantes universitarios. (3).

Procedimiento: En el año 2023, se realizó una prueba piloto como antecedente para evaluar cómo responderían los estudiantes ante la investigación. Esta prueba piloto permitió ajustar y perfeccionar el método de recolección de datos antes de llevar a cabo el estudio completo. Para el trabajo se utilizó la Escala CEAP48, que presenta dos subescalas: SEMAP-01 (Motivación Académica) y SEAT-01 (Estilos Atribucionales). En el presente trabajo, solo se presentará la subescala SEMAP-01, ya que fue administrada durante el primer cuatrimestre, mientras que la subescala SEAT-01 comenzará a aplicarse al inicio del segundo cuatrimestre. Ambas encuestas se llevan a cabo a través de Google Forms. En cada formulario se integró un consentimiento informado y las instrucciones requeridas para responder.

Además, se indicó que la colaboración era voluntaria y anónima, garantizando la confidencialidad de la información suministrada por los estudiantes.

Análisis de datos: La escala SEMAP-01 consta de 23 preguntas, cada una distribuida en tres tipos de motivación: motivación profunda (MP), motivación de rendimiento (MR) y motivación superficial (MS). Cada pregunta se evaluó utilizando una escala Likert determinando los grados de acuerdo: total desacuerdo, muy en desacuerdo, desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo y totalmente de acuerdo. Los ítems se distribuyeron de la siguiente manera: MP: Ítems 2, 5, 7, 10, 13, 19 y 16. MR: Ítems 3, 11, 12, 14, 17, 20, 21 y 22. MS: Ítems 1, 4, 6, 8, 9, 15, 18 y 23.

El análisis de datos se realizó mediante los siguientes pasos: primeramente, se calculó el promedio de las respuestas obtenidas en la escala Likert para cada pregunta. Posteriormente, se sumaron los promedios de las preguntas correspondientes a cada tipo de motivación para evaluar cuál alcanzó el puntaje más alto. Se procedió a realizar un análisis global donde se sumaron los promedios de todas las preguntas pertenecientes a cada tipo de motivación considerando todos los años académicos combinados, proporcionando de esta manera, una visión general de la motivación en toda la muestra. Para finalizar, se procedió a análisis por año académico a través del cálculo de promedios y suma de promedios para cada año académico por separado, facilitando la identificación de las diferencias en la motivación entre los estudiantes de distintos años.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 820 encuestas de estudiantes de diversos ciclos de la carrera de Medicina. De estos, 634 participantes fueron mujeres (77.3%), 184 hombres (22.4%) y 2 prefirieron no declarar su sexo (0.2%). Este resultado refleja una mayor participación femenina tanto en la carrera como en la muestra específica de este estudio, una tendencia consistente a lo largo de los diferentes años académicos. Las edades de los encuestados varían entre 17 y 60 años, distribuidas de la siguiente manera: el 86,95% tiene entre 17 y 25 años, el 10,73% entre 26 y 35 años, el 1,82% entre 36 y 45 años, y el 0,36% entre 46 y 60 años. Los rangos de edad más altos se observan en los últimos años de la carrera y en la Práctica Final Obligatoria (PFO), lo cual es esperable ya que los estudiantes en estas etapas tienden a tener más años de experiencia educativa. Tabla 1

Tabla 1. Total, sexo y edad, según año académico.

Año académico	Total			Sexo						Edad
	Inscriptos	Encuestados	%	Femenino	%	Masculino	%	Prefiero no decirlo	%	Rangos (años)
1°	428	203	47,4	163	80,2	39	19,2	1	0,5	47-17
2°	279	239	85,6	197	82,4	41	17,1	1	0,4	40-18
3°	214	122	57,0	93	76,2	29	23,7	0	0	37-18
4°	243	121	49,7	85	70,2	36	29,7	0	0	36-20
5°	164	81	49,3	56	69,1	25	30,8	0	0	60-21
PFO	66	54	81,8	40	74,0	14	25,9	0	0	48-22
Total	1394	820	58,8	634	77,3	184	22,4	2	0,2	

Fuente: Elaboración propia.

Al sumar el promedio de respuestas según cada pregunta correspondiente a los diferentes tipos de motivación, se obtuvieron los siguientes datos:

- MP 38,6 puntos.
- MS: 35,1 puntos.

MR 33,3 puntos.

Estos resultados indican que la MP fue predominante entre los estudiantes, lo que sugiere que la mayoría de los mismos, están motivados por el interés intrínseco y la comprensión del material académico. La MS se posicionó en segundo lugar, reflejando a aquellos individuos que estudian principalmente para evitar el fracaso o cumplir con los requisitos académicos mínimos. Por último, la MR obtuvo el menor promedio, indicando que un número demostrativo están enfocados en obtener buenas calificaciones y reconocimiento. Tabla 2

Tabla 2. Tipo de motivación según año académico.

Año académico	Tipo de motivación		
	Profunda	Rendimiento	Superficial
1°	38	35	37
2°	39	33	35
3°	38	33	35
4°	39	33	37
5°	39	33	35
PFO	39	33	32
Promedio	38,6	33,3	35,1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Grado de acuerdo según año y tipo de motivación.

Año académico y tipo de motivación		% de desacuerdo	% de indiferente	% de acuerdo
1°	MP	4	11	84
	MR	28	21	50
	MS	25	16	59
2°	MP	4	9	87
	MR	29	24	48
	MS	31	18	51
3°	MP	5	11	84
	MR	31	20	49
	MS	33	13	54
4°	MP	2	11	87
	MR	24	22	53
	MS	20	15	65
5°	MP	4	8	88
	MR	32	22	46
	MS	33	15	52
PFO	MP	3	7	90
	MR	30	25	45
	MS	41	16	43

Fuente: Elaboración propia (leer por fila).

Primer año: mostró una tendencia hacia la MP, con 38 puntos, seguida de la MS con 37 puntos y la MR con 35 puntos. Se observó una fuerte inclinación hacia la MP, con un 84% de acuerdo, lo que sugirió que la mayoría estaba motivada por un interés genuino en el aprendizaje y la comprensión. La MS mostró un 59% de acuerdo, lo que indicó que una parte significativa de los estudiantes estudiaba principalmente para cumplir con los requisitos mínimos y evitar el fracaso. La MR tuvo un menor acuerdo comparado con la MP, con un 50%. No obstante, aunque un número considerable de estudiantes se enfocaron en obtener buenas calificaciones, hubo una mayor diversidad en las respuestas. Segundo año: la MP continuó siendo alta, con un 87% de acuerdo, lo que sugirió un incremento en el interés intrínseco a medida que avanzaban en su carrera. La MS tuvo un 51% de acuerdo, similar al primer año, señalando la presencia de un número significativo de estudiantes enfocados en cumplir con los requisitos mínimos para lograr avanzar en la carrera. La MR presentó un ligero descenso en el acuerdo (48%), lo que podría haber reflejado un mayor enfoque en la comprensión en lugar de solo obtener buenas calificaciones. Tercer año: conservó un alto nivel de MP (84%), similar al primer año, reflejando una estabilización en su interés académico. La MS tuvo un ligero incremento en el acuerdo (54%), lo que pudo indicar una mayor presión académica. La MR continuó con los valores menores (49%), indicando un continuo enfoque en la comprensión. Cuarto año: la MP continuó siendo alta (87%), lo que sugirió una consolidación del interés intrínseco. La MS mostró un aumento significativo en el acuerdo (65%), lo que podría haber indicado una mayor presión académica en este nivel. La MR tuvo un leve incremento en el acuerdo (53%), reflejando un balance entre la comprensión y la búsqueda de buenas calificaciones. Quinto año: mostró una alta MP (88%), similar a los años anteriores. La MS tuvo un ligero incremento en el acuerdo (52%), reflejando una presión académica moderada. La MR siguió siendo menor (46%), indicando un continuo enfoque en la comprensión del material. Práctica Final Obligatoria (PFO): la MP alcanzó los valores más altos (90%), evidenciando una fuerte consolidación del interés intrínseco en esta etapa final de la carrera. La MR, con un 45%, indicó una disminución en la importancia atribuida a obtener buenas calificaciones. La MS fue del 43%, reflejando una menor presión académica en comparación con los otros años.

DISCUSIÓN

El estudio sobre la motivación académica de los estudiantes de Medicina durante el primer cuatrimestre de 2024 reveló importantes patrones y tendencias en los tipos de motivación a lo largo de los años académicos.

La MP predominó en todos los años académicos, con una tendencia notablemente alta en los primeros años y una estabilidad general en los años siguientes. Este patrón sugirió que los estudiantes, al inicio de su carrera, estuvieron impulsados principalmente por un deseo genuino de comprender y dominar el contenido académico. A medida que avanzaron en su formación, la motivación profunda siguió siendo significativa, indicando una consolidación del interés intrínseco en el campo de la Medicina.

La MS mostró variaciones a lo largo de los años académicos. Aunque fue alta en los primeros años, hubo un incremento notable en el cuarto año, lo que podría estar relacionado con el aumento de las responsabilidades, ya que en esta instancia los estudiantes comienzan a cursar dos Áreas simultáneamente. Esta tendencia sugirió que los estudiantes podrían haber empezado a adoptar una orientación más superficial hacia el estudio, posiblemente como una estrategia para manejar la carga académica. En el quinto año y en la Práctica Final Obligatoria (PFO), la motivación superficial mostró una ligera disminución, lo que podría indicar una mayor consolidación en el interés académico intrínseco al acercarse al final de la carrera.

La MR presentó un patrón de menor consistencia en comparación con la motivación profunda y superficial. A pesar de que los niveles fueron relativamente estables, hubo una disminución en el acuerdo con la motivación de rendimiento a lo largo de los años. Este hallazgo puede haber sugerido que, a medida que los estudiantes avanzaron en su formación, el enfoque en obtener calificaciones y reconocimiento se volvió menos predominante en comparación con el deseo de comprensión profunda del contenido académico.

El análisis de las variables sociodemográficas no mostró que la distribución de la motivación estuvo influenciada por el sexo, solo se ha limitado al análisis por nivel. Aun así, en el próximo estudio se buscará correlacionar las respuestas obtenidas sobre motivación y estilos atribuciones según el sexo y la edad.

Limitaciones: La presente investigación presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. La participación en la encuesta fue voluntaria, lo que podría haber introducido un sesgo de autoselección. Los estudiantes más motivados o interesados en el tema podrían haber sido más propensos a responder, lo que podría no reflejar la motivación académica de toda la población estudiantil. Aunque la muestra incluyó a 820 estudiantes, no todos los estudiantes matriculados participaron en la encuesta, lo que puede limitar la representatividad de los resultados y su generalización a toda la población de estudiantes de Medicina. Además, no se logró verificar la antigüedad de años que cada estudiante lleva en la carrera, lo que podría haber proporcionado una perspectiva importante sobre la trayectoria académica de los participantes. La motivación académica puede estar influenciada por diversos factores contextuales y personales, como el ambiente familiar, las experiencias previas y las expectativas laborales, entre otros, que no se contemplaron en esta investigación. Se puede considerar, si la encuesta no es anónima en un segundo momento del estudio, realizar un análisis exploratorio de porque no están motivados quienes no lo estén o que motiva a los que sí lo están; ambos caminos serían útiles para la toma de decisiones de quienes trabajan para mantenerlos dentro. En relación a presentar solo una subescala (SEMAP-01) en este trabajo, los resultados podrían no capturar completamente todos los aspectos de la motivación académica. Finalmente, es importante tener en cuenta estas limitaciones al interpretar los resultados y conclusiones de este estudio, ya que pueden influir en la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o contextos específicos.

Conclusiones

Este estudio proporcionó una visión integral de la motivación académica en los estudiantes de Medicina y ofreció una base para el desarrollo de estrategias educativas más efectivas y adaptadas a las necesidades de los estudiantes en cada etapa de su formación. Cabe destacar que este trabajo constó de dos partes. La primera de ellas fue la abordada en esta exposición, donde se evaluaron los tipos de motivación. La segunda parte del estudio continuará con una evaluación de los estilos atribucionales y cómo estos influyen en los resultados académicos de los estudiantes. Esto permitirá una comprensión más profunda de los factores que afectan la motivación y el rendimiento, y contribuirá al desarrollo de estrategias pedagógicas más completas y efectivas. En base a la información obtenida en este estudio, se propuso continuar con la línea de investigación abordando las limitaciones mencionadas mediante un diseño longitudinal, la inclusión de medidas adicionales de control, o la ampliación de la muestra y la representatividad.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos Doria, A., Díaz-Ramírez, J. A., & colaboradores. (2003). *Motivación humana*. Editorial Científica.
2. Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4>.
3. Barca Lozano, A., Porto Rioboo, A., Santorum Paz, R., Brenlla, J. C., Morán Fraga, H., & Barca Enríquez, E. (s.f.). *La escala CEAP48: Un instrumento de evaluación de la motivación académica y atribuciones causales para el alumnado de enseñanza secundaria y universitaria de Galicia*. Universidade da Coruña y Departamento de Orientación de FP.

Datos de Autor

Título

Motivación académica y estilos atribucionales en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Entre Ríos: Primera parte.

Autores

Lozano, Fabiana Ayelen

Paltenghi, Gastón Miguel.

Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Ciencias de la Salud.

Fabiana.lozano@uner.edu.ar

TRANSFORMANDO LA COMUNICACIÓN CON SIMULACIÓN CLÍNICA

Entrenamiento basado en Spikes

Rollan; Santiago

RESUMEN

La comunicación de malas noticias es una de las tareas más desafiantes para los profesionales de la salud. Este artículo revisa el entrenamiento en la comunicación de malas noticias, con enfoque en el protocolo SPIKES, ampliamente utilizado para estructurar este tipo de interacciones. Además, se explora el rol de la Simulación Clínica como herramienta educativa para mejorar las habilidades comunicacionales de los profesionales de la Salud. A través de la revisión de la literatura, se demuestra que la combinación del protocolo SPIKES con la Simulación Clínica ofrece un método eficaz para preparar a los profesionales para enfrentar situaciones difíciles, mejorando la experiencia tanto del profesional como del paciente.

Palabras clave: comunicación, simulación clínica, malas noticias, educación en Salud.

Abstract

Delivering bad news is one of the most challenging tasks for healthcare professionals. This article reviews the training in bad news communication, focusing on the SPIKES protocol, which is widely used to structure such interactions. Additionally, the role of Clinical Simulation as an educational tool to enhance the communication skills of healthcare professionals is explored. Through a literature review, it is demonstrated that the combination of the SPIKES protocol with Clinical Simulation offers an effective method to prepare professionals to face difficult situations, improving the experience for both the professional and the patient.

Key words: communication, simulation training, truth disclosure, health education.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es un pilar fundamental en las Ciencias de la Salud, especialmente cuando se trata de transmitir malas noticias. Los profesionales se enfrentan a la difícil tarea de comunicar diagnósticos, pronósticos y tratamientos que pueden alterar drásticamente la perspectiva de los pacientes sobre su futuro. Estudios han demostrado que una comunicación ineficaz en estos contextos puede tener un impacto negativo a largo plazo en la relación médico-paciente y en la adherencia al tratamiento (1).

El protocolo SPIKES, desarrollado por Buckman y colaboradores, se ha convertido en una herramienta central para guiar a los profesionales en la comunicación de malas noticias. Este protocolo se centra en seis pasos clave que ayudan a estructurar la interacción, permitiendo un enfoque más empático y efectivo (2,3).

Sin embargo, la complejidad de estas situaciones requiere más que una comprensión teórica del protocolo. Aquí es donde la Simulación Clínica se presenta como una herramienta educativa poderosa. La Simulación permite a los profesionales practicar y perfeccionar sus habilidades en un entorno seguro, sin el riesgo de causar daño emocional al paciente (4,5).

Definiendo 'Malas noticias'

Es importante definir el elemento central de las malas noticias, es decir, tratar de identificar qué las hace tan malas para el paciente. Básicamente, el impacto de las malas noticias es proporcional a su efecto en cambiar las expectativas del paciente. De hecho, una definición práctica de malas noticias es "cualquier noticia que afecte adversa y seriamente la visión que un individuo tiene sobre su futuro" (6). Todas las malas noticias, por lo tanto, tienen graves consecuencias adversas para los pacientes y las familias (7,8).

Imagen 1. Comunicando malas noticias.



Protocolo SPIKES

Fundamentos y aplicación

El protocolo SPIKES es una metodología estructurada que guía a los profesionales de la salud a través del proceso delicado de comunicar malas noticias a los pacientes (2). Se compone de seis etapas fundamentales:

1. **Setting (Preparación):** Antes de iniciar la conversación, es esencial establecer un entorno adecuado. Esto incluye seleccionar un lugar privado, asegurarse de que haya tiempo suficiente para la discusión, y evitar interrupciones. La preparación también implica preparar mentalmente al profesional para ofrecer apoyo emocional al paciente.
2. **Perception (Percepción):** En esta etapa, el profesional evalúa la comprensión que el paciente tiene sobre su situación médica. Es crucial determinar si el paciente tiene sospechas sobre su

- diagnóstico o si está en negación. Esta evaluación permite al profesional adaptar la comunicación a las necesidades cognitivas y emocionales del paciente.
3. Invitation (Invitación): El siguiente paso es invitar al paciente a expresar cuánto desea saber sobre su situación. Algunos pacientes prefieren recibir información completa, mientras que otros pueden desear que se les comunique de manera más gradual. Respetar las preferencias del paciente en cuanto a la cantidad de información es fundamental para establecer una relación de confianza.
 4. Knowledge (Conocimiento): La transmisión de la información médica debe ser clara y concisa, evitando tecnicismos que el paciente pueda no entender. Es recomendable proporcionar la información en pequeñas dosis, permitiendo que el paciente procese cada parte antes de continuar. Durante este proceso, es importante observar las reacciones del paciente y estar dispuesto a detenerse para responder preguntas o abordar sus emociones.
 5. Emotion (Emoción): Las reacciones emocionales del paciente, como el llanto, la ira o la negación, deben ser manejadas con empatía. El profesional debe reconocer y validar las emociones del paciente, mostrando comprensión y apoyo. Esta etapa es crucial para mantener una comunicación abierta y efectiva, y para fortalecer la relación terapéutica.
 6. Summary and strategy (Resumen y planificación): Finalmente, se debe resumir lo discutido y establecer un plan de acción claro. Este paso ayuda a reducir la ansiedad del paciente al proporcionarle una hoja de ruta para los próximos pasos. La planificación también incluye ofrecer apoyo continuo y recursos adicionales, como la participación de un trabajador social, terapia psicológica o la recomendación de grupos de apoyo.

Tabla 1. Fases del protocolo SPIKES.

	Fases del protocolo	Acciones
S	Entorno (Setting)	Elegir un lugar tranquilo y asegurarse de que no haya interrupciones.
P	Percepción (Perception)	Preguntar al paciente que sabe sobre su condición antes de dar más información.
I	Invitación (Invitation)	Preguntar al paciente cuánto desea saber sobre su situación médica.
K	Conocimiento (Knowledge)	Explicar el diagnóstico usando un lenguaje claro, verificando que el paciente lo entienda.
E	Emoción (Emotion)	Reconocer y validar las emociones del paciente, ofreciendo apoyo.
S	Resumen y planificación (Summary/Strategy)	Reconocer los próximos pasos y asegurarse de que el paciente sepa qué esperar.

Dado que el protocolo SPIKES requiere una preparación meticulosa para cada una de sus fases, la Simulación Clínica emerge como una herramienta clave para entrenar a los profesionales en este enfoque.

Rol de la Simulación Clínica en el entrenamiento de la comunicación

La Simulación Clínica puede ser definida de varias maneras:

- Técnica que recrea una situación que permite a las personas experimentar la representación de un evento real para aprender, entrenar, evaluar, poner a prueba o mejorar el entendimiento de sistemas o comportamientos humanos (9).
- Una pedagogía que utiliza una o más tipologías para promover, mejorar o validar la progresión de un participante de novato a experto (10).
- Una técnica educativa que reemplaza o amplifica experiencias reales con experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real de manera completamente interactiva (11).

La Simulación Clínica ha demostrado ser una herramienta invaluable en el entrenamiento de habilidades comunicacionales. Esta metodología permite a los profesionales de la salud practicar escenarios difíciles en un entorno controlado y seguro (4). A diferencia de otros métodos de enseñanza, la Simulación ofrece la posibilidad de repetir situaciones, recibir retroalimentación inmediata y reflexionar sobre el desempeño a través del *debriefing* (5).

La Simulación también facilita el desarrollo de habilidades no técnicas, como la empatía, el trabajo en equipo y la toma de decisiones, que son esenciales para una comunicación efectiva (4). Algunos estudios han demostrado que la formación basada en Simulación Clínica mejora significativamente las habilidades de comunicación en estudiantes y profesionales de la salud, aumentando su confianza y competencia en situaciones reales (5).

Pacientes estandarizados como un recurso clave

Los pacientes estandarizados son actores y actrices capacitados que interpretan de manera realista el rol de un paciente en un escenario clínico simulado. Su uso en la Simulación Clínica proporciona una oportunidad única para que los profesionales de la Salud practiquen y refinen sus habilidades comunicacionales en un entorno controlado pero realista. Según los Estándares de Buenas Prácticas de la Asociación de Educadores de Pacientes Estandarizados (ASPE), los pacientes estandarizados pueden ofrecer retroalimentación desde la perspectiva del paciente, lo que enriquece el aprendizaje al destacar cómo las acciones y comportamientos del profesional afectan la experiencia del paciente (12).

El uso de pacientes estandarizados permite la repetición de escenarios, lo que es fundamental para lograr la estandarización en la enseñanza y evaluación de competencias. Además, estos pacientes pueden proporcionar una evaluación objetiva y estandarizada del desempeño del participante, lo que es crucial en entornos educativos y evaluativos formales (12). Este enfoque asegura que los estudiantes y profesionales reciban una retroalimentación coherente y precisa, basada en una representación controlada y repetible del comportamiento del paciente.

Competencias en comunicación y habilidades interpersonales

La importancia de la comunicación y las habilidades interpersonales en la práctica médica ha sido ampliamente reconocida. Según el informe Kalamazoo II, la competencia en estas áreas es esencial para establecer relaciones terapéuticas efectivas, manejar la ansiedad de los pacientes y facilitar el proceso de toma de decisiones (13). La evaluación de estas competencias se ha convertido en un requisito para la acreditación de programas de residencia y la certificación de médicos. Las herramientas utilizadas para evaluar estas competencias incluyen listas de verificación o listas de cotejo de comportamientos observados durante interacciones con pacientes estandarizados o simulados, encuestas de experiencias de los pacientes y evaluaciones orales o escritas.

El enfoque en la evaluación y mejora continua de estas habilidades es crucial, ya que las competencias comunicacionales no solo afectan la satisfacción del paciente, sino también el propio estado emocional de los profesionales tras entregar malas noticias (13). La incorporación de métodos de evaluación estandarizados, como el uso de pacientes estandarizados y simulaciones, ha demostrado ser eficaz para mejorar estas habilidades en todos los niveles de la formación médica (14).

Impacto de la Comunicación en Cuidados Intensivos y otras disciplinas

En entornos de cuidados intensivos, la comunicación adquiere una dimensión crítica, ya que los pacientes y sus familias suelen enfrentar situaciones de vida o muerte. García Díaz destaca que la manera en que se comunican las malas noticias en estos entornos puede tener un impacto duradero en los receptores. A menudo, los profesionales de la Salud subestiman la importancia de la comunicación efectiva en cuidados críticos, considerándola una competencia menor en comparación con las habilidades técnicas. Sin embargo, las consecuencias de una mala comunicación pueden incluir desde la pérdida de confianza hasta quejas formales y demandas legales (15).

Asimismo, otros estudios destacan que el protocolo SPIKES también se ha aplicado con éxito en Oncología, Obstetricia y Emergencias, áreas en las que la comunicación de malas noticias es igualmente crucial (16). Oncología fue la especialidad original en la que se desarrolló el protocolo SPIKES, diseñado para comunicar diagnósticos y malas noticias a pacientes con este tipo de enfermedades. En Emergencias, el protocolo SPIKES ha sido usado para capacitar a profesionales en la comunicación de noticias, especialmente en situaciones críticas. En menor medida, Anestesiología y Medicina Interna también se han beneficiado de las intervenciones basadas en SPIKES para mejorar la interacción con pacientes y familiares en momentos cruciales de la atención. Ampliar el análisis para incluir estas disciplinas permite reflejar la versatilidad del protocolo en distintos contextos clínicos, resaltando su aplicabilidad en áreas como la Obstetricia, donde su uso puede ser igualmente significativo.

Errores comunes en la comunicación de malas noticias

Comunicar malas noticias es una tarea compleja que puede estar llena de errores si no se maneja adecuadamente. Novo Rodríguez et al. (2012) identifican varias estrategias erróneas que deben evitarse durante estas conversaciones, como no valorar el entorno ni el momento, crear seguridades prematuras sin fundamento clínico, o utilizar tecnicismos que dificultan la comprensión del paciente. Estos errores no solo deterioran la relación médico-paciente, sino que también pueden aumentar la ansiedad y la incomodidad del paciente durante un momento ya de por sí difícil (17).

Las 13 estrategias erróneas identificadas enumeran en la tabla 2.

Tabla 2. Estrategias erróneas.

1. No valorar el entorno ni el momento adecuado: Comunicar malas noticias en un ambiente inapropiado o en un momento inoportuno puede ser perjudicial.
2. Considerar a la familia como interlocutora excluyendo al paciente: El paciente debe ser el principal receptor de la información, excepto en casos específicos justificados.
3. Crear seguridades prematuras sin fundamento: Prometer resultados positivos sin base clínica puede generar desconfianza si la situación empeora.
4. Presuponer lo que el paciente sabe: Es fundamental conocer el nivel de información del paciente antes de explicar la situación.
5. Presuponer lo que el paciente quiere saber: Cada paciente tiene diferentes necesidades y deseos de información, y estas deben ser respetadas.
6. Considerar que dar información es el único objetivo: La información debe ayudar al paciente a comprender y afrontar su situación.
7. Pensar que más información es mejor: Excesiva información puede ser perjudicial; es necesario ajustar la cantidad de información a las necesidades del paciente.
8. Utilizar palabras con alto contenido emocional: Términos como "cáncer" o "incurable" pueden bloquear la comprensión del paciente.
9. Usar tecnicismos: El lenguaje debe ser claro y accesible para el paciente.
10. Tener prisa: Dedicar el tiempo necesario es esencial para que el paciente asimile la información.
11. Creer que la información dada ha sido comprendida: Es importante asegurarse de que el paciente haya entendido la información.
12. Esquivar la expresión de emociones: Validar las emociones del paciente es parte de la atención adecuada.
13. Dejar al paciente sin esperanza: Aunque las noticias sean adversas, siempre se puede ofrecer algún tipo de esperanza realista, ya sea en el alivio de síntomas o el apoyo emocional.

La correcta aplicación de un modelo estructurado como SPIKES, junto con el uso de la Simulación Clínica y los pacientes estandarizados, ayuda a los profesionales a evitar estos errores, proporcionando una comunicación más clara, efectiva y empática.

Tabla 3. Errores comunes vs. Buenas prácticas.

Errores Comunes	Buenas Prácticas
No preparar el entorno	Asegurar un ambiente privado y libre de interrupciones
Usar tecnicismos	Usar un lenguaje simple y comprensible
Interrumpir al paciente	Permitir que el paciente exprese sus emociones sin interrupciones
Dar falsas esperanzas	Ser honesto y claro, evitando generar expectativas irreales

Enseñanza y evaluación en programas de Residencias

El artículo de Chhab et al. (2022) describe un programa de enseñanza y evaluación de competencias comunicacionales en una residencia de pediatría, que puede servir como modelo para otras especialidades. Este programa incluye módulos secuenciales de complejidad creciente, talleres interactivos, y simulaciones de alta fidelidad con pacientes estandarizados. La evaluación se realiza mediante el Examen Clínico Estructurado y Objetivo (ECEO), que utiliza actores para simular casos clínicos y evalúa el desempeño de los residentes en comunicación a través de una escala estandarizada (18).

Este enfoque estructurado no solo mejora las habilidades de comunicación, sino que también proporciona una evaluación objetiva y repetible, permitiendo a los residentes recibir retroalimentación precisa y mejorar continuamente sus habilidades. El éxito de este programa destaca la importancia de integrar la enseñanza de la comunicación en el currículo de formación médica desde etapas tempranas, asegurando que los futuros profesionales estén mejor preparados para enfrentar situaciones desafiantes en su práctica clínica.

Experiencias con estudiantes de grado

Un estudio reciente realizado en Brasil confirma la eficacia del protocolo SPIKES en la formación de estudiantes de Ciencias de la Salud. Un análisis de la percepción de estudiantes de Medicina demostró que la Simulación Clínica no solo incrementa la confianza y seguridad de los participantes al comunicar malas noticias, sino que también les permite reflexionar sobre el proceso comunicacional, mejorando su desempeño en sucesivos ejercicios prácticos (19). Este estudio contribuye al creciente cuerpo de evidencia que respalda el uso de la simulación y protocolos estructurados, como SPIKES, para mejorar

las habilidades comunicacionales en la educación médica, y resalta la importancia de incorporar estos programas desde las primeras etapas de la formación.

¿Existen otros protocolos o técnicas para comunicar?

Aunque el protocolo SPIKES es ampliamente reconocido, existen otros modelos de entrenamiento en comunicación de malas noticias, como el protocolo BREAKS. Cada uno ofrece un enfoque ligeramente diferente para estructurar estas conversaciones (20). Sin embargo, el uso de la Simulación Clínica es un denominador común en la formación eficaz, ya que proporciona un entorno práctico para aplicar y comparar estos modelos.

En comparación con métodos de enseñanza tradicionales, la Simulación Clínica permite un aprendizaje más profundo y personalizado, adaptándose a las necesidades individuales de cada profesional (4).

Barreras y desafíos de la Simulación Clínica

A pesar de sus beneficios, la implementación de la Simulación Clínica en la formación médica enfrenta varios desafíos. Las barreras incluyen costos elevados, la necesidad de infraestructura especializada y la resistencia al cambio por parte de algunos educadores y profesionales (4). Además, la Simulación Clínica requiere tiempo y recursos significativos para su desarrollo y mantenimiento.

Para superar estas barreras, es esencial integrar la Simulación Clínica en los currículos desde etapas tempranas, promover la colaboración interinstitucional y buscar fuentes que apoyen su implementación (4,21).

DISCUSIÓN

El entrenamiento en la comunicación de malas noticias es una necesidad creciente en la formación de profesionales de la salud. El protocolo SPIKES, combinado con la Simulación Clínica, ofrece una metodología sólida y comprobada para mejorar estas habilidades. La evidencia muestra que este enfoque no solo beneficia al profesional, al aumentar su confianza y competencia, sino también al paciente, al recibir una comunicación más clara, empática y respetuosa (5).

A medida que la medicina avanza, es crucial que las habilidades comunicacionales de los profesionales se desarrollen al mismo ritmo. La Simulación Clínica representa un avance significativo en este campo, ofreciendo una solución eficaz a uno de los mayores desafíos en la práctica médica.

CONCLUSIONES

La comunicación efectiva en las Ciencias de la Salud es fundamental, especialmente en situaciones tan delicadas como la transmisión de malas noticias. El protocolo SPIKES, respaldado por la Simulación Clínica, se ha mostrado como una herramienta poderosa para entrenar a los profesionales de la Salud en estas situaciones. A través de este enfoque, es posible mejorar la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y la relación médico-paciente de los profesionales.

El futuro de la Comunicación en Salud está en nuestras manos. Es hora de adoptar herramientas y métodos innovadores como SPIKES y la Simulación Clínica, que no solo transforman la manera en que nos relacionamos con nuestros pacientes, sino que también mejoran su calidad de vida y la nuestra. Cada conversación es una oportunidad para marcar la diferencia. Actuemos con precisión, determinación y empatía.

Conflicto de intereses: El autor no declara conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. Alves de Lima, A. E. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista Argentina de Cardiología*, 71(3), 217-220.
2. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., et al (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
3. Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142.
4. Leal-Costa, C. (2022). El papel de la Simulación Clínica en el desarrollo de las habilidades de comunicación en los profesionales sanitarios. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 13(1), 6-8. <https://doi.org/10.20318/recs.2022.6962>
5. Fernández-Quiroga, M. R., Yévenes, V., Gómez, D., et al (2017). Uso de la Simulación Clínica como estrategia para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina. *Fundación Educación Médica*, 20(6), 301-304.
6. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ* 1984;288:1597–1599.
7. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998;16:1961–1968.
8. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA* 1996;276:496–502. Lewis, K. L., Bohnert, C. A., Gammon, W. L., Hölzer, H., Lyman, L., Smith, C., Thompson, T. M., Wallace, A., & Gliva-McConvey, G. (2017). Standards of Best Practice: Simulation Standardized Patients. *Advances in Simulation*, 2, 10. <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0043-4>
9. Lioce, L., Lopreiato, J., Downing, D., et al (2020). *Healthcare simulation dictionary* (2nd ed.). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.23970/simulationv2>
10. INACSL Standards Committee. (2017). INACSL standards of best practice: SimulationSM: Operations. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(12), 681-687. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.10.005>
11. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13(suppl 1): i2-i10.
12. Lewis, K. L., Bohnert, C. A., Gammon, W. L., et al (2017). Standards of best practice: Simulation operations. *Advances in Simulation*, 2(1), Article 10. <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0043-4>
13. Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495-507.
14. Rider, E. A., Hinrichs, M. M., Lown, B. A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 28(5), e127-e134. <https://doi.org/10.1080/01421590600726540>
15. García Díaz, F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 443-447. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(06\)74970-2](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(06)74970-2)
16. Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G. A. (2023). Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(11), 1231-1260.
17. Chhab, V., Abadie, Y., Williams, R., Rodríguez, G., Vassallo, J. C., & Rowensztein, H. (2022). Competencias en comunicación Clínica: experiencia de enseñanza-aprendizaje en una residencia de pediatría. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 120(2), 136-139. <https://doi.org/10.5546/aap.2022.136>
18. Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 61-65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>
19. da Cunha Oliveira, M., Silva Menezes, M., Cunha de Oliveira, Y., Marques Vilas Bôas, L., Villa Nova Aguiar, C., & Gomes Silva, M. (2022). Novice medical students' perception about bad news training with simulation and SPIKES strategy. *PEC Innovation*, 2, 100106.
20. Novo Rodríguez, J. M., & Martínez Anta, F. J. (2012). Doce más una estrategias erróneas para dar malas noticias. *Galicia Clínica*, 73(3), 117-119.
21. Blanco, N. et al.; editado por Vassallo, J. C., Neira, J. A., & Tauro, N. (Eds.). (2023). *Simulación y educación: Lineamientos sobre la enseñanza, entrenamiento y evaluación de las competencias profesionales en salud con estrategias basadas en simulación* (1a ed. revisada). Sociedad Argentina de Simulación en Ciencias de la Salud y Seguridad del Paciente (SASiM). Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Foro de Investigación en Salud de Argentina.

Datos de Autor

Transformando la comunicación con Simulación Clínica

Entrenamiento basado en el método SPIKES

Rollan, Santiago^{1,2,3}

1. Laboratorio de Anatomía y Simulación Clínica. 2da. Cátedra de Anatomía. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Buenos Aires.
2. División Obstetricia. Departamento Infanto-Materno-Juvenil. Hospital de Agudos “Juan A. Fernández” de Buenos Aires.
3. Centro de Simulación. Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA).

Nombre y dirección completa electrónica del autor: Santiago Rollan; smrollan@hotmail.com

La Revista Argentina de Educación Médica (RAEM) es una publicación dirigida a docentes de la educación superior, a investigadores, estudiantes y profesionales del campo de las ciencias de la salud y miembros de instituciones relacionadas con ésta área. Su objetivo principal es diseminar el conocimiento a través de la publicación de artículos y trabajos científicos originales e inéditos relacionados con todos los aspectos de la educación médica y promover el desarrollo de los profesionales y técnicos de las ciencias de la salud.

En sus indicaciones para la preparación de manuscritos (formato pdf), la revista se ha adecuado a los requerimientos establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en su más reciente versión disponible en <http://www.icmje.org>.

Presentación de manuscritos

Los trabajos originales se enviarán como adjunto a guillermo.marin@vaneduc.edu.ar La primera página llevará: (a) el título, informativo y conciso; (b) los nombres completos de los autores y de las instituciones en que se desempeñan; (c) un título abreviado para cabeza de página; (d) el número total de palabras del artículo, sin las referencias bibliográficas; (e) el nombre y dirección completa electrónica del autor con quien se deba mantener correspondencia. La nota que acompañe el envío de un trabajo deberá especificar que el o los trabajos originales no han sido anteriormente publicados. Sólo deben figurar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del trabajo y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. Para cada artículo se permite un máximo de 6 (seis) autores; si son más de 6 (seis), la carta de presentación deberá explicar la contribución de cada autor al trabajo. Las normas para la autoría se explican en extenso en www.icmje.org; en castellano en Rev Panam Salud Pública 2004; 15: 41-57 (www.scielosp.org). Una vez aprobada la publicación del trabajo, AFACIMERA retiene los derechos de su reproducción total o parcial.

Los trabajos a publicar se incluyen dentro de las siguientes categorías: editoriales revisiones de la literatura, actualizaciones, artículos de investigación originales, comunicaciones breves, experiencias innovadoras en educación médica y cartas al Editor.

Los originales se prepararán en Microsoft Word, en papel tamaño carta o A4, con márgenes de al menos 25 mm, escritos de un solo lado, a doble espacio, en letra de tipo Times New Roman 12. Las páginas se numerarán en forma consecutiva comenzando por la del título.

Abreviaturas, siglas, acrónimos y símbolos: Se evitará su uso en el título y en el resumen. Sólo se emplearán abreviaturas estándar. La primera vez que se empleen irán precedidos por el término completo, salvo que se trate de unidades de medida estándar.

Los trabajos originales estarán divididos en Introducción (que no debe llevar subtítulo), Materiales y métodos, Resultados y Discusión, a más de un Resumen en castellano, precedido por el correspondiente título. El resumen se ubicará a continuación de la primera página, y no excederá de las 250 palabras, evitando la mención de tablas y figuras. Tres a seis palabras clave, irán al final del Resumen. Para su elección se recurrirá a términos incluidos en la lista del Index Medicus (Medical Subject Headings, MeSH). En la Introducción se presentarán los objetivos del trabajo, y se resumirán las bases para el estudio o la observación. Materiales y métodos incluyen una referencia al diseño metodológico, y una descripción de (a) los métodos y procedimientos. Se informarán detalles de la población estudiada y las intervenciones efectuadas (b) guías o normas éticas seguidas; (c) descripción de métodos estadísticos si los hubiera. Los Resultados se presentarán en una secuencia lógica, sin repetir en el texto las informaciones presentadas en Tablas o Figuras. En la Discusión se resaltarán los aspectos nuevos e importantes del estudio, las conclusiones de ellos derivadas, su relación con los objetivos que figuran en la Introducción y la contrastación con la bibliografía. No repetir informaciones

que ya figuren en otras secciones del trabajo. Cuando corresponda se agregarán Agradecimientos, precediendo a la biblio-grafía; si cabe se citarán: reconocimiento por apoyo técnico, aportes financieros, contribuciones que no lleguen a justificar autoría. En estos casos los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas. Deben declararse los Conflictos de Intereses.

La Bibliografía se limitará a aquellos artículos directamente relacionados con el trabajo mismo, evitándose las revisiones bibliográficas extensas. Se numerarán las referencias consecutivamente, en el orden en que se las mencione en el trabajo. Se incluirán todos los autores cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et al. Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo empleado en el Index Medicus (la lista puede obtenerse en <http://www.nlm.nih.gov>). En el texto las citas serán mencionadas por sus números en superíndices. En la lista de referencias, las revistas, los libros, los capítulos de libros, y los sitios de Internet se presentarán de acuerdo a los siguientes ejemplos: 1. Arnold, L. Assessing professional behavior: yesterday, today and tomorrow. *Acad Med* 2002; 77(6): 502-515. 2. Bogner, M, editor. *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: LEA, 1994. 3. Cooke, NJ. Knowledge Elicitation. En: Durso FT, editor. *Handbook of Applied Cognition*. New York. Wiley 1999; 479-509. 4. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome project. 1999. En <http://www.acgme.org>. Acceso el 23/7/06.

Las comunicaciones personales se citan en el texto. Las Tablas, presentadas en hojas individuales, y numeradas con números arábigos, deben ser indispensables y comprensibles por sí mismas, y poseer un título explicativo. Las notas aclaratorias irán al pie, y no en el título. No emplear líneas verticales de separación entre columnas ni líneas horizontales, salvo tres: las que separan el título de la Tabla, los encabezamientos del resto, y la que indica la terminación de la Tabla. Las Figuras (dibujos o fotografías en blanco y negro) han de permitir una reproducción adecuada y serán numeradas correlativamente con una inscripción al dorso que permita identificarlas, y una leyenda explicativa en hoja aparte. Las flechas, símbolos o letras incluidas deben presentar buen contraste con el fondo. Si se presentan en archivos digitales, además de adjuntar el archivo original del programa donde fueron procesadas, adjuntar una copia en formato .jpg o tif de al menos 300 dpi.

Los artículos especiales de revisión, tendrán una extensión máxima de 7 000 palabras y no más de 100 referencias.

Cada manuscrito recibido será examinado por el Comité de Redacción, y además por uno o dos revisores externos. Después de esa revisión se notificará al autor responsable sobre la aceptación (con o sin correcciones y cambios) o sobre el rechazo del manuscrito. El Comité de Redacción se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gramaticales y las necesidades de compaginación