



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE MEDICINA
MAGISTER EN DOCENCIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PERCEPCIÓN DE HABILIDADES COMUNICACIONALES EN
ESTUDIANTES DE QUINTO AÑO DE LA CARRERA DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD FINIS TERRAE**

MARÍA ANTONIETA BARRÍA CABEZAS

Tesina presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae,
para optar al grado de Magíster en Docencia en Ciencias de la Salud

Profesor Guía: Dr. Mauricio Soto Suazo

Santiago, Chile

2016

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una competencia básica de los seres humanos, de vital importancia para el desarrollo de la sociedad, en sus inicios, el hombre se comunica, a través de gestos corporales, faciales, lenguaje oral o escrito a través del cual expresa la necesidad de hambre, protección, expresión de las emociones y sentimientos, siendo un componente esencial de la integración y existencia de la sociedad.

En los años 70, se consideraba que la comunicación era una habilidad innata y propia del profesional de la salud, que no requería de una enseñanza. Actualmente se considera que la comunicación es un atributo esencial de los profesionales de la salud, por lo que es complejo disociar las habilidades comunicativas de las distintas acciones sanitarias, principalmente vinculadas a la promoción y prevención en salud. (Henríquez et al., 2012).

En el área de las carreras de la salud se definen seis áreas de competencias profesionales, en las cuales se contempla la comunicación como una competencia trascendental de los profesionales del área salud (ACGME, 2011 y PLACEO, 2010) que requieren de una enseñanza teórica-práctica con la implementación de nuevas metodologías didáctico experienciales que se traduzcan en una ejecución acción, siendo contempladas en el curriculum de las universidades que forman a los futuros profesionales del área de la salud. (Moore Philippa et al., 2010).

La presente investigación de tipo cualitativa exploratoria comparativa-descriptiva tiene como propósito evaluar el impacto de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” en estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae, en la percepción de sus habilidades comunicacionales, a través de la aplicación de una escala Likert denominada

“Escala sobre Habilidades de comunicación en Profesionales de la Salud EHC-PS”.

Esta tesina se divide en ocho capítulos, en el primero, se realiza la introducción al estudio, en el segundo, se aborda la problemática del estudio y su justificación, el tercero, plantea los supuestos teóricos, junto a los trabajos que dan el sustento teórico que se han desarrollado tanto a nivel nacional como internacional y que dan cuenta de la importancia de este estudio; en el cuarto capítulo, el marco metodológico en el cual se detalla el diseño de la investigación con los pasos metodológicos, población muestral, variables, dimensiones, en el quinto capítulo se encuentran supuestos de investigación o interrogantes, según paradigma positivista, en el sexto capítulo, se encuentran los objetivos generales y específicos del estudio, en el séptimo capítulo, el análisis y discusión de resultados. Por último, las conclusiones y discusión que dan respuesta a la pregunta de investigación y, también a las proyecciones que pueda tener este estudio.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	7
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
ACRÓNIMOS	9
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 El problema	10
1.2 Objetivos:.....	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
1.3 Hipótesis o Supuesto	15
1.4 Justificación y relevancia del estudio	15
1.5 Contexto de la investigación	18
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL.....	21
2.1 Conceptos de comunicación	21
2.2 Habilidades comunicacionales	22
2.3 La comunicación clínica	24
2.4 La comunicación una competencia esencial para los profesionales del área salud	28
2.5 La percepción	30

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO	32
3.1 Tipo de investigación y diseño metodológico.....	32
3.2 Población muestral.....	34
3.3 Variables y dimensiones:	34
3.4 Tipo de instrumento	35
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	37
4.1 Análisis e interpretación de los datos generales de la encuesta	37
4.2 Análisis e interpretación de las preguntas abiertas de la encuesta	59
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIÓN	71
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXO: ENCUESTA APLICADA	82

DEDICATORIA

“Quiero dedicar este trabajo a todas las personas que ayudaron en la elaboración de este proyecto de investigación, por el incondicional apoyo y preocupación de mis padres, a mis suegros por estar ahí cuando más los necesité; en especial, a Víctor Rivara por su ayuda, paciencia y amor incondicional a Carolina Williams por apoyarme y ayudarme a crecer profesionalmente. A Dios y la Virgen por ser los guías de mi camino.”

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas y colegas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo. En primer lugar, quisiera agradecer a mi tutor, Dr. Mauricio Soto por las correcciones realizadas hasta último minuto y haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos. Así mismo, deseo expresar mi reconocimiento a la Dra. Lucía Santelices y Carolina Williams por su apoyo incondicional y su disponibilidad a resolver dudas, durante el proceso de investigación. Por último, en este ámbito académico, mi sincera gratitud a la Dra. Patricia Moya y Josefina Aubert quienes abrieron la posibilidad de realizar este estudio en su Facultad. Y concluyo: gracias a mi familia y novio por su paciencia y comprensión durante las muchas horas y noches de trabajo que he perdido de compartir y disfrutar de su compañía.

RESUMEN

Estos últimos años la Educación Superior ha tenido que incorporar en su curriculum el desarrollo de habilidades comunicacionales, siendo actualmente considerada por la AAMC, AAME y EACH como una competencia básica del profesional del área salud y que en ocasiones determina el éxito o fracaso del proceso asistencial, existiendo evidencia que el proceso comunicativo que se da en los centros de atención médica referida a la interacción médico-paciente determina la precisión del diagnóstico, toma de decisiones y adherencia del tratamiento que permite una excelente práctica médica. Frente a esta necesidad las Universidades han implementado diversas actividades realizadas en países anglosajones que deben ser ajustadas a las necesidades y contexto social chileno.

La investigación emplea una metodología de tipo exploratoria descriptiva-comparativa que se sustenta en un paradigma positivista con el objetivo de evaluar la percepción de un grupo de estudiantes y luego comparar sus percepciones entre sí, respecto a la asistencia o ausencia a la actividad llamada “Vinculación con el Medio Social”. Es importante considerar la percepción de quienes forman parte de este proceso, principalmente, porque ellos son el eje de las relaciones sociales tanto al interior de un establecimiento educacional como de salud y frente a cuyas apreciaciones se pueden elaborar planes de mejora contextualizados que permitan el mejoramiento de las actividades.

El presente trabajo muestra que existe una diferencia en la percepción de sus habilidades comunicacionales entre el grupo de estudiantes que asiste constantemente a las actividades de “Vinculación con el Medio Social” respecto al grupo de estudiantes que no asiste, los cuales mencionan a esta actividad como una influencia positiva en el desarrollo de su competencia comunicacional.

Palabras clave: Comunicación, Habilidades comunicacionales, Comunicación médico-paciente, Escala EHC-PS.

ABSTRACT

In recent years higher education has had to incorporate into their curriculum the development of communication skills, currently being considered by the AAMC, and EACH AAME as a core competency of health professional area and sometimes determines the success or failure of the care process and there was evidence that the communication process that occurs in healthcare centers referred to the physician-patient interaction determines the accuracy of diagnosis, decision making and adherence to treatment allowing excellent medical practice. Against this requirement universities have implemented various activities in English-speaking countries to be tailored to the needs and Chilean social context.

The research uses a descriptive-comparative methodology exploratory type that is based on a positivist paradigm in order to evaluate the perception of a group of students and then compare their perceptions with each other regarding attendance or absence of the activity called "Linking with the social environment ". It is important to consider the perception of those who are part of this process, mainly because they are the backbone of social relations both within an educational establishment as health and against whose judgments can be made contextualized improvement plans that allow the improvement of the activities.

In this study it shows that there is a difference in the perception of their communication skills among the group of students who consistently attend activities "Linking with the social environment" for the group of students who do not attend, which referred to this activity as a positive influence on the development of their communicative competence.

Keywords: Communication, communication skills, patient-physician communication, EHC-PS Scale

ACRÓNIMOS

- EHC-PS: *Escala sobre habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud-EHC-PS.*
- AAMC: *Liaison Committee on Medical Education Functions And Structure of a Medical School Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree.*
- AAME: *Association of American Medical colleges.(1999)*
- ACGME: *Accreditation Council for Graduate Medical Education.*
- AAMC: *Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core Competencies For Collaborative Practice. Washington DC:Association of American Medical Colleges; 2011.*
- EACH: *Eropean Association for Communication in Health Care.*
- OMS: *Organización Mundial de la Salud.(2002)*
- PLACEO: *El Proyecto Latino-Americano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO, 2010)*

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 El problema

El término *comunicación*, según Lorente y Jiménez (2009) procede de la raíz latina “*communis*” que significa “*poner en común algo con otro, siendo un proceso social, en donde las personas se influyen mutuamente interactuando sus subjetividades, a través de la externalización e internalización de ideas, produciéndose una redefinición y configuración de la subjetividad, donde la realidad llega a través del otro*”.

La comunicación es una necesidad básica que ha desarrollado el ser humano, como consecuencia de su característica social que involucra necesidades afectivas de contacto físico, con otros seres humanos y pertenencia a un grupo. (Herriko, 2001).

Existen dos tipos de comunicación, el primer tipo denominado comunicación no verbal, el cual se realiza a través de expresiones faciales, posiciones corporales, movimientos de cabeza y olores. La comunicación no verbal cada vez tiene más importancia en la sociedad actual, debido a que cerca del 70% de lo que comunicamos se realiza a través de este tipo de comunicación. El segundo tipo se designa comunicación verbal, la cual utiliza el lenguaje oral y/o escrito. A través de ambas tipos de comunicación expresamos nuestros pensamientos, sentimientos y establecemos relaciones interpersonales. (Lorente y Jiménez, 2009).

El tipo de comunicación que utilizamos para nuestras relaciones sociales corresponden a conductas y actitudes que fueron adquiridos de nuestro entorno social por observación, siendo el aprendizaje social un estilo de relación que es aprendido en la casa, escuela y calle (Bandura, 1987) y (Santelices, 2001).

En el caso particular del área de la salud, las competencias básicas de un profesional incluían solamente tres elementos: conocimiento clínico, examen físico y resolución a problemas clínicos. En donde la habilidad comunicacional era considerada una habilidad innata, propia del profesional, que no requería enseñanza. En 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) y en el año 2010 El Proyecto Latino-Americano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO, 2010) estimularon a los centros de formación de profesionales del área salud que enseñen habilidades comunicacionales de manera formal y sujeta a evaluación, tanto en sus programas de pre-grado como de post-grado. En el mismo sentido, El Proyecto Latino-Americano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO, 2010) y la “Accreditation Council for Graduate Medical Education” (ACGME, 2011) estadounidense, incorporaron el área de comunicación dentro de sus áreas de competencias profesionales, las cuales identifican elementos compartidos que pueden ser comunes a cualquier profesional del área salud que permitan un mejor desarrollo de la competencia comunicacional en el desarrollo de habilidades tales como:

- *Atención compasiva, apropiada y efectiva para el manejo de los problemas de salud y la promoción de ella.*

- *Habilidades de comunicación que producen un intercambio de información y colaboración efectiva con los pacientes, sus familias y otros profesionales de la salud.*

- *Respeto por la diversidad cultural, social y étnica de los pacientes colegas y personal auxiliar, así como de la comunidad.*

- *Comportamiento profesional apropiado, asertivo y apropiado con los pacientes*

Actualmente todos los programas de residentes de los profesionales del área salud, deben considerar las habilidades de comunicación como una competencia básica de la educación en la formación de profesionales del área salud. (Ortega y García, 2009) y (Moore et al., 2012).

En Latinoamérica, estudios realizados en la Universidad Nacional de San Marcos, de Lima Perú, indican que existen deficiencias en la obtención de la información psicosocial, la comunicación no verbal, la evaluación de la comprensión del paciente y el manejo de las emociones. Pese a que un 85% de los estudiantes indica haber tenido formación en habilidades clínicas de comunicación. Estos estudios sugieren que estas falencias son debido a la falta de tiempo en la enseñanza de la comunicación médico-paciente. (Sogi et al., 2006).

El aprendizaje de estos temas se ha realizado tradicionalmente en el curriculum informal, a través de los modelos de conducta de los profesores y tutores clínicos, el cual varía, de acuerdo a las necesidades de cada especialidad del área salud. Adicionalmente, se debe considerar que generalmente los tutores no poseen perfeccionamiento docente para enseñar estas habilidades, por lo que no lo realizan de manera adecuada a lo largo del currículo (Maguire, 1976). Las habilidades comunicacionales requieren de una enseñanza teórico-práctica, didáctico experiencial y reflexiva que debe traducirse directamente en ejecución-acción.

En el caso particular de Chile, la enseñanza de la comunicación en la atención de los profesionales del área salud ha sido incorporada en los programas de formación de pregrado en el área de la medicina en la década del 90. Es así, como la enseñanza formal de las habilidades comunicacionales fue incorporada en la malla curricular de pregrado por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 1996, la Universidad de Chile en el año 2000 y la Universidad Finis Terrae en el año 2005. Sin embargo, su implementación práctica ha sido lenta y difícil, tanto en los países anglo-sajones como en el nuestro (Rosselot, 2003). (Cuello, 2004) y (Donnelly et al., 2006). La literatura referida a este tipo de enseñanza no es abundante y se refiere en su gran mayoría al pre-grado de la carrera de Enfermería y especialidades médicas como Radiología, las cuales

difieren entre las sub-especialidades por ejemplo entre radiólogos pediatras, neuro-radiólogos o radiólogos intervencionista (Ortega y García, 2009).

En el caso específico de la carrera de Odontología, no existen estudios que tengan como foco la enseñanza y/o la evaluación de las habilidades de comunicación en la relación odontólogo-paciente. Por lo que, según Leal-Costa et al., (2015) los tipos de habilidades de comunicación que se contemplarán en este estudio comprenden un *“Conjunto de técnicas, conductas verbales y no verbales tales como comunicación informativa, escucha activa, empatía, respeto, y asertividad, las cuales conforman la competencia comunicativa en un contexto interpersonal centrado en el paciente”*.

1.2 Objetivos:

Objetivo General

Evaluar el impacto de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” en estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae, en la percepción del desarrollo de sus habilidades comunicacionales.

Objetivos Específicos

- Aplicar la Escala sobre Habilidades de comunicación en Profesionales de la Salud EHC-PS en estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de Universidad Finis Terrae.
- Comparar la percepción entre las diferentes dimensiones comunicacionales de los estudiantes que participaron en la actividad de “Vinculación con el Medio Social” con aquellos que nunca la realizaron.
- Interpretar la percepción de los estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de Universidad Finis Terrae sobre el desarrollo de sus habilidades comunicacionales, producto de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

1.3 Hipótesis o Supuesto

Los estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología, impartida en la Universidad Finis Terrae que participaron de la actividad electiva de “Vinculación con el Medio Social” presentan un mejor índice de percepción de sus habilidades comunicacionales que aquellos estudiantes que nunca participaron de la actividad.

1.4 Justificación y relevancia del estudio

Las habilidades clínicas esenciales de todo profesional del área salud están determinadas por la comunicación, que corresponde a una competencia comunicativa que le permite interactuar con otros de manera efectiva (Cummings et al., 2008). La comunicación es una competencia que implica la integración de componentes cognitivos, emocionales y comportamentales que se manifiestan en los distintos contextos sociales. (Reyna y Brussino, 2011), con la finalidad de mejorar la calidad y eficacia de la interacción profesional-paciente (Bayés y Marín, 1992) cuyo control recae mayoritariamente en los profesionales de la salud, siendo compartidos con el paciente, según el modelo de interacción clínica centrada en el paciente que da lugar a una mayor interacción en el proceso de comunicación (Mead y Bower, 2002). Lo que indica la importancia de la comunicación en la relación profesional de la salud – paciente como uno de los factores imprescindibles en el diagnóstico de la patología y estado de salud del paciente.

Actualmente los pacientes están adquiriendo un rol más activo y consciente de sus derechos y responsabilidades debido a la Ley de Autonomía del Paciente (Organización Mundial de la Salud, 2002) y a la ley 20.584 del año 2012 de Chile,

que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Esto implica que los profesionales de la salud deben presentar un mayor desarrollo de su competencia comunicacional para dar cumplimiento a las leyes mencionadas. A este respecto, el informe Kalamazoo II, vincula la comunicación efectiva a una disminución en la incidencia de demandas por mala práctica contra los médicos (Duffy, 2001; Tamblyn. et al., 2007; Moore et al., 2010).

La comunicación efectiva, tiene como objetivo establecer la precisión en el diagnóstico, ayudar en la toma de decisiones y que el paciente presente una mejor adherencia al tratamiento (Sogi et al., 2006; Beach et al., 2005; Loh, A., et al 2007), así como también, aumentar el nivel de satisfacción tanto del profesional de la salud como del paciente (Lewin et al., 2001; Roter, 1995).

Patologías comunes en los profesionales del área de la salud, tales como depresión, fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido son originadas por una comunicación clínica inadecuada, (Cebrià et al., 2006; Shimizu et al.,2003; Montero-Marín et al., 2010). A este respecto, algunos estudios indican que mejorando la comunicación efectiva se observan alteraciones positivas en la fisiología del profesional de la salud y/o del paciente. (Lewin.et al., 2001; Griffin et al., 2004). Lo que indica la importancia de la enseñanza, implementación y evaluación de la competencia comunicacional en la relación profesional de la salud – paciente.

El “Headache Study” en neurología demostró que el factor más importante en la mejoría de la cefalea crónica de los pacientes no fue un diagnóstico o indicación de medicamentos efectivos, sino la percepción del paciente de tener la oportunidad de contar su historia y discutir en profundidad sus preocupaciones y creencias. (Headache Sudy Group of the University of Western Ontario, 1986). Elevando la comunicación efectiva a un nivel procedimental, lo que permite catalogarla como una opción terapéutica (Moore et al., 2010).

Existen escasos estudios relacionadas con las destrezas y habilidades comunicacionales en el proceso de enseñanza aprendizaje de la carrera de Odontología, así como también, en su desenvolvimiento profesional. Sin embargo, diversas investigaciones coinciden en señalar preocupantes niveles de patologías en los estudiantes de Odontología relacionadas con deficiencias en la comunicación efectiva (Pérez y Cartes, 2015).

La carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae, durante los meses de marzo a diciembre de cada año realiza una vez al mes una actividad denominada “Vinculación con el Medio Social” en donde un grupo de estudiantes, la mayoría de quinto año, asisten de forma voluntaria a lugares en riesgo social para realizar diversas actividades de diagnóstico, prevención y promoción de salud bucal. La actividad de “Vinculación con el Medio Social” tiene como objetivo establecer una interacción comunicativa entre los estudiantes de Odontología y poblaciones socialmente vulnerables. Por lo tanto, la Facultad de Odontología plantea a través de la actividad “Vinculación con el Medio Social” potenciar el desarrollo de la competencia comunicacional en un contexto social que permita una interacción bidireccional.

La actividad de “Vinculación con el Medio Social” presenta un seguimiento y evaluación tardía, existiendo un registro desde el año 2014 a través de una evaluación que consta de una entrevista semi-estructurada, sumada a una entrega semestral de una planilla que indica el tipo de actividad realizada, a quién fue dirigida, las fechas de inicio, término, participantes y una breve descripción de la actividad. El informe de Reacreditación Institucional de la Universidad Finis Terrae año 2015, indica la necesidad de mejorar los instrumentos de medición de la percepción de los estudiantes sobre sus habilidades comunicacionales y el alcance logrado con esta actividad. Basados en esta necesidad institucional y los escasos estudios en esta área relacionadas con la carrera de odontología, esta tesina pretende:

a.- evaluar el impacto de la actividad vinculación con el medio social en el proceso enseñanza aprendizaje de las destrezas y habilidades comunicacionales en los estudiantes de Odontología.

b.- realizar un diagnóstico que permita elaborar estrategias de enseñanza enfocadas a la adquisición de la competencia comunicacional.

1.5 Contexto de la investigación

La Universidad Finis Terrae cuenta con un Modelo Formativo que establece las bases y procedimientos para la estructuración de los planes de estudio, el cual contempla una línea de Formación General complementaria a la línea de Formación de Especialidad, que entrega a los estudiantes las herramientas para una formación integral portadora del sello de la UFT: responsabilidad individual, tolerancia e interés por los asuntos públicos. La implementación del Modelo se inició de manera gradual y a la fecha se aplica a la totalidad de las carreras diurnas de la Universidad. Este Modelo impulsa la formación integral de personas, en tanto contempla el desarrollo de actitudes profesionales y habilidades de pensamiento para el aprendizaje al servicio de la persona y de ésta como aporte a la sociedad. En el centro de este Modelo está el estudiante como el actor principal de su formación, que en el curso de sus estudios va desarrollando sus habilidades de aprender a aprender, de pensamiento crítico, de capacidad analítica y de comunicación efectiva de sus ideas. La estructura de las líneas es la siguiente:

a.- **Formación de Especialidad:** Se compone de cursos considerados básicos en la formación académica y disciplinaria de una carrera. Se comprende como núcleo o cuerpo central de una carrera. Son comunes para todas las carreras, independiente de la Universidad donde puedan impartirse las mismas. Son cursos obligatorios y son pre-requisitos a otros cursos.

- **Cursos de especialización disciplinaria:** Cursos considerados fundamentales en la formación académica disciplinaria de una carrera.

- Cursos de profundización: Son cursos que permiten profundizar y ampliar conocimientos en la formación de especialidad, abordando temáticas emergentes frente a las cuales las disciplinas deben dar respuesta.

b) **Formación General:** Se compone de tres líneas formativas:

- Cursos Sello: esta línea de formación está compuesta por tres cursos que tienen carácter de obligatorio para todo alumno que ingrese a la Universidad Finis Terrae. (Ser Universitario; Antropología Filosófica y Ética).

- Cursos Multidisciplinarios o electivos: se colocan a disposición del estudiante una oferta de cursos que le permitan acercarse de forma guiada y profunda a una disciplina diversa a la que estudia y, en el contexto de su formación integral, aprecie la herencia cultural, ejerciendo un liderazgo creativo bajo los principios del humanismo cristiano.

- Asignaturas de Competencias Genéricas: todo estudiante que ingrese a la Universidad Finis Terrae debe perfeccionar y desarrollar habilidades necesarias para convertirse en un profesional competente. Es por ello que se incluye en las mallas de todas las carreras los siguientes cursos: Programa de idiomas, Comunicación Efectiva, Liderazgo y Trabajo en Equipo y Creatividad y Resolución de Problemas. Estas asignaturas están destinadas a desarrollar objetivos como: Comunicación (asignatura de Comunicación Efectiva), Interacción Social y Formación ciudadana (asignatura de Liderazgo y Trabajo en Equipo) y la solución de problemas (asignatura de Creatividad y Resolución de Problemas.)

Del gran eje articulador de la formación integral, emanan a su vez cuatro ejes prioritarios que posee especial relevancia para el quehacer universitario UFT: Docencia, Investigación, Servicio a la Sociedad y Evangelización.

La investigación de esta tesina está relacionada en la intersección entre el eje articulador Responsabilidad Social y el área de Formación General del plan de estudios de la carrera de Odontología. Específicamente entre la actividad

“Vinculación con el Medio Social”, actividad de vinculación con el medio de los estudiantes de la carrera relacionada con actividades de diagnóstico, prevención y promoción de la salud bucal en entornos sociales vulnerables y, las asignaturas del área de formación general tales como:

- 1.- Comunicación Efectiva, cuyo objetivo es la comunicación oral y escrita
- 2.- Liderazgo y Trabajo en Equipo cuyo objetivo es la Interacción Social y Formación ciudadana.

CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1 Conceptos de comunicación

Según el estudio de Zayas (2002) existen múltiples definiciones de comunicación, tales como:

Osgood, Ch (1961): *“Tenemos comunicación siempre que una fuente emisora influencia a otro- el destinatario – mediante la transmisión de señales que pueden ser transferidas por el canal que los liga.”*

Berelson, B. y Steiner, G. (1964): *“El acto o proceso de transmisión que generalmente se llama comunicación, consiste en la transmisión de información, ideas, emociones, habilidades, mediante el empleo de signos y palabras.”*

Stoner, J (1997): *“proceso mediante el cual las personas tratan de compartir un significado por medio de la transmisión de mensajes simbólicos”.*

Trelles, I (2001): *“La comunicación es el medio que permite orientar las conductas individuales y establecer relaciones interpersonales funcionales que ayuden a trabajar juntos para alcanzar una meta.”*

Para nuestro estudio nos centraremos en la definición dada por Dolan y Martín (2002): *“La comunicación se define como un proceso bilateral de intercambio de información entre al menos dos personas o dos grupos: emisor el que trasmite el mensaje, y el receptor el que recibe la información, y comprensión porque la información debe tener una significación para el receptor. “*

La comunicación es un proceso de interacción y de intercambio de mensajes entre dos o varias personas con la finalidad de alcanzar determinados fines. Los objetivos de un proceso de comunicación pueden ser complejos, múltiples y variados. Siendo la comunicación la base de la interacción que incluye todos los signos, símbolos, claves, significados, datos, información, vivencias, experiencias y estados emocionales (Zayas, 2002)

2.2 Habilidades comunicacionales

En la actualidad, se consideran los siguientes tipos de habilidades comunicacionales: escucha activa, empatía, respeto, autenticidad y asertividad, las cuales conforman la competencia social en un contexto interpersonal centrado en el paciente (Sogi et al., 2006; Leal-Costa., et al 2015; Leal-Costa et al., 2012).

Las habilidades comunicacionales se definen como aquellas conductas e instrumentos técnicos utilizados por el profesional de la salud en la entrevista, para la ejecución de tareas (Canovaca et al, 2010). Incluyen principalmente técnicas de apoyo narrativo (contacto visual facial, facilitaciones, señalamientos); técnicas de información (ejemplificación, información por escrito, racionalización del tratamiento, complemento visual táctil); y técnicas de negociación (respuesta evaluativa, paréntesis, doble pacto, cesión intencional). (Cófreces et al.,2014).

Diversos instrumentos han sido elaborados para registrar la observación de la interacción profesional de la salud-paciente (Makoul, 2001; Kurtz, et al., 2003; Ruiz-Moral 2003). Sin embargo, la mayoría de estos instrumentos están referidos a aspectos de la entrevista clínica contemplando inicio de sesión, recolección de información, explicación-planificación y cierre de la sesión y no la competencia comunicacional pura que posee una serie de habilidades en un contexto clínico, tales como:

- **Comunicación informativa o efectiva:** “capacidad de los profesionales de la salud de proporcionar información asegurándonos que los pacientes la han comprendido y de obtener información integral sobre los pacientes”.
- **Escucha activa:** “la disposición física y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal y no verbal que realiza el paciente, e indicándole a través de la retroalimentación lo que creemos que estamos comprendiendo”.
- **Empatía:** “la disposición interior del profesional, que le permite tener la capacidad de sumergirse y observar las cosas que vive el paciente desde su marco de referencia interno, esto es, desde su mundo subjetivo, captando detrás de las palabras, sentimientos, ideas, etc., el significado que las cosas tienen para el paciente y cómo éste las experimenta. La actitud empática es la disposición de la persona (en relación con la voluntad y los valores) para captar el marco de referencia interior del otro, los sentimientos y significados. La dimensión conductual de la actitud empática es la escucha activa (descrita ya como componente) y la respuesta empática. La respuesta empática es la habilidad de comunicar verbal y no verbalmente lo comprendido mediante diferentes modos de responder”.
- **Respeto:** “recibir, aceptar y comprender lo que el paciente transmite en la relación, con ausencia de juicio moralizante, esto es, acoger al paciente tal y como es”.
- **Asertividad o conducta socialmente habilidosa:** “conjunto de conductas emitidas por el profesional en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones de un modo adecuado”
(Leal Costa César, et al., 2012).

2.3 La comunicación clínica

La comunicación clínica se practica desde el ejercicio de la Medicina, pero es solo a partir de la década del 70 que es abordada de manera sistemática y como línea de investigación en comunicación a partir de la década del 90 (Bellón y Martínez, 2001; Laine y Davidoff, 1996).

La comunicación clínica es un proceso activo, dinámico e interpretativo donde existe una interacción diádica (profesional de la salud-paciente) o tríadica (profesional de la salud-paciente-familiar), compuesta por un emisor y receptor, de forma que el emisor trasmite un mensaje al receptor, en un contexto interpersonal clínico o de entrevista médica, el cual presenta un código y canal específico.

Por lo tanto, los componentes de la comunicación clínica son:

1. Emisor: la persona que emite un mensaje.
2. Receptor: la persona que recibe el mensaje.
3. Mensaje: la información que quiere ser transmitida.
4. Canal: medio por el que se envía el mensaje.
5. Código: signos y reglas que se emplean para enviar el mensaje.
6. Contexto: situación en la que se produce la comunicación.

(Herrera, et al., 2010).

La comunicación clínica puede ser directa oral-auditiva o indirecta escritura-lectura, siendo esta última forma cada vez la más habitual debido a los avances tecnológicos (Herrera et al., 2010; Ruiz, 2014).

La comunicación clínica cumple tres funciones: informativa, reguladora y afectiva, elementos necesarios para la resolución de los problemas de salud del paciente.

Los modelos de comunicación clínica son:

1.- El enfoque del “Lanzamiento de bala” o también denominado “Modelo lineal”. Se origina en Grecia clásica hasta inicios del siglo XX y consistía que los elementos de la comunicación eran contenidos, entrega y persuasión. El modelo consiste en que un emisor comunica un mensaje a un receptor a través de un canal y mediante un código. (Shannon y Weaver ,1949).

2.- El enfoque del “Frisbee” o “Lanzamiento de platillo”, también denominado “Modelo helicoidal” (Watzlawick et al., 1991; Kurtz, 2002). En los años 40, la tendencia es la comunicación interpersonal basada en el enfoque “Frisbee” o “Modelo helicoidal” basado en la relación entre los seres humanos. En este modelo, existe un entendimiento mutuo y que implica la toma de decisiones compartida o “shared-decision making”, el médico y paciente llegan a un consenso acerca de la resolución del problema de salud. Este tipo de comunicación provoca una disminución en la derivación de pacientes, en visitas posteriores y de exámenes de laboratorio (Stewart, 1995). Al existir un acuerdo común con los pacientes la toma de decisiones es más eficiente (Bosch-Capblanch et al., 2007). Basados en estas características el enfoque “Frisbee” o “Modelo helicoidal” es considerado uno de los modelos más adecuados para el proceso de enseñanza - aprendizaje de los profesionales de la salud (Watzlawick et al., 1991).

Kurtz (Moore et al., 2010) describe que la comunicación clínica esta fundada en cinco principios:

1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simplemente entrega de información

En esta interacción debe existir un intercambio de preguntas, respuestas y clarificaciones entre el médico-paciente con una retroalimentación o Feed-back.

2. Reduce la incertidumbre innecesaria.

El profesional debe clarificar y verificar la comprensión del paciente, de acuerdo a instrucciones, procedimientos y objetivos de la consulta, para disminuir la incertidumbre y distracción del paciente.

3. Requiere planificación, basada en los “outcomes” o resultados que se pretende conseguir.

La efectividad de la interacción está determinada por los resultados que el médico y/o el paciente estén tratando de alcanzar.

4. Demuestra dinamismo, lo que significa que el médico debe reaccionar frente a la conducta del paciente, denominado “frisbee”.

Implica flexibilidad por parte del profesional que permita adaptarse a los cambios desarrollando un repertorio de habilidades que le permitan aproximarse en forma diferente a los distintos pacientes o bien al mismo paciente pero en diferentes circunstancias.

5. Sigue un modelo helicoidal más que lineal.

Si se quiere lograr una comprensión efectiva y precisa de la interacción debe existir una interacción constante entre médico-paciente, a través de la retro-alimentación o Feed-back.

Pérez et al (2003) define la comunicación clínica como: “Una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano.

La relación profesional de la salud - paciente se ha considerado como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas (DiMatteo y DiNicola, 1982; Froján y Rubio, 2005). Asimismo, la importancia del proceso de comunicación en dicha interacción ha sido estudiada por

varios autores, los que señalan la correlación entre la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos (Ley, 1983; Lassen, 1991).

Hasta el momento existen varios modelos de la relación profesional de la salud-paciente (Hernández-Torres et al., 2006). No obstante, el más relevante es el modelo de relación clínica centrado en el paciente, el cual reconoce la necesidad del paciente de comprender el significado de la patología, los fundamentos comunes del problema y su manejo (Cófreces et al, 2014).

Sin embargo, para una comunicación clínica efectiva son de suma importancia las habilidades comunicacionales del médico para adoptar una comunicación acorde a las necesidades del paciente, la que puede tener matices en sus diferentes etapas considerando los aspectos psicológicos, psicolingüísticos y sociales del paciente (Ruiz Moral, 2003). Se destaca la escucha activa del médico para el logro de una comunicación más eficaz con sus pacientes, así como la participación activa del paciente que contribuye a la comprensión de la información y a incrementar su satisfacción y confianza en el médico, resultando positivo para el cumplimiento y la efectividad de los tratamientos (Balint, 1961; Prados, 2000; Mira y Rodríguez-Marín, 2001; D'Anello, 2000).

El consenso de Toronto de Medicina en 1991 publicó una revisión sobre la efectividad de la comunicación, las deficiencias en la práctica profesional y métodos de enseñanza recomendados (Simpson *et al*, 1993). En 1993, el General Medical Council (General Medical Council. Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. London: General medical Council, 1993) recomendó que las habilidades comunicacionales fueran introducidas durante la enseñanza del pre-grado y similares asociaciones como la Association of American Medical colleges (AAME), tomando en consideración el crecimiento exponencial de los resultados positivos que en la práctica clínica son producto de la eficacia de la comunicación de los profesionales del área salud, estableció las habilidades comunicacionales clínicas (Aspegren K., 1999).

Dado estos antecedentes, se sugirió que todas las escuelas de Medicina en EEUU deberían realizar una evaluación formal de la calidad de comunicación clínica de sus estudiantes (AAMC, Liaison Committee on Education Functions And Structure of a Medical School Standards for accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D., 2011). Por lo que el Consejo de Acreditación para la Educación Médica en Estados Unidos y Canadá (Ruiz Moral R, 2003) incorpora en sus indicadores de acreditación la enseñanza y evaluación de habilidades comunicacionales clínicas de manera formal tanto en sus programas de pre-grado como de post-grado.

En este mismo sentido, la European Association for Communication in Health Care (EACH) (Oxford, Julio 1996; Amsterdam, Julio 1998; Barcelona Setiembre 2000 y Warwick (RU) Septiembre 2002), definió las habilidades comunicacionales que deben enseñarse en el proceso de formación de los profesionales de la Salud.

En el caso de la formación de Odontólogos, el Proyecto Latino-Americano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO) está realizando el proceso de revisión y de definición de las habilidades comunicacionales clínicas (2010).

2.4 La comunicación una competencia esencial para los profesionales del área salud

Desde los años 70, las competencias clínicas básicas de un profesional de la salud incluían tres elementos: conocimiento clínico-técnico, examen físico y resolución de problemas (Moore, 2012).

Si bien inicialmente no se distinguía entre habilidades y competencia (Michelson et al., 1987), existe cierto acuerdo que competencia clínica es un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que se desarrollan en un contexto social específico, que permiten una práctica clínica (Gresham et al., 2001; Clèries Costa Xavier, 2010; Ruiz Moral, 2014).

Algunos autores consideran que la comunicación es una competencia social (Luján Cebrián et al., 2008 - 2012) y otros que es una competencia comunicacional (Beltrán F, 2004); Parra, 2004). En este estudio, se considera la comunicación como una competencia comunicacional que incluye procesos lingüísticos, psicolingüísticos y sociolingüísticos que explicita una competencia sociocultural (Van DT., 2000).

La mayoría de los profesionales de la salud consideraban que la comunicación era una habilidad innata que no se podía aprender y, por lo tanto, no requería enseñanza. Sin embargo, en la actualidad la educación médica ha establecido que la competencia comunicacional puede y debe ser enseñada, favoreciendo el proceso terapéutico, de diagnóstico (Ruiz Moral, 2003; AAMC, Interprofessional Education Collaborative, 2011), la satisfacción de los pacientes y de los profesionales de la salud (Bellón y Martínez, 2001) y la adherencia del paciente al tratamiento prescrito (McLane et al., 1995).

Carr y Hill (1992) indican que la satisfacción del paciente se basa en la diferencia entre sus expectativas y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas, acompañadas de las expectativas previas de los usuarios, configuran la expresión de la calidad del servicio. En el ámbito de la salud, se identifica la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que reciben, basándose en la comunicación del profesional de la salud con el paciente como el criterio de satisfacción (Cófreces et al, 2014).

La mayoría de las escuelas de Medicina de Estados Unidos y Europa, tienen incorporado en su formación de pre-grado entrenamiento formal de las habilidades de comunicación (Aspegren, 1999; Association of American Medical Colleges. Medical School Objectives Project: Report III Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Washington DC: Association of American Colleges, 1999).

En el caso de los países de habla hispana, como por ejemplo, España, la enseñanza de las habilidades comunicacionales no se realiza en la formación de pregrado, sino a nivel de post-grado a través de asignaturas optativas o de libre elección (Ruiz Moral, 2003; Bellón y Martínez, 2001).

En Chile, en la década del 90 las escuelas de medicina comenzaron a interesarse en la enseñanza y desarrollo de las habilidades de comunicación (Rosselot, 2003). En el año 1996, la Pontificia Universidad Católica de Chile lo incorpora en su formación de pre-grado y la Universidad de Chile lo realiza en el año 2000.

Referencias del estudio y proceso de enseñanza de la competencia comunicacional en el área de Odontología son escasas. Solo se conoce que los estudiantes de la carrera de Odontología de los niveles 3º, 4º y 5º de la Universidad Finis Terrae presentan un alto nivel de orientación empática (Rivera et al., 2011).

2.5 La percepción

Según Davidoff (1989): “la percepción es un proceso cognoscitivo, una forma de conocer al mundo, la percepción constituye el punto de unión donde la cognición y la realidad se encuentran”. Por lo que la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el receptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados de su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo, según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Esto se apoya en la existencia del aprendizaje.

La interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, por lo que según Vargas (1994) la percepción es: “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”

Dentro de las características que subyacen a la percepción humana es que esta es subjetiva, debido a que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Así como también es selectiva, como consecuencia de su naturaleza subjetiva no se puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su

campo perceptual en función de lo que desea percibir (Vargas, 1994).

Merleau-Ponty (2009) en sus estudios destaca aquel conocimiento que nos pueden entregar las percepciones de las personas involucradas, que permiten rescatar el valor de lo humano para construir nuevo conocimiento, reorientar las acciones en favor al beneficio de los propios participantes, forjar un espacio verdadero y enriquecedor en futuras instancias de nivelaciones o cursos iniciales.

La percepción de los estudiantes y actores educativos sobre un programa de formación puede entregar valiosos signos sobre aspectos claves del programa de educación complementarios a los aspectos académicos. Basado en este fundamento, esta tesina pretende evaluar el impacto de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” en la percepción de los estudiantes de odontología en sus habilidades comunicacionales como una aproximación diagnóstica de la enseñanza de sus habilidades comunicacionales.

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación y diseño metodológico

La investigación emplea una metodología de tipo exploratoria descriptiva-comparativa que se sustenta en un paradigma positivista con el objetivo de evaluar la percepción de un grupo de estudiantes y luego comparar sus percepciones entre sí, respecto al impacto de la actividad “Vinculación con el Medio Social”. Esto sobre la base de las respuestas de un instrumento Likert diseñado por Leal-Costa César et al (2012) sobre las “Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS (Anexo N° 1).

El diseño metodológico consiste en primera instancia a la búsqueda en la literatura de una encuesta previamente validada que contemplara las habilidades comunicacionales puras no asignadas a un orden de una entrevista clínica estructurada que permitiera conocer, la percepción los estudiantes de Odontología de la Universidad Finis Terrae y el impacto de la participación de una actividad electiva que vela por el desarrollo de sus competencias comunicacionales. Para esta encuesta previamente estructurada y con preguntas inversas se agregaron una serie de preguntas de antecedentes generales como edad, sexo, participación en la actividad de “Vinculación con el medio Social” y el número de veces de la participación. Así como también, la incorporación de dos preguntas abiertas que tienen como objetivo establecer qué tan preparados se sienten los estudiantes, respecto al desarrollo de sus habilidades comunicacionales para enfrentar a un paciente y conocer si existe alguna actividad que consideren importante para mejorar el desarrollo de esta competencia comunicacional.

Una vez confeccionado el instrumento, se coordina la fecha de aplicación del instrumento con la profesora que guía la actividad de “Vinculación con el Medio Social” quien muestra especial interés es realizar este estudio, con la finalidad de conocer el impacto de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” en el desarrollo de las habilidades comunicacionales de los estudiantes. Antes de la

aplicación de la encuesta, se realiza una pequeña introducción a los estudiantes sobre el objetivo del estudio y la importancia de la información que ellos entregaran para la formación de las nuevas generaciones, por lo cual se solicitó rigurosidad en sus respuestas.

Respecto al análisis de los datos, se realizaron planillas Excel ordenando los datos por frecuencias entre el grupo que participó en comparación con el grupo que no participó de la actividad “Vinculación con el Medio Social”. Se debe mencionar que para efectos de comparación se utilizará como percepción positiva aquellos indicadores de la encuesta que corresponden a (muy a menudo-muchísimas veces). (Leal Costa, et al., 2012). A través de la utilización del software GraphPad Prism versión 6.0 se aplicó el Test de Fischer de Chi cuadrada o Fisher’s Exact Test que determina un valor P asignado con una significancia de alfa $<0,05$ para aceptar o rechazar la hipótesis de trabajo, presentando un intervalo del 95% de confiabilidad. Lo que permite predecir si la población en una próxima evaluación se comportará de forma similar. Este test se utilizó para evaluar si existen diferencias significativas estadísticamente entre las variables sexo, promedio de edad, número de actividades de “Vinculación con el Medio Social” en la que participaron y el análisis de las diferentes dimensiones comunicacionales. La prueba estadística fue considerada debido a que se aplica a tamaños de muestra pequeños, es decir, menores de 100, permitiendo comparar la causa-efecto de los dos grupos respecto de las medias y las varianzas no siendo utilizado otros Test como el Test ANOVA, debido a que el estudio no requiere correlacionar todas las variables entre sí, sino algunas variables que están determinadas por las dimensiones comunicativas y definidas en el instrumento Likert aplicado.

Respecto al análisis de las preguntas abiertas se procedió al procesamiento de la información en una planilla Excel para la organización de los datos disponibles y ser organizados en matrices de dos categorías teóricas y emergentes contemplando a todos los estudiantes. Las categorías teóricas son referidas a las respuestas esperadas según el marco teórico y las categorías emergentes las respuestas no esperadas (Balint, 1961).

3.2 Población muestral

La población de estudio consiste en 50 estudiantes de quinto año, que representa al 83,3% de la población de estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae. Del total de los estudiantes encuestados el 54% participó de forma electiva en la actividad de “Vinculación con el Medio Social” y el 46% restante no participó en dicha actividad.

3.3 Variables y dimensiones:

La variable dependiente es la percepción de los estudiantes sobre sus habilidades comunicacionales e independientes tales como: las personas que realizan la actividad de “Vinculación con el Medio Social”, las personas que no la realizan, la edad y sexo de los estudiantes encuestados.

De acuerdo al estudio de Leal-Costa et al. (2012) se deben considerar las siguientes cuatro dimensiones en las cuales se encuentran las diferentes habilidades comunicacionales:

a) Comunicación Informativa o efectiva: Refleja la manera en que los profesionales de la salud obtienen y proporcionan información en la relación clínica que establecen con los pacientes.

b) Empatía: Refleja la capacidad de los profesionales de la salud de comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación, así como la dimensión conductual de ésta, la actitud empática, compuesta por la escucha activa y la respuesta empática.

c) Respeto: Refleja el respeto que muestran los profesionales de la salud en la relación clínica que establecen con los pacientes.

d) Asertividad o conducta socialmente habilidosa: Refleja la habilidad que los profesionales de la salud tienen de ser asertivos o tener conductas socialmente habilidosas en la relación clínica que establecen con los pacientes.

3.4 Tipo de instrumento

El instrumento utilizado corresponde a un escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS) desarrollado en España en la región de Murcia por Leal-Costa César, Tirado-González Sonia, Rodríguez-Marín Jesús, Vander-Hofstadt-Román, Carlos Javier, el año 2012, basada en la Escala de Habilidades Sociales (SSS; Escala de Habilidades Sociales (EHS) en español; Gismero, 2010 y Maslach Burnout Inventory Servicios Humanos Encuesta (MBIHSS; Gil-Monte, 2005), en su versión validada por un grupo de expertos y adaptada a la población española que refleja la capacidad de los profesionales de la salud de presentar habilidades conductuales y comunicacionales que sean socialmente habilidosas en la relación clínica que establecen con los pacientes. Esta escala Likert se encuentra en el (Anexo N° 1).

La escala Likert elaborada por Leal-Costa César *et al* (2012), está compuesta por 18 ítems con 6 grados de respuesta (Casi nunca - De vez en cuando - A veces - Normalmente- Muy a menudo - Muchísimas veces) que cuantifica el acuerdo o la frecuencia del enunciado o pregunta considerando el grado normalmente como un nivel central que divide y discrimina los parámetros positivos y negativos, siendo normalmente un parámetro negativo. Además 2 ítems se encuentran redactados de forma inversa (ítems 16 y 18). Los ítems redactados de manera positiva se puntúan como sigue: Casi nunca=1, de vez en cuando=2, a veces=3, normalmente=4, muy a menudo=5, y muchísimas veces=6; si la redacción del elemento es inversa se puntúan: Casi nunca=6, de vez en cuando=5, a veces=4, normalmente=3, muy a menudo=2, y muchísimas veces=1.

Las cuatro dimensiones que componen la escala son:

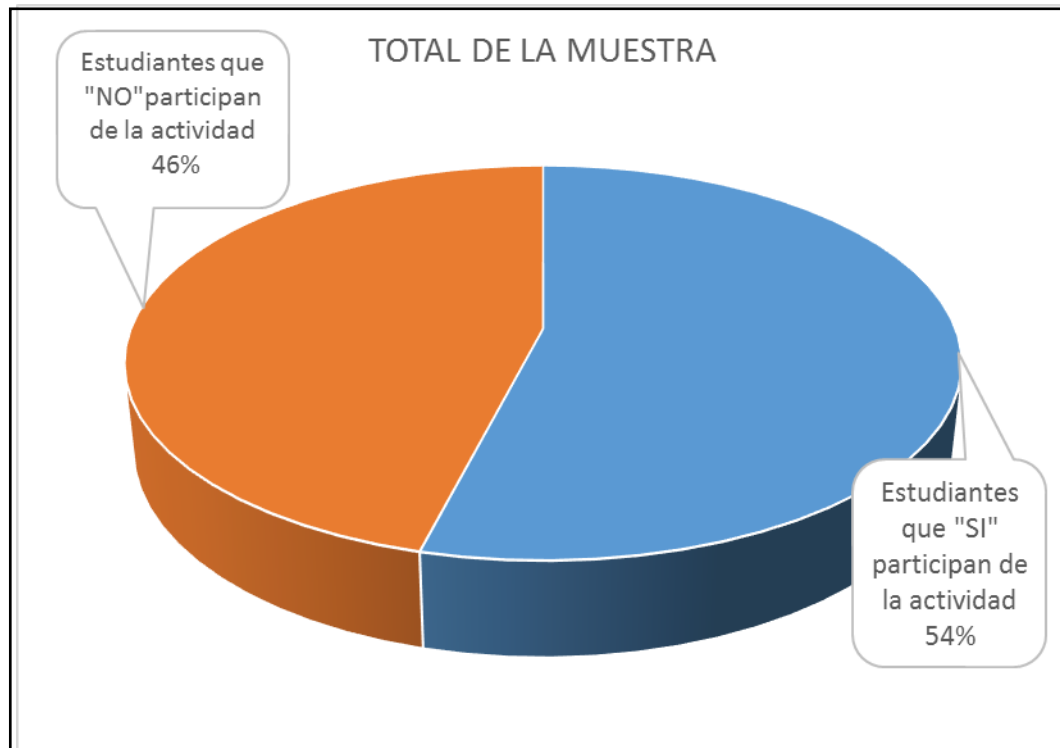
6. Comunicación Informativa o efectiva. Esta dimensión compuesta por 6 ítems (5, 8, 9, 14, 17 y 18). La puntuación mínima que se puede obtener en esta dimensión es de 6 y la puntuación máxima es de 36.
7. Empatía Esta dimensión compuesta por 5 ítems (2, 4, 6, 11 y 12). La puntuación mínima que se puede obtener en esta dimensión es de 5 y la puntuación máxima es de 30.
8. Respeto. Esta dimensión compuesta por 3 ítems (1, 3 y 15). La puntuación mínima que se puede obtener en esta dimensión es de 3 y la puntuación máxima es de 18.
9. Asertividad o conducta socialmente habilidosa. Los 4 ítems de esta dimensión (7, 10, 13 y 16). La puntuación mínima que se puede obtener en esta dimensión es de 4 y la puntuación máxima es de 24.

(Leal Costa César *et al*, 2012).

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de los datos generales de la encuesta

La descripción total de la muestra de los estudiantes de quinto año de Odontología de la Universidad Finis Terrae se representa en el siguiente gráfico:



La población muestral de todo el estudio son 50 estudiantes de quinto año, que representa al 83,3% de la población de estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae, promoción 2016 de los cuales 54% realizan de forma electiva la actividad de "Vinculación con el Medio Social" y 46% no la realiza.

Los datos serán analizados de acuerdo a los ítems de la encuesta

Edad, sexo y participación de la actividad “Vinculación con el Medio Social”

Con el fin de homologar las variables intervinientes, edad y sexo de ambos grupos de estudiantes (estudiantes que participan y no de la actividad de vinculación con el medio social) se aplica un Test Exacto de Fisher's. Los resultados se muestran en la tabla número 1.

Tabla 1: Datos comparativos según edad y sexo del grupo de estudiantes que participan de la actividad “Vinculación con el Medio Social” respecto de aquello que no participan

Criterio	Número	Estudiantes que "Si" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Estudiantes que "No" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Fisher's Exact Test
Sexo	Mujeres (%)	17 (62,9%)	13 (43,44%)	P=0.1683
Edad	Media± DS	24.4 ± 2.1	25.2 ± 2.1	P=0.1379

La tabla número 1 muestra las diferencias entre grupos de participantes y no participantes de la actividad en edad y sexo, llama la atención que hay un mayor porcentaje de mujeres que participan de la actividad; Sin embargo, a nivel estadístico no hay diferencias significativas. Por lo que en ambas variables tanto para edad y sexo no existen diferencias significativas entre el grupo de estudiantes que participó de la actividad versus la que no participó.

A continuación se muestran los resultados obtenidos directamente de la encuesta

Tabla N°2: ¿En su carrera existe formación en habilidades comunicacionales?

	Estudiantes que "Si" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"		Estudiantes que "No" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"		Ficher's Exact Test
	Si existe formación	No existe formación	Si existe formación	No existe formación	
Número de estudiantes	21	6	3	20	0,0001***

La tabla N° 2 muestra la percepción de ambos grupos de estudiantes sobre la existencia de habilidades comunicacionales que se trabajan en la carrera, es interesante observar que el grupo que sí participa de la actividad de "Vinculación con el Medio Social" percibe la presencia de estas habilidades en contraste con el grupo que no participa. Estas diferencias son significativas **P=0,0001***** (Ficher's Exact Test). Su Odds Ratio es de 0,45 Lo que indica una alta probabilidad de que esta situación se repita si se vuelve a realizar la actividad.

Dada la alta percepción de habilidades comunicacionales del grupo de estudiantes que asiste a la actividad de "Vinculación con el Medio Social" y el objeto de estudio de esta investigación a continuación se analizan los resultados del grupo participante de la actividad.

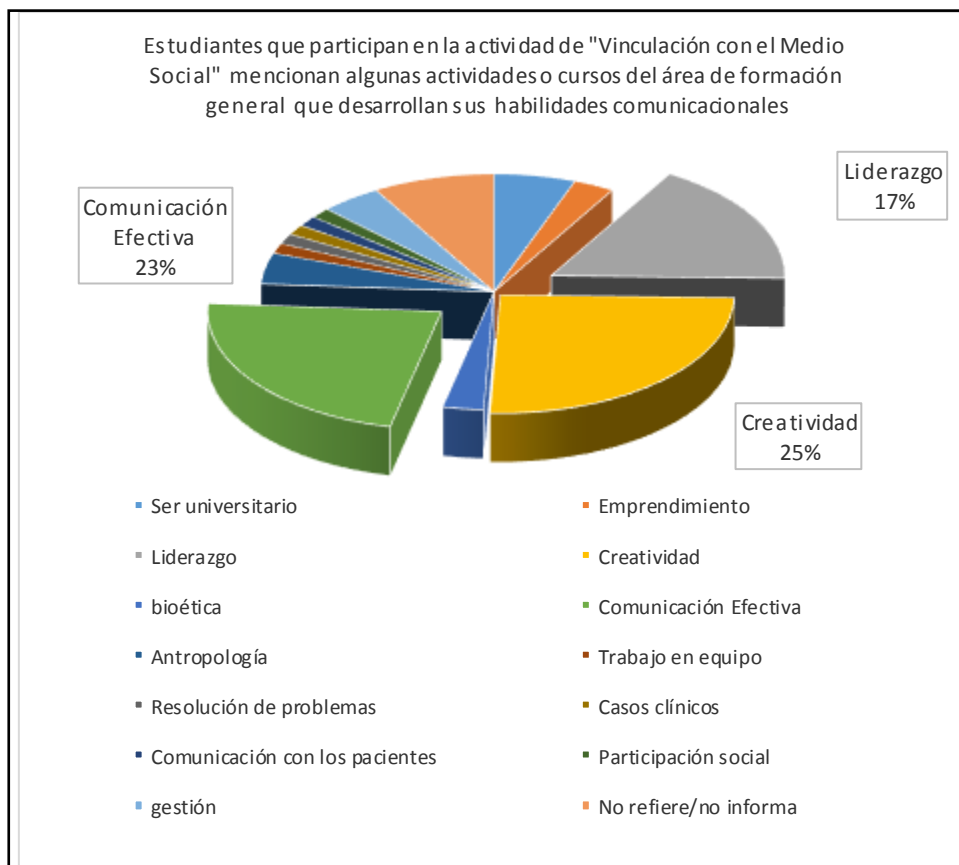
**Tabla N°3: ¿En su carrera existe formación en habilidades comunicacionales?
Mencione ¿Cuáles?**

Respecto al grupo que asiste a la actividad de “Vinculación del Medio Social”, menciona que existe una formación académica respecto a sus habilidades comunicacionales las cuales son atribuidas a diferentes actividades o asignaturas impartidas por la Universidad Finis Terrae en su formación general. La siguiente tabla muestra la percepción del desarrollo y trabajo de habilidades comunicacionales en distintas asignaturas:

Actividades que desarrollan habilidades comunicacionales mencionadas por los estudiantes que participan de la actividad de “Vinculación con el Medio”	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Creatividad	18	25 %
Comunicación efectiva	16	23 %
Liderazgo	12	17 %
No informa	6	8 %
Ser universitario	4	6 %
Gestión	3	4 %
Antropología	3	4 %
Emprendimiento	2	3 %
Bioética	2	3 %
Resolución de problemas	1	1,4 %
Casos clínicos	1	1,4 %
Comunicación con los pacientes	1	1,4 %
Participación social	1	1,4 %
Trabajo en equipo	1	1,4 %
Total de respuesta	71	100 %

La tabla N° 3 muestra de manera decreciente las asignaturas que mejor perciben los estudiantes respecto al desarrollo de sus habilidades comunicacionales. Al respecto es interesante observar que el foco de atención se concentra en tres asignaturas que pertenecen al nuevo modelo formativo en su área de formación general de la Universidad Finis Terrae, las cuales son Creatividad, Comunicación efectiva y Liderazgo como se observa en el siguiente gráfico N° 1:

Gráfico N°1: ¿Menciona qué actividades en tu carrera desarrollan habilidades comunicacionales?



La encuesta de percepción aplicada consideró cuatro dimensiones que forman parte de las habilidades comunicacionales que toda persona debe desarrollar a través de diferentes instancias. A continuación se analizan estas cuatro dimensiones de manera global y luego se analizan en forma detallada por indicadores.

4.1 ANÁLISIS GENERAL DE LA ENCUESTA DE PERCEPCION SEGÚN CRITERIOS O DIMENSIONES

A continuación, se muestran los resultados generales logrados por ambos grupos de estudiantes y su comparación con las respuestas de percepción a nivel comunicacional. Para efectos de comparación se utilizará como percepción positiva aquellos indicadores de la encuesta que corresponden a (muy a menudo-muchísimas veces) según (Leal Costa et al., 2012). Para evidenciar diferencias en ambos con respecto al grado de percepción y valoración de la actividad se aplicó la prueba estadística llamada Fisher de Chi cuadrado. La tabla de contingencia se muestran a continuación:

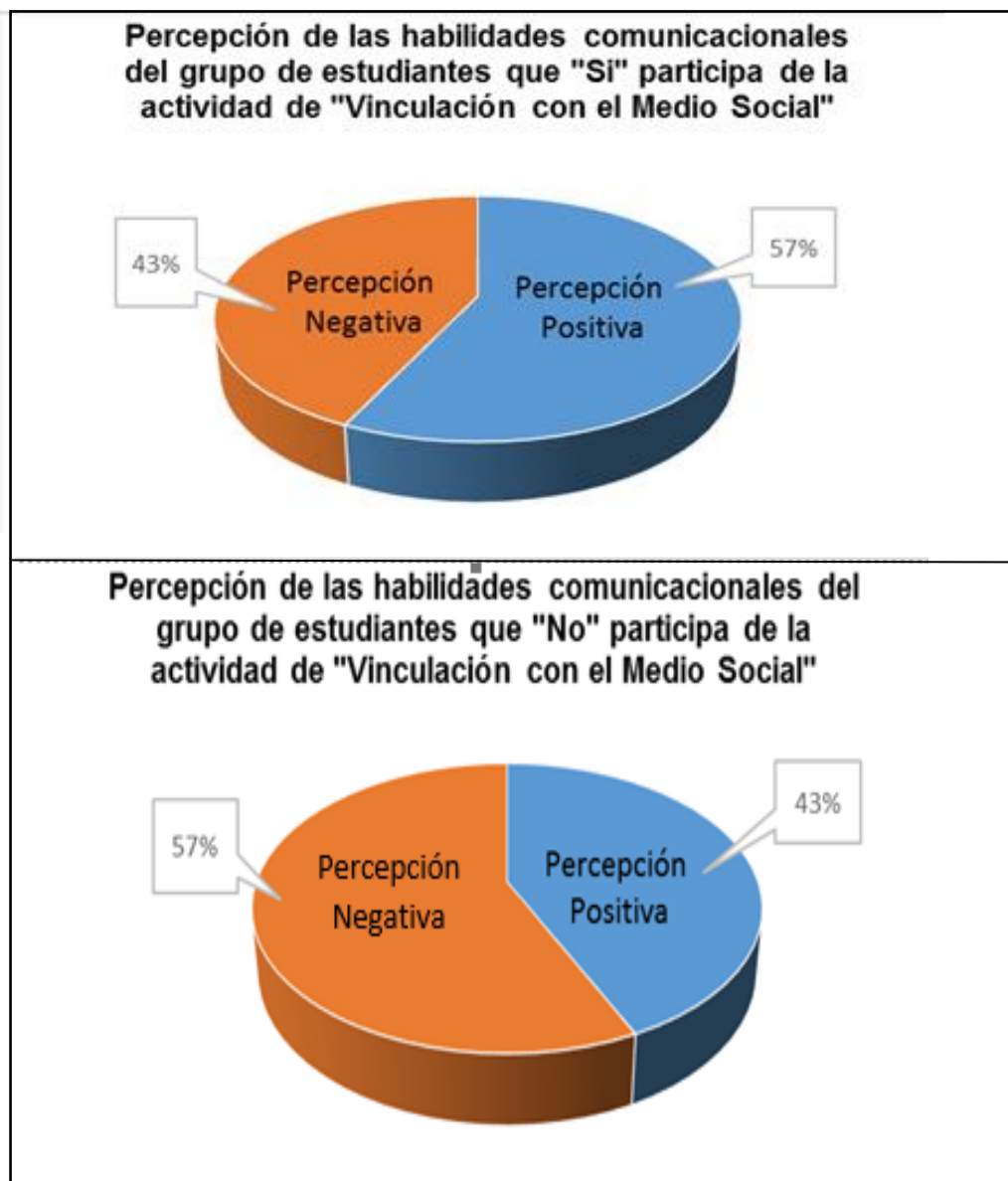
Tabla N°4: Visión general de la percepción de todas las dimensiones comunicativas

Total Dimensiones	“Si” participa de la actividad (%)		“No” participa de la actividad (%)		Total	Fisher’s Exact Test
Percepción positiva	397	57%	299	43%	696	0,0014***
Percepción negativa	90	43%	114	57%	204	

La tabla de contingencia N° 4, muestra el número de respuesta obtenidas del test de percepción y el grado de valoración que los estudiantes atribuyen a sus habilidades comunicacionales en la interacción profesional del área salud y paciente. Esta tabla muestra una diferencia significativa entre los estudiantes que participan de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” en contraste con los que no participan. **P= 0.0014***** (Fisher’s Exact Test). Su Odds Ratio es de 0,45 lo que indica una alta probabilidad de repetir los resultados obtenidos en otra encuesta.

La diferencia significativa entre la percepción de sus habilidades comunicacionales entre el grupo de estudiantes que participa y no participa de la actividad de "Vinculación con el Medio Social" se observa en los gráficos N° 2 que se muestran a continuación:

Gráfico N°2: Comparación de la percepción de las habilidades comunicacionales entre el grupo de estudiantes que participa de la actividad de "Vinculación con el Medio Social" y el grupo de estudiantes que no participa



10. ANÁLISIS DETALLADO DE LA ENCUESTA DE PERCEPCION SEGÚN INDICADORES

Dimensión 1: Comunicación informativa o efectiva esta dimensión refleja la manera en que los profesionales de la salud obtienen y proporcionan información en la interacción comunicativa profesional-paciente. A continuación, se observa el detalle de respuesta obtenida por cada grupo (Tabla 1a-1b) y la comparación de respuesta de ambos grupos de estudio (Tabla 1c) con su respectivo análisis estadístico (Tabla 1d).

Tabla 1a: Visión general de la comunicación informativa o efectiva del grupo de estudiantes que “SI” participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

Estudiantes que "SI" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Proporciono información a los pacientes sobre aquello que los preocupa	0	0	0	0	11	16	27
2.-Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que estoy diciendo	0	0	2	10	5	10	27
3.-Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles	0	0	1	2	7	17	27
4.-Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria	0	0	0	2	8	17	27
5.-Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada	0	0	0	5	13	9	27
6.-Me resulta difícil pedir información a los pacientes	0	2	3	2	10	10	27

Tabla 1b: Visión general de la comunicación informativa o efectiva del grupo de estudiantes que “NO” participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

Estudiantes que "NO" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Proporciono información a los pacientes sobre aquello que los preocupa	0	0	0	6	1	17	23
2.-Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que estoy diciendo	1	0	2	11	5	4	23
3.-Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles	0	0	5	4	4	14	23
4.-Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria	0	0	0	4	4	15	23
5.-Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada	0	0	0	9	7	7	23
5.-Me resulta difícil pedir información a los pacientes	1	0	1	2	2	17	23

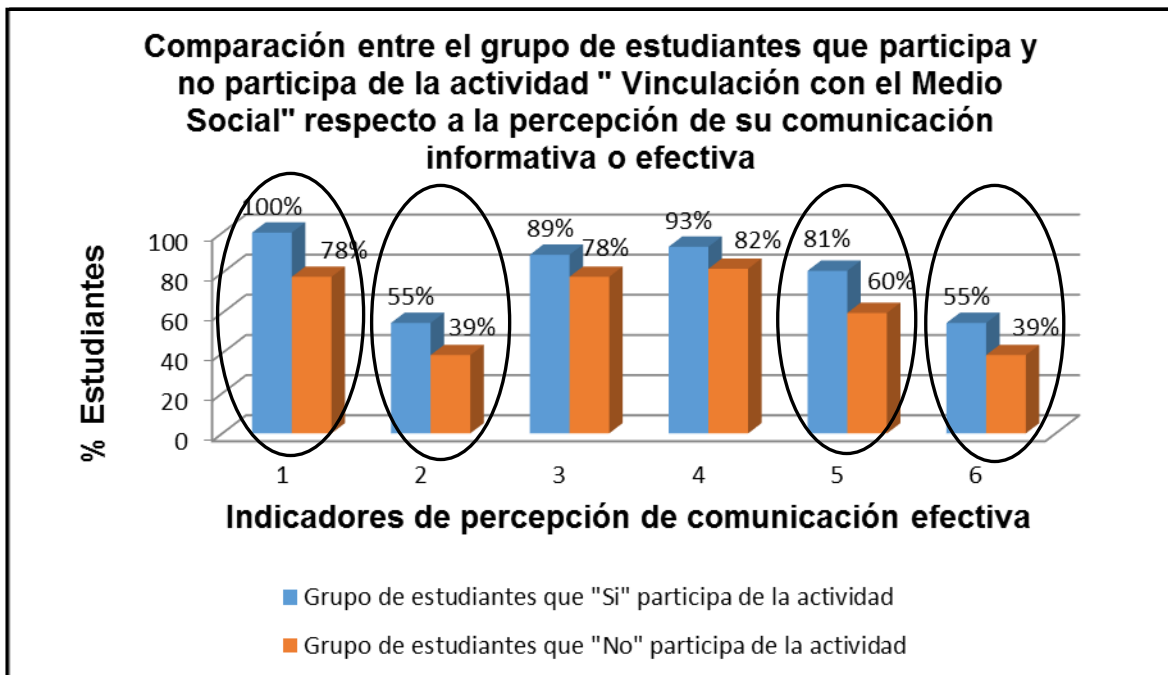
Tabla 1c: Visión comparativa entre los estudiantes que participan de la actividad “Vinculación con el Medio Social” y aquellos que no asisten considerando una percepción positiva de la comunicación efectiva

	Grupo de estudiantes que “ SI ” participa	Grupo de estudiantes que “ NO ” participa	Ficher’s Exact Test por Indicador	Ficher’s Exact Test por Dimensión
1.-Proporciono información a los pacientes sobre aquello que los preocupa	27	18	0,0159*	0.0289*
2.-Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que estoy diciendo	15	9	0,0272*	
3.-Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles	24	18	0,4442	
4.-Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria	25	19	0,4452	
5.-Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada	22	14	0,0268*	
6.-Me resulta difícil pedir información a los pacientes	15	9	0,0272*	

Los estudiantes que participan de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” presentan una percepción positiva respecto aquellos estudiantes que no asisten de 4/6 indicadores de la dimensión de comunicación informativa o efectiva tales como: proporcionar la información necesaria a los pacientes, asimilación de la información, asegurarse que han comprendido la información proporcionada y dificultad en solicitar información a los pacientes. Estos indicadores presentan una diferencia (**P=0,0159***, **P=0,0272***, **P=0,0268*** y **P= 0.0272***, Ficher’s Exact Test) respectivamente. Llama la atención que los cuatro indicadores que presentan

diferencias entre ambos grupos de estudio, a favor de los que asisten a las actividades de "Vinculación con el Medio Social", presentan una directa relación con la percepción sobre cómo se proporciona una adecuada información, evaluar si la comprensión es la adecuada y solicitar información al paciente en contraste con los que estudiantes que no asisten a la actividad. Aquellos indicadores que no presentan diferencias entre ambos grupos, es decir, todos los estudiantes, perciben positivamente que entregan información en términos comprensibles y que los pacientes tienen derecho a recibir información. Estas diferencias se observan en el gráfico N° 3 que se observa a continuación:

Gráfico N° 3: Comparación entre el grupo de estudiantes que participa y no participa de la actividad de vinculación con el medio social respecto a la percepción de su comunicación informativa o efectiva



Dimensión 2: Empatía y Escucha Activa Este criterio refleja la capacidad de los profesionales de la salud de comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación, así como la dimensión conductual de ésta, la actitud empática en la interacción comunicativa profesional-paciente que establecen con los pacientes. A continuación se observa el detalle de respuesta obtenida por cada grupo (Tabla 2a-2b) y la comparación de respuesta de ambos grupos de estudio (Tabla 2c) con su respectivo análisis estadístico (Tabla 2d). Los resultados de percepción se observan a continuación:

Tabla 2a: Visión general de la empatía y escucha activa del grupo de estudiantes que "SI" participa de la actividad de "Vinculación con el Medio Social"

Estudiantes que "SI" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Exploro las emociones de mis pacientes	0	0	2	6	13	6	27
2.-Cuando el paciente habla muestro interés mediante gestos corporales	0	0	0	0	11	16	27
3.-Escucho a los pacientes sobre aquello que les preocupa	0	0	0	2	5	20	27
4.-Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes	0	0	0	4	12	11	27
5.-Trato de comprender los sentimientos de mi paciente	0	0	1	2	12	12	27

Tabla 2b: Visión general de la empatía y escucha activa del grupo de estudiantes que “NO” participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

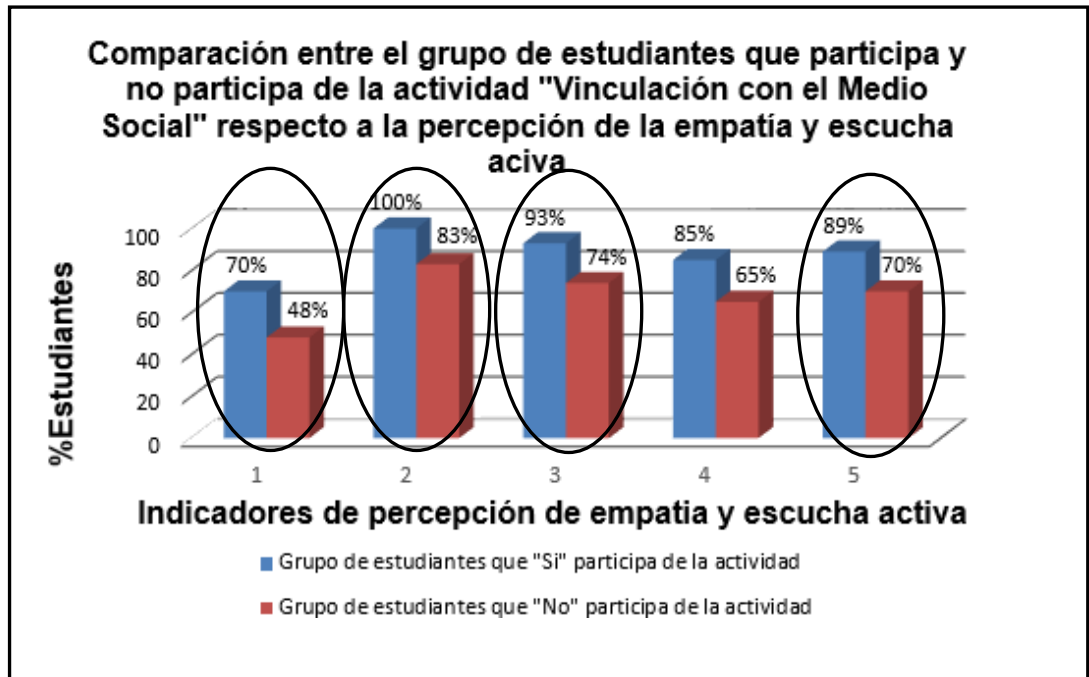
Estudiantes que "NO" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Exploro las emociones de mis pacientes	0	0	3	9	8	3	23
2.-Cuando el paciente habla muestro interés mediante gestos corporales	0	0	0	2	5	16	23
3.-Escucho a los pacientes sobre aquello que les preocupa	1	0	0	4	4	14	23
4.-Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes	0	0	0	5	10	8	23
5.-Trato de comprender los sentimientos de mi paciente	0	0	2	6	6	9	23

Tabla 2c: Visión comparativa entre los estudiantes que participan de la actividad “Vinculación con el Medio Social” y aquellos que no asisten considerando una percepción positiva su empatía y escucha activa

	Grupo de estudiantes que “ SI ” participa	Grupo de estudiantes que “ NO ” participa	Ficher’s Exact Test por Indicador	Ficher’s Exact Test por Dimensión
1.-Exploro las emociones de mis paciente	19	10	0,0257*	0.0037*
2.-Cuando el paciente habla muestro interés mediante gestos corporales	27	19	0,0416*	
3.-Escucho a los pacientes sobre aquello que les preocupa	25	17	0,0473*	
4.-Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes	23	15	0,7147	
5.-Trato de comprender los sentimientos de mi paciente	24	16	0,0342*	

La tabla 2d muestra el comportamiento de ambos grupos de estudio en relación a la empatía y escucha activa con sus pacientes. Es curioso observar que el único indicador que no muestra diferencias en ambos grupos es el referido a dedicar tiempo y tratar de comprender las necesidades de los pacientes, que se está comportando como un indicador de valoración positiva a nivel transversal; sin embargo, en los cuatro indicadores restantes se observa que los estudiantes que participan de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” presentan una percepción positiva respecto aquellos estudiantes que no asisten estas diferencias presentan un valor **P=0,0257***, **P=0,0416***, **P=0,0473*** y **P= 0.00342*** (Ficher’s Exact Test) que determinan que la dimensión empatía y escucha activa presente un valor P de **0.0037*** (Ficher’s Exact Test) altamente significativo. Estas diferencias se observan en el gráfico N° 4 que se observa a continuación en gráfico N° 4:

Gráfico N° 4: Comparación entre el grupo de estudiantes que participa y no participa de la actividad de vinculación con el medio social respecto a la empatía y escucha activa



Dimensión 3: Respeto, esta dimensión refleja la capacidad de los profesionales de la salud de respeto en la interacción comunicativa médico-paciente. A continuación se observa el detalle de respuesta obtenida por cada grupo (Tabla 3a-3b) y la comparación de respuesta de ambos grupos de estudio (Tabla 3c) con su respectivo análisis estadístico (Tabla 3d).

Tabla 3a: Visión general del grupo de estudiantes que “SI” participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

Estudiantes que "SI" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente	0	0	0	3	8	16	27
2.-Respeto la autonomía y libertad de los pacientes	0	0	0	3	6	18	27
3.-Siento que respeto las necesidades de los pacientes	0	0	0	1	9	17	27

Tabla 3b: Visión general del grupo de estudiantes que “NO” participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

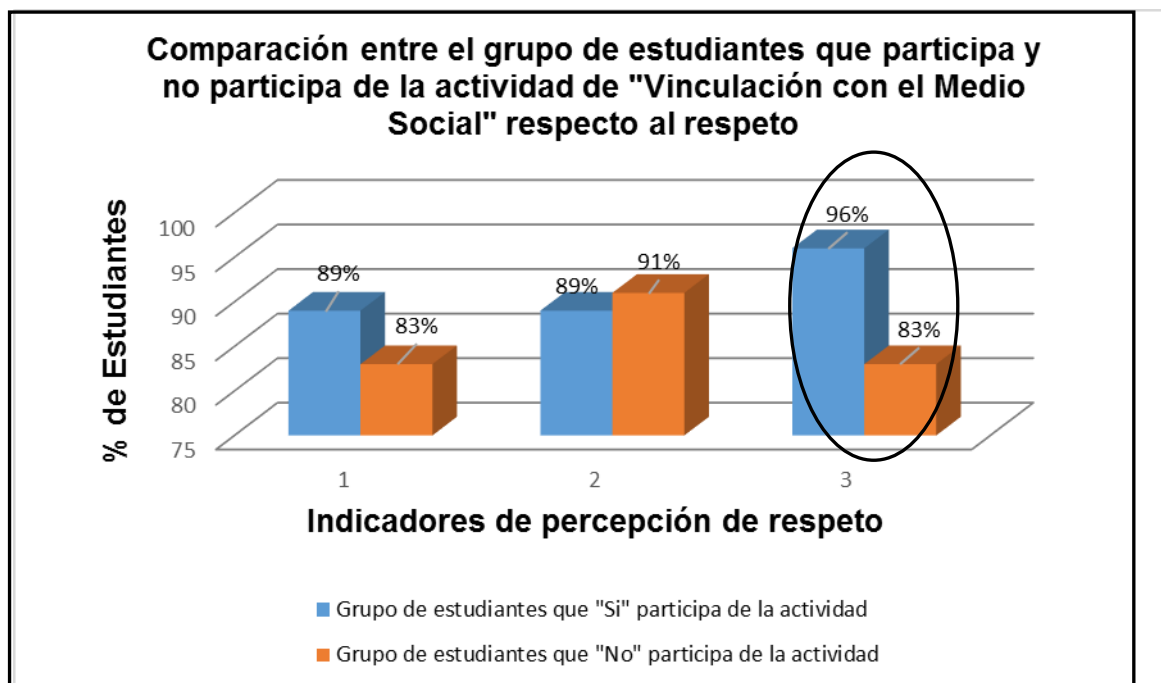
Estudiantes que "NO" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente	0	0	0	4	5	14	23
2.-Respeto la autonomía y libertad de los pacientes	0	0	0	2	7	14	23
3.-Siento que respeto las necesidades de los pacientes	0	0	0	4	7	12	23

Tabla 3c: Visión comparativa entre los estudiantes que participan de la actividad “Vinculación con el Medio Social” y aquellos que no asisten considerando una percepción positiva del respeto

	Grupo de estudiantes que “SI” participa	Grupo de estudiantes que “NO” participa	Ficher’s Exact Test por Indicador	Ficher’s Exact Test por Dimensión
1.-Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente	24	19	0,6888	0,3070*
2.-Respeto la autonomía y libertad de los pacientes	24	21	0,7496	
3.-Siento que respeto las necesidades de los pacientes	26	19	0,0408*	

Los estudiantes que participan de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” presentan una percepción positiva respecto aquellos estudiantes que no asisten, sobre un indicador de la dimensión de respeto referido a sentir respeto ante las necesidades de los pacientes, existiendo una diferencia significativa entre el grupo que asiste a la actividad y el que no participa con un **P=0,0408*** (Ficher’s Exact Test). En los dos indicadores restantes que se relacionan con el respeto a la autonomía y libertad de expresión de los pacientes, ambos grupos se comportan de manera similar y perciben positivamente estos indicadores, no existiendo entre ellos una diferencia significativa a nivel estadístico como se observa en el siguiente gráfico N°5:

Gráfico N° 5: Comparación entre el grupo de estudiantes que participa y no participa de la actividad de vinculación con el medio social respecto al respeto



Dimensión 4: Asertividad o Conducta Socialmente Habilidosa, esta dimensión refleja la capacidad de los profesionales de la salud sobre la habilidad de ser asertivos o tener conductas socialmente habilidosas en la interacción comunicativa médico-paciente. A continuación se observa el detalle de respuesta obtenida por cada grupo (Tabla 4a-4b) y la comparación de respuesta de ambos grupos de estudio (Tabla 4c) con su respectivo análisis estadístico (Tabla 4d).

Tabla 4a: Visión general del grupo de estudiantes que “SI” participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

Estudiantes que "SI" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes	0	0	2	4	15	6	27
2.-Cuando el paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia	0	0	3	9	11	4	27
3.-Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de manera clara y firme	0	0	1	3	8	15	27
4.-Me resulta difícil pedir información a los pacientes	0	3	2	9	10	3	27

Tabla 4b: Visión general de del grupo de estudiantes que “NO” participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”

Estudiantes que "NO" participaron de la actividad "Vinculación con el Medio Social"	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Normalmente	Muy a menudo	Muchísimas veces	Total
1.-Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes	0	0	0	6	12	5	23
2.-Cuando el paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia	1	0	2	5	10	4	23
3.-Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de manera clara y firme	0	1	3	5	6	9	23
4.-Me resulta difícil pedir información a los pacientes	3	0	5	1	4	10	23

Tabla 4c: Visión comparativa entre los estudiantes que participan de la actividad “Vinculación con el Medio Social” y aquellos que no asisten considerando una percepción positiva de asertividad

	Grupo de estudiantes que “SI” participa	Grupo de estudiantes que “NO” participa	Ficher’s Exact Test por Indicador	Ficher’s Exact Test por Dimensión
1.-Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes	21	17	0,8147	1,0000
2.-Cuando el paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia	15	14	0,6855	
3.-Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de manera clara y firme	23	15	0,0004***	
4.-Me resulta difícil pedir información a los pacientes	13	14	0,2314	

Los estudiantes que participan de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” presentan una percepción positiva respecto aquellos estudiantes que no asisten sobre el indicador de expresar comentarios de manera clara y firme. Se observa una diferencia significativa entre el grupo que asiste a la actividad de vinculación con el medio **P=0,0004***** (Ficher’s Exact Test). Su Odds Ratio es de 0,45 Lo que indica una alta probabilidad de que esta situación se repita si se vuelve a realizar la actividad; sin embargo, ambos grupos muestran un comportamiento similar en los indicadores 1, 2 y 4 restantes, siendo sus diferencias no significativas a nivel estadístico. Esto se observa en el siguiente gráfico N° 6:

Gráfico N° 6: Comparación entre el grupo de estudiantes que participa y no participa de la actividad de vinculación con el medio social respecto a la asertividad o conducta socialmente habilidosa



4.2 Análisis e interpretación de las preguntas abiertas de la encuesta

Pregunta N° 1 a): ¿Existe alguna actividad que haya influido en el desarrollo de sus habilidades comunicacionales durante el desarrollo de la carrera?

Esta pregunta consta de dos respuestas, la primera, se refiere a la opinión de los estudiantes acerca de si existe alguna actividad en su formación como profesional del área salud que haya influido sobre el desarrollo de sus habilidades comunicacionales los resultados del grupo total se observan en la siguiente tabla:

¿Existe alguna actividad que haya influido en el desarrollo de habilidades comunicacionales?			
Categoría	Con actividad vinculación	Sin actividad Vinculación	Total (%)
SI influye	21	9	60%
NO influye	6	14	40%
Fischer's Exact Test	0,0089**		

Considerando el grupo total de estudiantes encuestados se observa que el 60% de ellos perciben positivamente que la carrera les entrega herramientas para el desarrollo de sus habilidades comunicacionales y pueden fundamentar esta apreciación. En contraste con el 40% de estudiantes, que desconocen si la carrera les aporta en el desarrollo de esta habilidad. Por otra parte, es interesante observar que al separar ambos grupos de estudiantes, los que participan y los que no participan de las actividades de "Vinculación con el Medio Social" se observa una diferencia significativa entre el grupo que participa de estas actividades quienes valoran positivamente el desarrollo de sus habilidades de comunicación a parte del programa de formación general de la carrera con un valor **P= 0.0089**** (Fischer's Exact Test). Su Odds Ratio es de 0,45 Lo que indica una alta probabilidad de que esta situación se repita si se vuelve a realizar la actividad.

Pregunta N° 1 b): ¿Cuáles(s) actividades en la formación como profesional han influido en las competencias comunicacionales?

En la segunda respuesta, se consideraron las respuestas del grupo que anteriormente contestó que sí, fundamentando su opción. Para ello se realizó una matriz con categorías teóricas que son las respuestas esperadas relacionadas con el programa de formación general, y que corresponden a las ideas esenciales que caracterizan y organizan un conocimiento. Otras actividades no contempladas en la línea de formación general se consideraron categorías emergentes que corresponden a respuestas no esperadas, considerando sus frecuencias.

Matriz de las categorías de estudio teóricas y emergentes de los alumnos de quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae

Categorías Teóricas	Frecuencias
1. Vinculación con el Medio Social	13
2. Ser Universitario	3
3.Liderazgo y Trabajo en Equipo	2
4. Creatividad y Resolución de problemas	1
5. Antropología	0
6. Ética	0
7. Comunicación Efectiva	0
Total de Estudiantes	19
Categorías Emergentes	Frecuencias
1. Clínica de Pre-grado	4
2. Asignatura de Psicología	4

3.Actividades relacionadas con el centro de alumnos	3
4. Intercambios estudiantiles	3
5. Tutoría Clínica	2
6.Actividades Externas a la Universidad (Ejem: Grupo Scout)	1
Total de Estudiantes	17

Es importante destacar que la categoría de conceptos teóricos esperable que los estudiantes mencionen muestra que los estudiantes reconocen a la “Actividad de Vinculación con el Medio Social” como influencia sobre sus habilidades comunicacionales en segundo lugar “Ser Universitario” y tercer lugar “Liderazgo y Trabajo en Equipo”. Además, en la matriz se expresa una frecuencia menor a uno para asignaturas del área de formación general que desarrolla diversas competencias transversales dentro de las cuales se enmarcan las asignaturas de Comunicación Efectiva, Antropología y Ética; sin embargo, llama especialmente la atención que la asignatura de Comunicación Efectiva, que vela por el desarrollo de habilidades comunicacionales, no es mencionada por los estudiantes como una influencia en sus competencias comunicacionales.

Dentro de las Categorías Emergentes se destacan con igual número de frecuencias las Clínicas de Pre-grado y Asignatura de Psicología, luego Intercambios Estudiantiles y en último lugar actividades externas a la Universidad como participación en Grupo de Scout.

Pregunta Nº 2: ¿Qué tan preparado usted se siente, respecto al desarrollo de habilidades comunicacionales, para enfrentar a los pacientes?

En la segunda pregunta abierta se refiere a la percepción que el estudiante presenta a cerca de qué tan preparado se siente para enfrentar a los pacientes para la cual se realizó una categorización como se observa en la siguiente tabla:

¿Qué tan preparado usted se siente, respecto al desarrollo de habilidades comunicacionales, para enfrentar a los pacientes?				
CRITERIOS	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	Porcentajes (%)
Muy Preparado(a)	8	9	17	34%
Bien Preparado(a)	12	17	29	58%
Poca Preparado(a)	1	1	2	4%
No Contesta	2	0	2	4%
Totales	23	27	50	100%

En donde se observa que del grupo total de encuestados el 92% se percibe muy o bien preparado(a) respecto a sus habilidades comunicacionales para enfrentar al paciente, en comparación, al 8% que se siente poco preparado o no contesta, no existiendo una diferencia significativa entre hombre y mujeres encuestados. Además es importante mencionar que estos resultados nos indican que existe una alta percepción de los estudiantes sobre las habilidades comunicacionales de los estudiantes independientemente hayan participado o no de la actividad de “Vinculación con el Medio Social”.

En el caso de las fundamentaciones dadas por los estudiantes que mencionan sentirse muy o bien preparados, explican que esto se debe a que sus habilidades comunicacionales han sido desarrolladas en el colegio, familia e interacciones con los tutores clínicos en su preparación universitaria, experiencias clínicas, esto se representa en las siguientes textualidades:

11. “Me siento muy preparado por las experiencias adquiridas en la Universidad estos años.”
12. “Me siento bien preparado por tener una buena base de mis habilidades comunicacionales otorgadas por el colegio y mi familia.”
13. “Me siento preparado para expresarme en palabras que mis pacientes comprendan y no tan técnico, los trato de igual a igual.”
14. “Me siento muy preparado porque tuve un tutor clínico que se relacionaba muy bien con sus pacientes aprendí de él y la experiencia clínica hace que día a día me prepare aún más.”
15. “Me siento muy capacitada por tener una personalidad extravertida, aunque he tenido problemas por decir lo que pienso”
16. “Nos han preparado bien en la Universidad y me siento listo para enfrentarme a los pacientes.”
17. “Me siento preparada gracias a mi empatía y apoyo, pero no considero que la Universidad tenga un enfoque para abarcar el desarrollo de mis habilidades comunicacionales.”
18. “Me siento bien preparada, pero no porque lo haya enseñado la universidad, siempre me he relacionado bien con la gente, pero falta que la misma carrera apoye esta área.”
19. “Me siento preparada, porque me gusta escuchar a mis pacientes y lograr una mejor relación médico-paciente, logrando de esta manera una mejor adhesión del paciente al tratamiento.”

Respecto al grupo que no se siente preparado, casi no menciona comentarios; sin embargo, se rescatan las siguientes textualidades:

20. “Me falta preparación, pero el contacto directo con el paciente me ayuda a fortalecer esas debilidades.”
21. “Me falta preparación, porque me cuesta explicar al paciente cuando un procedimiento es muy complicado.”

DISCUSIÓN

Nuestros resultados nos permiten concluir que el impacto de la actividad de **“Vinculación con el Medio Social”** en la percepción del desarrollo de sus habilidades comunicacionales en estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología de la Universidad Finis Terrae son que:

1.- Las variables edad y sexo no influyen en la percepción del impacto de la actividad de **“Vinculación con el Medio Social”** en el desarrollo de sus habilidades comunicacionales, siendo ambos grupos de estudio equivalentes, en donde la edad y sexo son descartadas como variables intervinientes que puedan alterar o influir en los resultados obtenidos (Huck *et al.*, 1974).

2.- En relación a la comunicación efectiva que considera la obtención y transmisión de la información al paciente, la **“actividad vinculación con el medio social”** influye positivamente en la impresión de los estudiantes en: a.- entregar información que les interesa a los pacientes; b.- utilizar silencios en la conversación con la finalidad que el paciente asimile la información; c.- garantizar que los pacientes comprenden la información entregada y d.- solicitar información al paciente. Esto nos indica que la **“actividad vinculación con el medio social”** facilita el desarrollo de la comunicación clínica de acuerdo al modelo helicoidal centrado en el paciente, en donde la interacción requiere de dinamismo e intercambio de preguntas y respuestas con una retroalimentación que asegure la comprensión de la información entregada por ambos actores en la interacción comunicativa, la cual requiere de una planificación por parte del profesional de la salud que además ayuda a reducir la incertidumbre por parte del paciente (Moore *et al.*, 2010).

Sin embargo, ambos grupos de estudio aprecian que no existe diferencia en la percepción sobre la entrega de información en términos comprensibles y en el derecho del paciente en recibir información sanitaria, ya que son indicadores en los cuales la actividad de **“Vinculación con el Medio Social”** no tiene un impacto y los

estudiantes atribuyen el desarrollo de estas habilidades a asignaturas de formación general tales como: creatividad comunicación efectiva y liderazgo.

Además es interesante mencionar que existe un indicador: "Me resulta difícil solicitar información a los pacientes" se comporta contrariamente a lo esperado, ya que aquellos estudiantes que participan de la actividad les resulta difícil pedir información clínica a sus pacientes a diferencia del grupo de estudiantes que no participa de la actividad "Vinculación con el Medio Social". Los estudiantes que presentan un contacto directo con pacientes reales en ambientes no estandarizados, se les dificulta solicitar información a diferencia de aquellos estudiantes que no han vivido la experiencia. Esta diferencia nos indica que a través de las metodologías de trabajo utilizadas con los estudiantes se coarta el pensamiento divergente que permite a los estudiantes responder a ciertas circunstancias de forma creativa y espontánea, por lo cual es un indicador que se comporta aleatoriamente, generando una percepción negativa de esta habilidad en los estudiantes (Villanueva y Atencio, 2001). Por esta razón es importante planificar y consensuar con los estudiantes previo a la realización de la actividad el objetivo o finalidad de la actividad y como el estudiante desde su individualidad podrá desarrollar dicho objetivo u meta en un contexto determinado, con la finalidad de desarrollar el pensamiento divergente y evitar generar una percepción negativa en los estudiantes siendo fundamental una instancia de retroalimentación (Ruiz Moral, 2014 y Alberto Dougnac *et al.*, 2016).

3.- Existe una correlación positiva en la interpretación de la contribución de la actividad "Vinculación con el medio social" en la capacidad de comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación. Específicamente en: a.- explorar las emociones de los pacientes; b.- la expresión de interés mediante gestos corporales; c.- escuchar lo que les preocupa a los pacientes y d.- comprender los sentimientos del paciente. No obstante, esta experiencia no interviene en la percepción del tiempo para escuchar a los pacientes y comprender las necesidades del paciente, ya que al no estar insertos en el sistema de salud

tradicional y no estar sometidos al cumplimiento de ciertas exigencias tales como horarios, programas, citas de urgencia, etc. No presentan una diferencia respecto a la percepción de tomarse el tiempo que requieran necesario para escuchar y comprender las necesidades de sus pacientes, siendo la actividad de “Vinculación con el medio social” una instancia de sociabilización, donde concretan el aprendizaje social de la empatía y escucha activa como habilidades comunicativas (Sogi *et al.*,2006)

Esto nos indica que los estudiantes presentan la habilidad de empatía referida a ponerse en el lugar de sus pacientes, captando sentimientos e ideas que vive el paciente desde su marco de referencia interno (Garza *et al.*, 2005). Esta habilidad está íntimamente ligada a la escucha activa que según Leal Costa (2012) corresponde a la disposición física y mental de querer escuchar e interpretar correctamente el mensaje, saber escuchar requiere de habilidades tales como: reconocer, seleccionar, interpretar, anticipar, inferir y activación de la memoria a corto y largo plazo que permite identificar necesidades, inquietudes y expectativas, aumentando la confianza y reduciendo conflictos o malos entendidos (Cova, 2012) y (Ortiz, 2007). La empatía y la escucha activa se encuentran en directa relación con los valores y voluntad de los estudiantes, ya que aquellos estudiantes que perciben un mejor desarrollo de sus habilidades empáticas son aquellos que participan de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” lo hacen de forma voluntaria y sin la necesidad de nada a cambio, más que la satisfacción de sus pacientes. En los profesionales del área de la salud, la empatía y escucha activa pueden mejorar el pronóstico de la enfermedad, satisfacción del paciente, efectividad del tratamiento, además de la percepción y satisfacción del personal del área salud, disminuyendo conflictos entre los pares (Subiela *et al.*, 2014).

4.- No existe una correspondencia directa en el impacto de una percepción positiva relacionada al respeto de aquellos estudiantes que participan o no de la actividad de **“Vinculación con el Medio Social”**. Particularmente en: a.- el respeto al derecho de los pacientes a expresarse libremente y b.- la autonomía y libertad de los

pacientes. Por el contrario, esta actividad colabora positivamente en la apreciación de los estudiantes sobre el sentimiento de respeto a las necesidades de los pacientes.

Esto nos indica que los estudiantes independiente de participar o no de la actividad “Vinculación con el Medio Social” comprenden, aceptan y reciben el mensaje transmitido por el paciente, sin realizar un juicio moral, acogiendo al paciente en forma integral (Leal *et al.*, 2012). Esto, debido a la formación general que recibe el estudiante, tanto en la universidad como en su entorno social, ya que corresponden a aprendizajes que son modelados por los profesores, tutores y pares (Moore *et al.*, 2010).

El respeto en la sociabilización paciente y profesional del área salud es trascendental, aunque hay que destacar que los estudiantes que participan de la actividad, si bien, respetan la autonomía y el derecho de sus pacientes a expresarse libremente, presentan una concordancia con sus sentimientos de respeto a sus pacientes, ya que la interacción profesional de la salud y paciente no se limita solamente al vínculo profesional de la salud y enfermedad, en donde el profesional de la salud debe reconocerse a sí mismo como ser humano, para posteriormente reconocerlo en su paciente y tratar no solo el cuerpo físico, sino también el alma y espíritu que conforma a la persona que busca mejorar su salud, en esta interacción se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y profesional (Balaguer, 2007). Esto nos muestra la importancia del desarrollo de actividades vivenciales con la comunidad en riesgo social como “Vinculación con el Medio Social” son importantes en el proceso de maduración cognoscitiva y emocional que experimentan nuestros estudiantes para desarrollar la autorregulación e interiorización de valores y normas característicos de la cultura que formaran parte. (Cantero y Medina, 1998).

5.- En relación a la habilidad de ser asertivos, la interpretación de los estudiantes del impacto en la actividad **“Vinculación con el Medio Social”** se correlaciona positivamente con: a.- la expresión de los comentarios de manera clara y firme. Pero no afecta la apreciación de los estudiantes en: a.- expresar de manera clara las opiniones y deseos a los pacientes b.- opinar desacuerdos o molestias y c.- la obtención de información a los pacientes.

Esto, nos indica que el grupo de estudiantes expresa de forma verbal o no verbal sentimientos, actitudes y opiniones de un modo adecuado (Leal *et al.*, 2012). En donde los estudiantes, a través de esta experiencia de sociabilización concretan el aprendizaje aumentando su seguridad en el planteamiento de ideas de manera clara y firme. Siendo fiel reflejo de un aprendizaje social de esta habilidad comunicativa (Bandura, 1987) y (Santelices, 2001) que requiere de un aprendizaje formal a través de modelos de conducta de profesores o tutores capacitados y conscientes de que a través de su forma de comunicación asertiva o socialmente habilidosa, siendo referentes en la enseñanza teórico-práctica y reflexiva asociada a un feedback efectivo de sus estudiantes (Maguire, 1976). Además, el desarrollo de esta habilidad aumenta la precisión del diagnóstico, ayudando a la toma de decisiones y a una mejor respuesta al tratamiento por parte del paciente (Sogi *et al.*, 2006; Beach *et al.*, 2005 y Loh *et al.*, 2007), así como aumentar el nivel de satisfacción del profesional y reducir el estrés laboral (Lewin *et al.*, 2001; Roter, 1995 y Leal *et al.*, 2012).

6.- Los estudiantes señalan que la carrera de Odontología, entrega herramientas para el desarrollo de habilidades comunicacionales desde el área de formación general y especialidad, en asignaturas o actividades extra-programáticas categorizadas en orden descendiente de importancia desde la perspectiva del total de estudiantes encuestados son “Vinculación con el Medio Social”, “Clínica de Pregrado” “Psicología” “Ser Universitario” y “Liderazgo” siendo en su mayoría respuestas fundamentadas por el grupo de estudiantes que asiste a la actividad de “Vinculación con el Medio Social”, expresando un mayor conocimiento e

identificación en el desarrollo de sus habilidades comunicacionales. Si bien, el 92% de los estudiantes encuestados manifiestan estar preparados en cuanto a sus habilidades comunicacionales, algunos estudiantes mencionan que estas habilidades se aprenden en el colegio, casa o con sus compañeros, permitiéndonos deducir que el aprendizaje de estas habilidades pierde relevancia en su formación profesional, al no ser un conocimiento nuevo y estar relacionada con la forma de expresión de su “ser” como persona y que aprenderlas y mejorarlas son tarea de toda la vida (Moore *et al.*, 2010).

Dado el análisis de los resultados y las conclusiones de este estudio, se sugiere que una vez realizada la actividad de “Vinculación con Medio Social” se debe generar una instancia íntima y de confianza que permita la realización de una actividad metacognitiva en donde el estudiante pueda auto-evaluarse y reflexionar sobre su actuar, esta actividad debe tener como uno de sus objetivos el desarrollo de las habilidades comunicacionales, las cuales deben ser previamente planificadas, supervisadas y evaluadas en donde exista una retro-alimentación respecto a las habilidades comunicacionales desarrolladas por el estudiante en conjunto con sus pares y el tutor a cargo con el objeto de mejorar su práctica pedagógica y aportar en el desarrollo de las habilidades de los estudiantes, velando por un aprendizaje significativo de los futuros profesionales del área salud.

CONCLUSIÓN

Este estudio se demuestra que:

1.- Existe una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de las habilidades comunicacionales divididas en cuatro dimensiones, según la encuesta aplicada, tales como: comunicación efectiva, empatía, escucha activa y respeto, que representan a tres de las cuatro dimensiones analizadas, presentando una percepción positiva o alta valoración, del grupo de estudiantes que participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” respecto al grupo de estudiantes que no participa.

A continuación evidenciamos el detalle cada dimensión y sus indicadores diferenciadores:

a) La primera dimensión referida a la comunicación informativa o efectiva, nos indica que el grupo de estudiantes que “Sí participa” de la actividad “Vinculación con el Medio Social” presenta una percepción positiva o una alta valoración sobre su habilidad de comunicación efectiva, referida a los siguientes indicadores: proporciono información a los pacientes sobre lo que les preocupa, considerando tiempo de silencio para la asimilación de la información y evaluar que la información sea comprendida por el paciente, aunque le resulta difícil pedir información a sus pacientes a diferencia del grupo de estudiantes que no participa de la actividad“.

b) La segunda dimensión referida a la empatía y escucha activa, revela que existe una diferencia estadísticamente significativa, entre el grupo de estudiantes que participa de la actividad “Vinculación con el Medio Social” versus aquel que no asiste. En donde aquellos que participan, presentan una percepción positiva o una alta valoración de sus habilidades empáticas y de escucha activa, reflejadas en los indicadores relacionados con demostrar interés mediante gestos corporales cuando el paciente habla, al escuchar y explorar las emociones y preocupaciones de los pacientes, tratando de comprender sus sentimientos.

c) Respecto a la tercera dimensión referida al respeto, existe una diferencia significativa entre el grupo de estudiantes que participa de la actividad de “Vinculación con el Medio Social” versus al que no asiste. En donde el grupo de estudiantes que participa, además de percibir que respetan a sus pacientes, son consistentes con lo que sienten; sin embargo el grupo de estudiantes que no participa, si bien percibe que respeta a sus pacientes, no lo sienten, debido a que no han tenido la posibilidad de experimentar “in situ” de actividades como “Vinculación con el Medio Social”.

2.- El 60% de los estudiantes encuestados manifiestan que la carrera de Odontología, les entrega herramientas para el desarrollo de sus habilidades comunicacionales tales como: Comunicación Efectiva, Liderazgo y Creatividad sumada a la “Vinculación con el Medio Social”, “Clínica de Pre-grado”, “Psicología” “Ser Universitario” y “Liderazgo” y “Trabajo en Equipo” Siendo en su mayoría respuestas de los estudiantes que participan de la actividad “Vinculación con el Medio Social”. Estos resultados nos indican que el desarrollo de esta actividad es altamente valorada por aquellos estudiantes que participan, siendo capaces de fundamentar sus respuestas.

4.- Sin embargo, el 92% percibe que se encuentra entre: muy a bien preparado(a), sosteniendo algunos de ellos que estas habilidades las aprenden en el colegio, en la casa, con sus compañeros, tutores clínicos, etc. Indicándonos que los estudiantes desarrollan sus habilidades comunicacionales desde su infancia y que comparadas con el aprendizaje de otras materias pierden la relevancia en su formación profesional, las cuales se relacionan con la autoestima y la esencia de la persona que aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas son una tarea de toda la vida y como docentes formadores de estos futuros profesionales es esencial hacer conscientes la importancia del desarrollo de estas habilidades transversales al curriculum educativo.

BIBLIOGRAFÍA

- AAMC. (2011). Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core Competencies for Collaborative Practice. Washington DC: Association of American Medical Colleges. Desde internet en:
<http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipereport.pdf>
- AAMC. (2011). Liaison Committee on Medical Education Functions And Structure of a Medical School Standards for accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. Desde internet en:
<https://members.aamc.org/eweb/upload/LCME%20Standards%20May%202012.pdf>
- ACGME. (2011). (Accreditation Council for Graduate Medical Education). Common Program Requirements. Desde internet en:
http://www.acgme.org/portals/0/pfassets/programrequirements/120_family_medicine_2011.pdf
- Asociación Paulista de Cirujanos Dentistas (APCD). (2010). Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica. Artes Medicas Latinoamericanas.
- Aspegren, K. (1999). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: a review with quality grading of articles, Editor Association for Medical Education in Europe AMEE, Series Monografía Dundee, Scotland UK: Best Evidence Medical Education Guide.
- Association of American Medical Colleges. (1999). Medical School Objectives Project: Report III Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Washington DC: Association of American Colleges.
- Balaguer, A. (2007). La relación clínica ACEB. Desde internet en:
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n4/pdf/a06v20n4.pdf>
- Balint, M. (1961). El médico el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ateneo.
- Bandura, A. (1987). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bayés, R. y Marín, B. (1992). La psicología de la salud en España y América Latina. Libro de Ponencias del I Congreso Iberoamericano de Psicología, 60-94.

- Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R.L., Arbelaez J.J., Duggan, P.S., & Cooper L.A. (2005). Do Patients Treated With Dignity Report Higher Satisfaction, Adherence, and Receipt of Preventive Care? *Annals of Family Medicine*, 3, 331-38.
- Bellon, S.J.A. y Martinez C. T. (2001). La investigación en la comunicación en salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria*, 27(7), 452-458.
- Beltrán F. (2004). Desarrollo de la competencia comunicativa México: Universidad Abierta. Desde internet en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100031
- Bosch-Capblanc X., Abba K., Pictor M., Garner P. (2007). Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-7.
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. Skills and effort are key. En *BMJ*.
- Canovaca Vega, A.M. (2010). Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria. Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. Córdoba: Servicio de Publicaciones.
- Carr-Hill, R.A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *J Public*, 14(3).236-49.
- Cebrià, J., Plama, C., Segura, J., García, R. & Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en médicos de familia. *Rev. Psiquiatría Fac. Med Barna*, (33), 34-40.
- Chávez, S. (2007). Saber escuchar. Santiago de Chile: Neoprevisión Instituto de seguridad.
- Chin, J.J. (2001). Doctor patient relationship: A covenant of trust. *Singapore Med J*, 42(12), 579-581.
- Clèries, C.X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Med.*, 13 (1):25-31.

- Cófreces, P., Ofman, S. & Dorina, S. (2014). Communication within the doctor - patient relationship. Analysis of scientific literature between 1990 and 2010. *Revista de la Comunicación y Salud*, 4, 19-34.
- Collins, A.S. & Alseron, P.J. (2001). Teaching Non-interpretative Skills Radiology Residents: A Collaborative Effort between the American College of Radiology and the Association of Program Directors in Radiology, 8(9), 903-907.
- Cova, Y. (2012). La comprensión de la escucha activa. *Rev. Med*, 54(87).
- Cuello, M. (2004). Perfil Actual y Requisitos para un Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología en el Nuevo Milenio en Chile. *Rev. Chil Obstet Ginecol*, (69), 136-148.
- Cummings, K.D., Kaminski, R.A. & Merrell, K.W. (2008). Advances in the assessment of social competence: Finding from a preliminary investigation of a general outcome measure for social behavior. *Psychology in the Schools*, 45 (10), 930-946.
- D'Anello, S. (2000). Escalas RELAMEPA y RELAME: Medidas de percepción de la relación médico-paciente. Santiago de Chile: Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Los Andes.
- D'Anello., Koch S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A. K. & Benítez, A. (2009). Relación médico paciente y adherencia a tratamiento. *Revista MédULA*, 18(1), 33-39.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la psicología*. 3ª.ed. México: Editorial Mac Graw Hill. México.
- DiMatteo, M.R., DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance*. New York: Elmsford: Pergamon.
- Dolan, S. & Martín, I. (2002). Los 10 Mandamientos para la Dirección de personas, *Gestión* 2000.
- Donnelly, L.F., Janet, L. & Strife, J.L. (2006). Establishing a Program to Promote Professionalism and Effective Communication in Radiology. *Radiology*, (238), 773-779.
- Dörr, A.A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva. *Revista Médica de Chile*, 132(11), 1431-1436.

- Duffy, F.D. (2001). Conference on Education and Evaluation of Competence in communication and interpersonal skill: The Kalamazoo II Report., 79, 495-507.
- Duffy, F. D. (1998). Dialogue. The core clinical skill. *Ann Intern Med*, 139-141.
- Fisher, C.D. (1986). Organizational Socialization: An Integrative Review Research in Personal and Resources Management, 4, 101-145.
- Frank, P., Jerat, A.F., Fiscella, K., Shields, C.G., Tancredi, D.J. & Epstein R.M. (2006). Styding physical effects on patient outcomes: Physician international style and performance on quality of care indicators. *Social Science and Medicine*, (62), 422-432.
- Fritsch, P.J. (2005). Communication: The key to Improved Patient Care Radiology. (234), 13-14.
- Froján, M. & Rubio, R. (2005). Discriminant anlysis of tretment adherente in insulindependent diabetes mellitus. *Psychology in Spain.*, (9), 41-48. .
- Garza, A., González, D., Herrera, C. & Lara, H. (2005). Validación de escala de empatía en profesionales del área salud en México. *Salud (Medigraphic)*, 28.
- General Medical Council. (1993). Tomorrow"s doctors. Remmendations on undergraduate medical education. London: General medical Council.
- Gresham, F. M., Sugai, G., & Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skilss training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional Children*, 67(3), 331-344.
- Griffin, S.J., Kinmonth, A.L., Veltman, N.W., Gillard, S., Grant, J. & Stewart, M. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* (2), 595-608.
- Headache Sudy Group of the University of Western Ontario. (1986). Predictors of outcome in headache patients presenting to falily physicians - a one year prospective study. The Headache Study Group of the University of Western Ontario. *Headache*. (26), 285-294.
- Henríquez, F., Abd-El-Kader, G. & Marilao, M. (2012). Atención en la salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(2).

- Hernández-Torres. (2006). Importancia de la comunicación médico paciente en. *Medigraphic Artemisa*, 8(2)137-143.
- Herrera, M., Lemus A., Valdés M. & Padrón, C. (2010). Competencia comunitativa en los estudiantes de medicina: disganóstico preliminar. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar*, 14 (1).
- Herriko,U.E. (2001). *Relaciones interpersonales. Generalidades*. Madrid: Alianza.
- Izzeddin, Abou, Roba, Spina, María, & Tosta, Egilda. (2010). Ethical dimension in dentistry practice: personalist viewpoint., 16(2), págs. 207-210. Obtenido de Recuperado en 20 de mayo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200014&lng=es&tlng=en. 10.4067/S1726-569X2010000200014
- Kurtz, S.M. (2002). Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*, Suppl2, and S.239-9.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J. & Draper, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing The Clagary- Cambridge guides. *Academic Medicine*, (78), 802-809.
- Laine, Ch. (1996). Patient- Centered medicine. A Profesional Evolution. *JAMA*, 275, 152-156.
- Lassen, L.C. (1991). Connections between the quality of consultations and patient. *Family Practice*. 8(2), 154-160.
- Leal, C., Tirado, S., Rodriguez- Marín, J., Van-Der Hofstadt, C.J. (2012). Creación Escala de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-. *International Journal the clinical and Health Psychology*, vol (2), 33-39.
- Leal, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J. & Vander-Hofstadt-Román, C. (2015). Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260015000216>
- León, J. M., Cantero, F. J. y Medina, S. (1998). Socialización y aprendizaje social. En J. M. León (coord.). *Psicología social*. (pp. 43-58). Madrid: McGraw-Hill.
- Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient -centred approach in clinical consultations. En *Cochrane Database Syst Rev*.4, CD003267.

- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C., Simon, D., & Harter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65, 69-78.
- Lorente, J. & Jiménez, A. (2009). La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm.
- Luján, C., Leal, C. & Gascón, M. (2008-2012). Habilidades sociales en los profesionales de la salud y satisfacción de los pacientes del hospital de día. *Journal of Health Psychology*, (1), 20-24.
- Maguire, G. (1976). History-taking for medical students. I-Deficiencies in performance. *Lancet*, 2, 556-8. .
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, (45) 23-34.
- Maluczynski, M. (2001). Querer oír al otro. *Universidad Nacional de Entre Ríos*, 4(7).
- Maqueo, A. (2006). Lengua, aprendizaje y enseñanza. El enfoque comunicativo: de la teoría a la práctica. México: limusa.
- McLane, C., Zyzanski, S. & Flocke S. (1995). Factors associated with medication noncompliance. 8(6), 206-209.
- Mead, N. & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, 51-61.
- Merleau-Ponty, M. (2009). El mundo de la percepción. *Revista INVI*. Universidad de Chile, 24 (67), 181-183.
- Michelson, L., Sugai, D., Wood, R., & Kazdin, A. (1987). Las Habilidades Sociales en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.
- Mira, J. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Medicina Clínica*, 116, 104-110.
- Montero-Marín, J. & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36), (10), 302.
- Moore, P., Gómez, G. & Kurtz, S. (2010). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Elsevier. Aten. Primaria.*, 44(6): 358-365.

- Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365.
- Ortega, T. & García M. (2009). Enseñanza de las habilidades no interpretativas en radiología. Revisión de la literatura, experiencia local y proyecciones futuras. *Revista Chilena de Radiología*, 15(2), 80-85.
- Ortiz, C. (2007). *Aprender a escuchar ¿cómo desarrollar la capacidad de escucha activa?* USA: Lulu.
- Parra, R. (2004). *La competencia comunicativa profesional pedagógica: una aproximación a su definición*. 20 (Colección Pedagogía Digital). Madrid: Círculo Rojo Editorial.
- Pereira Del Prette, Z. (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales: Terapia y Educación*. Brasil: Manual Moderno.
- Pérez, C., Vidaillet, E., Carnot, P., Duane, M. & Machado, O. (2003). La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600006
- Pérez, F. & Cartes-Velasquez, R. (2015). Estrés y burnout en estudiantes de Odontología: una situación preocupante en la formación profesional. *Edumecentro*, 7(2), 179-190.
- Pérgola, F.M. (2002). *Cultura, Globalización y Medicina Buenos Aires: El Guión* Disponible en internet: https://www.google.cl/search?q=P%C3%A9rgola+F.+M.+%282002%29.+Cultura%2C+Globalizaci%C3%B3n+y+Medicina+Buenos+Aires%3A+Editorial+El+Gui%C3%B3n.&rlz=1C1AVNE_enCL655CL655&oq=P%C3%A9rgola+F.+M.+%282002%29.+Cultura%2C+Globalizaci%C3%B3n+y+Medicina+Buenos+Aires%3A+Editorial+El+Gui%C3%B3n.&aqs=chrome..69i57j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Pérgola, F.M. (2010). La relación entre el médico y su paciente en la era electrónica. *Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*, 44(6), 358-365.
- Prados, J., Cebria, A. & Bosch F. (2000). Comunicación centrada en el paciente: una aplicación clínica. *Formación Médica Continua* en, 7, 83 –95.

- Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educacion Odontologica (PLACEO). (2010). Sou Paulo: Artes Médicas.
- Reyna, C. & Brussino, S. (2011). Evaluación de las Habilidades Sociales Infantiles en Latinoamérica. *Psicología en Estudio, Maringa*, 16(3), 359-367.
- Rivera, I., Arratia, R. & Zamorano A. (2011). Evaluación del nivel de orientación empática. *Salud Uninorte Barranquilla*, 27 (1): 63-72.
- Riveros, J. & Berné, A. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre la calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Rev Med Chile* (135), 862-870.
- Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud*, 32(10), 594-602.
- Rose- Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: a theoretical review. *Social Development*, 6 (1), 111-135.
- Rosselot, E. (2003). Looking for the physicians that our countries need: emphasis on communication and training of academics. *Rev. Med Chile*, 131:331-7.
- Roter, D.(1995). Improving physicians´ interviewing skills and reducing patients´ emotional distress. A. randomized clinical trial. *Arch Intern Med* (155), 1877-1884.
- Ruiz, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficiencia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6, 159-167.
- Ruiz, R. (2014). *Comunicación Clínica*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Santelices, L. (2001). La familia desde una mirada antropológica: requisito para educar. *Pensamiento Educativo*, (28), 183-198.
- Shannon, C. & Weaver, E. (1949). *The mathematical Theory of communication*. Chicago: University of Illinois Press.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishina, N, & Nagata S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurse: a pilot study. *J Occup Health* (45), 185-190.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Magurie, P. & Lipkin, M. (1993). Comunicación médico-paciente. El informe del consenso de Toronto. *BJM (ed esp)*, 8, 40-45.

- Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M. & Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. (F. d. UNMSM, Ed.) 67(1), 30-37.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes. CMAJ, 152(9), 1423-1433.
- Subiela, J., Abellón, J., Celdrán, A., Manzanares, J. & Satorres, B. (Abril de 2014). La Importancia de la Escucha Activa en la Intervención Enfermería. Enfermería global, 13, (34) 276-292.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jaques, A. & Klass, D. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. Medical psychology 298, 993-1001.
- Trianes, M., Muñoz, A. & Jiménez, M. (1997). Competencia social: su educación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Universidad Finis Terrae. (2015). El informe de Reacreditación Institucional de la Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.
- Van, D.T. (2000). El discurso como interacción en la sociedad. En el discurso como proceso de interacción social. Barcelona: Gedisa.
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades. Universidad Autónoma Metropolitana. Iztapalapa. Mexico, 4(8), 47-53.
- Verganud, G. (1996). A trama dos campos conceituais na construo dos conhecimentos. Revista DoGEMPA: Porto Alegre, (4) 9-19.
- Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson DD. (1991). Teoría de la comunicación humana (8ª.ed.). Barcelona: Herder.
- Zayas, A. (2002). La Comunicación Interpersonal. Madrid: Pirámide.

ANEXO: ENCUESTA APLICADA