



Percepción de los Residentes de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca 2023-2025 y egresados 2024, sobre las estrategias pedagógicas implementadas para desarrollar habilidades comunicativas

**CATALINA CORAL CORAL**

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

**DAGOBERTO CÁCERES**

TUTOR

**PROGRAMA**

**ESCUELA DE EDUCACIÓN, CREACIÓN Y CULTURA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**UNIVERSIDAD ICESI**

**MAYO DE 2025**

Contenido	
1. Introducción .....	6
2. Problema de investigación .....	7
2.1 Habilidades comunicativas que se enseñan en el PEMF de la Universidad del Cauca .....	9
Cuadro 1 .....	13
2.2 Pregunta problema .....	16
2.3 Vacío del conocimiento .....	16
2.4 Objetivos .....	17
2.4.1 Objetivo general .....	17
2.4.2 Objetivos específicos .....	18
2.5 Justificación .....	18
2.6 Hipótesis .....	20
2.6.1 Hipótesis nula .....	20
2.6.2 Hipótesis alternativa .....	21
3. Marco de referencias .....	21
3.1 Marco teórico .....	21
3.2 Estado del arte .....	28
4. Diseño metodológico .....	41
4.1 Metodología de investigación .....	41

4.2 Participantes .....	42
4.3 Definición de variables.....	42
4.4 Métodos y técnicas de recolección de la información.....	44
Tabla 1.....	49
Tabla 2.....	50
Tabla 3.....	50
Cuadro 2.....	57
4.5 Consideraciones éticas del estudio .....	58
5. Análisis de resultados .....	60
5.1 Caracterización sociodemográfica de la población.....	61
Tabla 4.....	62
Tabla 5.....	62
Tabla 6.....	63
Tabla 7.....	64
Tabla 8.....	66
Tabla 9.....	68
Tabla 10.....	68
Tabla 11.....	69

Tabla 12. ....	71
5.2 Identificación de las estrategias educativas respecto a habilidades comunicativas implementadas en la formación en Medicina Familiar, en la población a estudio.....	72
Tabla 13. ....	73
Tabla 14. ....	77
Tabla 15. ....	78
Tabla 16. ....	80
Tabla 17. ....	81
5.3 Precisar las habilidades comunicativas presentes en los residentes unicaucanos del programa de Medicina Familiar .....	82
Tabla 18. ....	82
Tabla 19. ....	83
Tabla 20. ....	84
Tabla 21. ....	85
Tabla 22. ....	87
Tabla 23. ....	90
Tabla 24. ....	91
5.4 Categorizar la percepción de las estrategias educativas implementadas en la formación de posgrado para el desarrollo de habilidades comunicativas, en la población a estudio ..	92

Tabla 25.....	93
Tabla 26.....	95
Tabla 27.....	97
Tabla 28.....	99
Tabla 29.....	100
Tabla 30.....	102
Tabla 31.....	104
Tabla 32.....	108
Tabla 33.....	110
Tabla 34.....	113
Tabla 35.....	115
Tabla 36.....	116
Tabla 37.....	118
Tabla 38.....	120
6. Conclusiones.....	123
6.1 Recomendaciones para la Formación.....	125
7. Referencias bibliográficas.....	127
8. Anexos.....	141

## 1. Introducción

En muchas ocasiones los pacientes se muestran inconformes por la falta de retroalimentación en cuanto a información que obtienen del personal de salud, la falta de explicación de sus patologías y manejos sugeridos, ocasionando fallos en la adherencia terapéutica (Ortega C. et al., 2018). La habilidad para obtener una comunicación efectiva es una competencia primordial para los Médicos de Familia, quienes actúan como el primer punto de contacto para muchos pacientes y son quienes brindan la atención en salud a lo largo de la vida de los individuos. Para ello, es fundamental adquirir y fortalecer las habilidades comunicativas para facilitar la atención de sus pacientes, por ende, es necesario que dicha habilidad se desarrolle, fortalezca e introyecte en pro de establecer relaciones sólidas con sus pacientes, comprender sus necesidades y brindarles una atención integral y de calidad.

Conocer las opiniones y experiencias de los educandos con relación a las estrategias de enseñanza de las habilidades comunicacionales ofrece a los docentes la oportunidad de ajustar dichas estrategias para que sean más efectivas y relevantes para su formación. Se pretende reconocer las debilidades y las fortalezas de estas estrategias bajo el punto de vista de los residentes de la Universidad del Cauca, para la aprehensión de habilidades comunicacionales, así como explorar su impacto en la preparación de estos futuros profesionales para la práctica clínica. El resultado de esta investigación apoyará la comprensión del entrenamiento de médicos de familia y ayudará diseñar intervenciones pedagógicas más efectivas para el perfeccionamiento de las habilidades comunicativas en los médicos que se forman en esta especialidad.

## **2. Problema de investigación**

El tiempo que se dedica a la consulta de Atención Primaria es escaso, y transcurre en 3 minutos en promedio; este estudio realizado en Menorca por Seguí Díaz (2004) evidenció que tal situación reduce el tiempo de escucha activa durante la consulta médica, lo que limita a su vez, el tiempo para educar al paciente, debido a esta breve asignación. En Colombia, de acuerdo a lo dictado en el artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994 la consulta médica ambulatoria debe durar mínimo 20 minutos, que es un lapso limitado para lograr una atención efectiva y adecuada al paciente (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1994), porque la corta duración de la consulta médica incrementa el riesgo de cometer errores médicos, además que incrementa la insatisfacción del paciente y de los profesionales de la salud.

Para la Organización Mundial de la Salud, el proceso comunicativo es inseparable de la labor asistencial, particularmente en aquellos profesionales dedicados a la detección y manejo de riesgos, por lo tanto, identificar en el interrogatorio clínico, las situaciones a las que se someten los individuos permiten brindar consejería para evitar consecuencias de actos nocivos en salud. En una revista de epidemiología peruana, se publicó un artículo que mencionó que el objetivo primordial del proceso comunicacional es incentivar el cuidado autónomo de la salud, mediante la reducción de la brecha informativa con las personas y las comunidades (Vílchez-Gutarra & Palpán-Guerra, 2014). Es decir, los profesionales de la salud intentan motivar a la población en su autocuidado mediante el diálogo en la consulta.

Respecto a la Ley 23 de 1981 que trata de los lineamientos de la ética médica, los artículos que con mayor frecuencia se violan, se relacionan con la escasa dedicación de tiempo al paciente (Mario A. López et al., 2004). Cabe destacar que las consultas médicas más prolongadas conllevan notables beneficios, como una mayor precisión en los diagnósticos y una disminución significativa de reclamaciones y litigios por negligencia médica. Sin embargo, en Colombia no hay un proyecto de ley en curso que promulgue el incremento del tiempo dedicado a la consulta médica.

En 2015 el Ministerio de Salud junto a los representantes de varios programas de postgrado en Medicina Familiar de Colombia, elaboró el currículo único para los programas de dicha especialidad cuyo fin era homogeneizar las competencias de formación, entre ellas, promover las habilidades comunicativas. Sin embargo, en el ejercicio profesional la introyección de esta competencia es débil, hay un trato mercantilista de la salud y el paciente no es visto como un ser humano que requiere una atención integral y holística (Ministerio de Salud [MINSALUD], 2015).

Parte de la inconformidad que presentan los pacientes con respecto a la atención recibida tiene que ver con la falta de instrucción, entendimiento de su diagnóstico y manejo sugerido, ocasionando problemas de cumplimiento del tratamiento. Los programas de entrenamiento que privilegian el proceso comunicativo entre médico y paciente, fortalecen el conocimiento del riesgo en salud bajo la perspectiva de los usuarios.

El entrenamiento para alcanzar la ganancia de las habilidades comunicativas se centra en desarrollar ciertas capacidades como la empatía, asertividad, calidez, cercanía y escucha activa.

Aunque estas destrezas pueden ser más naturales para algunas personas que para otras, son enseñables y aprendibles. En su libro, Hofstadt R. (2022), menciona que estas habilidades se pueden optimizar, incluyendo acciones como verificar la comprensión del paciente, validar, confirmar y resumir información. La Doctora en Educación Eulalia Ros Martrat (2004), quien labora con residentes de Medicina Familiar de la Universidad de Cataluña, concluye que se debe conocer cómo son percibidas las estrategias pedagógicas por los estudiantes para entender qué tan efectivas son y si requieren una optimización. Dicho de otro modo, es muy importante considerar la opinión del estudiante como sujeto activo en su proceso formativo.

### **2.1 Habilidades comunicativas que se enseñan en el PEMF de la Universidad del Cauca**

Se revisó el currículo del programa de formación de la especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca y la guía de trabajo del módulo denominado Comunicación humana y comunicación asertiva que deriva del módulo socio-humanístico, el cual se dicta en tercer año. En el documento se registra que, entre las competencias esenciales que se espera sean alcanzadas por el especialista en formación, está la comunicación asistencial mediante el uso de las habilidades comunicativas y educativas, enfatizando que sin esas habilidades se desaprovecharía o sería mal utilizado el potencial de residente y que las mismas deben ser enseñadas mediante una metodología específica.

Durante su entrenamiento se desarrollan unos núcleos problémicos o rotaciones en cada uno de los ámbitos de consulta ambulatoria, hospitalario, trabajo extramural con familia y

extramural con comunidad, el estudiante deberá demostrar la habilidad de comunicarse de manera efectiva con el paciente, con la familia del paciente y con sus cuidadores, para enrutarse a la familia y a sus integrantes en el empoderamiento del autocuidado.

En el núcleo problémico del “Cuidado médico del niño” se propone que el estudiante demuestre la habilidad de mantener una comunicación efectiva con el paciente, así como con la familia del paciente y sus cuidadores, para asegurar el plan de tratamiento.

En el núcleo problémico de “Cuidado ginecológico y obstétrico” se sugiere que el estudiante demuestre la capacidad de entablar un proceso comunicativo efectivo con el paciente, con los familiares o cuidadores, de manera que el diagnóstico sea claro para ellos y que los planes de tratamiento sean desarrollados en forma colaborativa, considerando la opinión e intereses de la paciente.

En el núcleo problémico del “Cuidado del paciente quirúrgico” se plantea que el estudiante se comunique de manera asertiva con el paciente, la familia del paciente y sus cuidadores, para asegurar que el diagnóstico y plan de tratamiento sean entendidos claramente.

En el núcleo problémico del “Cuidado médico del adulto” se espera que el residente aprenda a diferenciar los estilos de comunicación de hombres y las mujeres. Además, se escribe que el estudiante debe ser capaz de comunicarse efectiva y sensiblemente con el paciente y con otros allegados involucrados en su cuidado, de modo que tengan claridad en el diagnóstico, recomendaciones y plan de tratamiento.

En el “Núcleo problémico enfermedades y condiciones de la piel” se propone que el estudiante se comunique de forma asertiva con el paciente para que tenga claridad en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.

En el “Núcleo problémico cuidado médico del adolescente” se aconseja que el estudiante se comunique asertivamente con el adolescente y su familia, estableciendo una relación terapéutica que respete la confidencialidad de la información, que favorezca la comunicación entre el adolescente y su familia y con ello, promueva una buena relación médico paciente que facilite una comunicación efectiva sobre metas, vivencias y problemas de relación del adolescente.

En el “Núcleo problémico cuidado médico del anciano” se sugiere que el estudiante sea capaz de comunicarse de manera efectiva con el paciente, la familia del paciente y cuidadores, para asegurar que el diagnóstico sea entendido y que el plan de tratamiento se desarrolle en colaborativamente.

En el “Núcleo problémico Medicina física y rehabilitación” se espera que el estudiante se comunique asertivamente con los pacientes, familias, cuidadores, profesores y empleadores; quienes desempeñan un rol fundamental en el mantenimiento de la salud del sistema osteomuscular.

En el “Núcleo problémico dolor y cuidados paliativos” se propone desarrollar la comunicación asertiva que le permita al estudiante informar al paciente y su red primaria la

condición de enfermo terminal y sus implicaciones, aprendiendo a dar pronósticos ominosos. En el “Núcleo problémico atención médica de las urgencias” se espera que el residente alcance en las actitudes la habilidad para comunicarse de forma efectiva y sensible con el paciente y la familia.

En el “Núcleo problémico de Investigación” en la justificación se registra que esta rotación con herramientas adecuadas de pedagogía y comunicación, incrementa el interés de los estudiantes de ciencias de la salud, mejora sus habilidades disciplinares y los motiva a desarrollar nuevos conocimientos de calidad. Entre los objetivos de este módulo, se pretende del estudiante logre contribuir a la formación integral potencializando sus conocimientos, actitudes y habilidades en comunicación asertiva y en el manejo adecuado de la interrelación humana y la relación médico-paciente; además que pueda adquirir y desarrollar actitudes, enfoques y capacidades didácticas, pedagógicas y comunicativas que contribuyan al desempeño integral, profesional y clínico del especialista médico.

También en este módulo se espera entre las competencias de “comunicación”, que el estudiante logre comprender los principales elementos y característica de la comunicación asertiva y reconozca su importancia en su cotidianeidad; también se desea que logre diferenciar entre conducta y comunicación asertiva y no asertiva. Se espera que pueda desarrollar las habilidades comunicativas como elemento fundamental en las relaciones interpersonales y muy especialmente en la dinámica médico-paciente y logre interactuar con asertividad y empatía con pacientes, familiares, comunidades y colegas del equipo de salud. En su competencia de

pedagogía se espera que el estudiante logre seleccionar, elaborar y aplicar estrategias educativas y comunicativas idóneas y pertinentes a las necesidades del paciente.

En los “Módulo socio-humanísticos” en cuanto a la dinámica de la familia, el estudiante deberá identificar los patrones de comunicación intrafamiliar y los roles familiares. En él, en cuanto a cuidados paliativos, se espera que el estudiante comunique asertivamente diagnósticos, planes y pronóstico del enfermo terminal.

Por otro lado, en el “Módulo comunicación humana y comunicación asertiva”, en el cual se profundiza el aprendizaje de las habilidades comunicativas del residente, se espera que el estudiante comprenda que la comunicación es el factor más importante en las relaciones humanas a nivel familiar y laboral. Se expone que una excelente comunicación potencializa la relación médico-paciente, garantiza la calidad del acto médico y motiva a los pacientes para que se adhieran a las recomendaciones y tratamientos. Además, la formación en comunicación es consonante con la Misión de la Universidad del Cauca y con el Proyecto Educativo de su Facultad Ciencias de la salud, que tienen como propósito la formación integral de los estudiantes (Cuadro 1).

### **Cuadro 1.**

*Contenidos temáticos del módulo Comunicación humana y asertiva*

<p><b>1. Comunicación humana</b></p> <p>Definiciones Tipos de comunicación: ¿cómo se comunican las personas? Comunicación eficaz y eficiente</p>	<p><b>Competencia:</b></p> <p>comprende y sustenta con propiedad la teoría de la comunicación humana</p>	<p><b>Metodología:</b></p> <p>Lectura y sustentación de artículos relacionados por subgrupos.</p> <p>Retroalimentación del docente y auditorio en dos aspectos</p> <p>Dominio del tema capacidades comunicativas de quien sustenta</p>	<p><b>Horas</b></p> <p><b>docencia</b></p> <p><b>directa</b></p> <p>6</p>
<p><b>2. Comunicación asertiva</b></p> <p>Principios de la Comunicación Asertiva</p> <p>Derechos asertivos</p> <p>¿Porque y para que ser asertivos?</p>	<p><b>Competencia:</b></p> <p>comprende y sustenta apropiadamente la teoría de la Comunicación Asertiva</p>	<p><b>Metodología:</b></p> <p>Lectura y sustentación de artículos relacionados por subgrupos</p> <p>Retroalimentación del docente y del auditorio en dos aspectos</p> <p>Dominio del tema Capacidades comunicativas de quien sustenta</p>	<p>6</p>
<p><b>3 Comportamiento asertivo</b></p>	<p><b>Competencia:</b></p> <p>comprende y sustenta</p>	<p><b>Metodología:</b></p>	

<p>Autoestima y asertividad Asertividad y habilidades sociales Autoimagen positiva Barreras anti-asertivas: Comportamiento pasivo Comportamiento agresivo Asertividad en la relación médico-paciente Asertividad en las relaciones con los pares, con los superiores, con los subordinados, en las relaciones familiares</p>	<p>con propiedad la teoría de la Comunicación Humana</p>	<p>Lectura y sustentación de artículos relacionados por subgrupos</p> <p>Retroalimentación del docente y del auditorio en dos aspectos</p> <p>Dominio del tema Capacidades comunicativas de quien sustenta</p>	<p>6</p>
<p><b>4. Entrenamiento de la asertividad.</b></p> <p>Desarrollo de autoconocimiento (¿cómo soy?: yo real). Buscando el yo ideal Inteligencia emocional. Técnica del disco roto El acuerdo asertivo Técnica de la pregunta asertiva Técnica del procesamiento del cambio Banco de niebla Mejorando la observación de los demás.</p>	<p><b>Competencia:</b></p> <p>Correlaciona en los ejercicios los fundamentos teóricos</p> <p>Interioriza técnicas asertivas Aplica las técnicas asertivas en su vida</p>	<p>Ejercicios individuales y grupales</p>	<p>12</p>

Por último, en el “Módulo de educación en salud”, se pretende que en el proceso de formación en Medicina Familiar se adquieran y desarrollen actitudes, enfoques y capacidades

didácticas, pedagógicas y comunicativas que contribuyan al desempeño integral, profesional y clínico del especialista médico. En las competencias, se espera que el estudiante interactúe con asertividad y empatía con pacientes, familiares, comunidades, colegas del equipo de salud y a través de medios tecnológicos o masivos de comunicación y logre seleccionar y adecuar estrategias educativas y comunicativas idóneas y pertinentes a las necesidades del paciente.

En resumen, en este programa curricular se esbozan algunos elementos de las habilidades comunicativas como asertividad, la empatía y el respeto, comunicación efectiva, confidencialidad y sensibilidad, sin embargo, el currículo no describe claramente qué medidas se tomarán para la consecución de estas competencias en la formación de los residentes. El programa de especialización de la Universidad del Cauca en Medicina Familiar, propone algunas estrategias pedagógicas para que sus estudiantes fortalezcan sus habilidades comunicativas.

## **2.2 Pregunta problema**

Considerando el anterior contexto, se evidencia la importancia de profundizar en el tema, revisar cómo los residentes están observando su proceso de formación y surge la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es la percepción de los Residentes de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca, del período 2023-2025 y egresados del año 2024, sobre las estrategias pedagógicas implementadas para desarrollar habilidades comunicativas durante su formación, 2023-2025?

### **2.3 Vacío del conocimiento**

Se requiere el logro de la adquisición de destrezas comunicativas en función de la introyección de la misma por parte de los estudiantes del postgrado en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca. No hay suficientes estudios que evalúen este logro, tampoco se conoce cuán satisfechos se encuentran los estudiantes con los métodos de enseñanza de habilidades comunicativas en nuestra región siendo necesario identificar tácticas de intervención para optimizar las estrategias pedagógicas orientadas hacia su formación.

Este estudio identificará, desde la perspectiva de los estudiantes, la forma como las estrategias educativas implementadas en el currículo de este postgrado, inciden en el aprendizaje de las habilidades comunicativas. A su vez, permitirá al equipo docente del programa ser innovadores y fortalecer y desarrollar estrategias y recursos para la formación en habilidades comunicativas en nuestro programa de postgrado. Se busca que los resultados de esta investigación generen un impacto beneficioso en la atención de nuestras comunidades

En consecuencia, conviene definir si las estrategias educativas implementadas son más eficaces para instruir al estudiante en sus rotaciones clínicas, para lograr una relación comunicacional adecuada puesto que, aunque se han mencionado en el currículo, no se cuenta con una homogeneidad frente al uso de los métodos de enseñanza necesarios para la formación en habilidades comunicativas.

## **2.4 Objetivos**

### **2.4.1 Objetivo general**

- Caracterizar la percepción que tienen los Residentes de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca 2023-2025 y egresados 2024, sobre las estrategias pedagógicas implementadas para desarrollar habilidades comunicativas durante su formación, 2023-2025.

### **2.4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar socio-demográficamente la población a estudio.
- Identificar las estrategias educativas respecto a habilidades comunicativas implementadas en la formación en Medicina Familiar, en la población a estudio.
- Precisar las habilidades comunicativas presentes en los residentes unicaucanos, del programa de Medicina Familiar.
- Categorizar la percepción de las estrategias educativas implementadas en la formación de posgrado para el desarrollo de habilidades comunicativas, en la población a estudio.

## **2.5 Justificación**

De acuerdo al texto de Gutiérrez M. et al., (2020), la forma como es percibida por los estudiantes su formación en medicina, da cuenta del grado de satisfacción que tienen sobre el

curso de su profesión, en especial, impacta en la manera como aprenden a comunicarse y realizan sus prácticas con pacientes durante la consulta médica. Por ello, la percepción de los estudiantes influye en la calidad de los futuros egresados del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca, ya que una percepción positiva se correlaciona con una mayor motivación, compromiso y desarrollo de habilidades comunicativas y clínicas, que a su vez impacta en la atención de los pacientes, familias y comunidades.

Al conocer directamente la percepción, necesidades y expectativas de los residentes, se pueden diseñar programas de formación más efectivos y relevantes, contextualizados, lo cual supone en principio identificar fortalezas, debilidades y áreas de mejora en el entrenamiento actual. A través de la retroalimentación de los residentes se pueden poner en conocimiento las necesidades y expectativas de estos para diseñar y/o rediseñar los programas de formación al valorar aspectos como la metodología utilizada, los recursos disponibles o la relevancia de los contenidos ya que, cuando los residentes perciben que sus necesidades están siendo atendidas y que el proceso formativo es relevante para su práctica profesional, aumenta su satisfacción con el programa de residencia y su motivación para aprender. La percepción de los residentes además puede revelar barreras que dificultan el desarrollo de habilidades comunicativas, como la falta de tiempo, la escasez de recursos o la falta de apoyo de los tutores. Es mediante el contraste entre la percepción de los residentes antes y después de un programa de formación, que se puede evaluar la eficacia de este sobre el desarrollo de las habilidades comunicativas. Por tanto, la información derivada del conocimiento de la experiencia formativa que tuvieron los residentes puede servir

como base para implementar cambios en los programas de formación y mejorar la calidad de la atención brindada al paciente.

Las habilidades comunicativas son un instrumento necesario para la sociedad en general porque facilitan y permiten que los grupos humanos interactúen, pero en especial, es un pilar esencial en la labor de todos los profesionales sanitarios. Es para el médico de familia, en particular, un insumo indispensable, pues es quien establece una relación de confianza duradera con sus pacientes, brindándoles una atención integral y continua (Kaya et al., 2019).

De acuerdo al estudio multicéntrico en 7 naciones del continente europeo realizado por el médico ocupacional griego Zota et al., (2023), fortalecer las habilidades comunicativas de los médicos, aumenta el cumplimiento terapéutico, la satisfacción de los pacientes, logrando menor ansiedad y aumento de la confianza de los pacientes y los profesionales de la salud, incremento del bienestar mental y físico, la calidad de vida, con reducción de los costos por mala praxis, además de aminorar los costos y complicaciones asociadas a las atenciones en salud (Zota et al., 2023). Lo anterior redundaría en que la atención en salud de calidad puede hacer más sostenibles los sistemas de salud con un mejor manejo de sus recursos sanitarios.

Las estrategias educativas en un currículo de Medicina Familiar deben estar diseñadas para formar profesionales que puedan otorgar una atención integral a los individuos y sus familias, considerando el medio sociocultural en el que habitan. Estas estrategias deben promover el perfeccionamiento de habilidades clínicas, sociales, comunicativas y de liderazgo (MINSALUD, 2015).

Se pretende analizar la percepción de los residentes sobre la adecuación y efectividad de las estrategias pedagógicas implementadas en el postgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca, enfocadas en el fomento de habilidades comunicacionales para la atención al paciente. Sobre este panorama, se resalta la necesidad de generar líneas base para implementar estrategias pedagógicas centradas en el estudiante.

## **2.6 Hipótesis**

### **2.6.1 Hipótesis nula**

Los Residentes de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca no identifican una percepción clara sobre las estrategias pedagógicas implementadas para desarrollar habilidades comunicativas durante su formación, 2023-2025

### **2.6.2 Hipótesis alternativa**

Los Residentes de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca identifican una percepción clara sobre las estrategias pedagógicas implementadas para desarrollar habilidades comunicativas durante su formación, 2023-2025.

### 3. Marco de referencias

#### 3.1 Marco teórico

Las habilidades comunicativas engloban el grupo de capacidades que facilitan la expresión de pensamientos y sentimientos, que permiten comprender y relacionarse efectivamente con los demás mediante la comunicación. En su libro, Miguel & Terrón, (2004), expresa que la comunicación “es un fenómeno social, cultural, de interacción simbólica y de autoconciencia individual”, por lo tanto, inherente al ser humano en su desarrollo y “la comunicación con relación a sus elementos, contiene: un mensaje, emisor receptor canal, código y contexto” (p. 142).

Las 4 habilidades comunicativas que integran el código oral son las habilidades verbales de recepción, como lo son la lectura y la escucha, y las habilidades verbales de emisión, o sea, el ejercicio del habla y la escritura. Entre las habilidades no verbales también son contempladas aquellas relacionadas con la expresión del lenguaje corporal (Urive & Gálvez, 2006). Son habilidades comunicativas la escucha activa, la capacidad de expresarse con claridad, la destreza de manejar el nivel de lenguaje del público objetivo, el empleo efectivo de la expresión corporal y comprender otras sutilezas de la comunicación interpersonal (Ibáñez, 2017). Frente la aplicación de estas habilidades en el ámbito profesional, su perfeccionamiento facilita la creación de vínculos sólidos basados en la confianza mutua, que a su vez facilita y permite una comunicación efectiva, así como una comprensión profunda de la perspectiva de los demás.

Las competencias comunicativas se componen de cuatro elementos clave. En primer lugar, la competencia gramatical, que engloba los aspectos relacionados con el uso del código lingüístico, tanto verbal como no verbal, abarcando aspectos como la morfología, la sintaxis, la fonética, la fonología y la semántica. Por otro lado, la competencia sociolingüística, la cual se enfoca en las normas socioculturales del lenguaje, es decir, en cómo las expresiones son formuladas y comprendidas adecuadamente en diferentes contextos sociolingüísticos. Frente a esta adecuación intervienen factores como la situación, los participantes, los objetivos de la interacción, además de como el mensaje depende de las convenciones y normas que rigen cada contexto (Canale & Swain, 1980).

Con el aporte del Lingüista chileno Mauricio Pilleux, (2001) se adicionaron al anterior listado, “la competencia pragmática que involucra los aspectos de la competencia funcional implicatura, y la presuposición y la competencia psicolingüística que incluye la personalidad del hablante, la socio-cognición y el condicionamiento afectivo” (p. 6). En conjunto, estas competencias son indispensables para desenvolvernoss con éxito en cualquier ámbito de nuestra vida, ya sea personal o profesional.

Entre los determinantes de las habilidades comunicativas se cuenta con factores individuales como la personalidad, inteligencia emocional, autoestima, conocimientos previos; los factores sociales como la cultura, contexto social, relaciones interpersonales y los factores situacionales como el entorno físico, canal de comunicación, propósito de la comunicación. Es decir, la comunicación efectiva es el resultado de una combinación de factores intrínsecos y

extrínsecos que interactúan de manera constante e influyen en la forma en que nos expresamos y comprendemos a los demás. Las tipologías de comunicación según sus niveles se dividen en intrapersonal, interpersonal, grupal y masivo. En cuanto a sus funciones, se divide en formativa, informativa, persuasiva o de entretenimiento (Alonso G. et al., 2012).

El estudio de las habilidades comunicativas en Medicina involucra diversas disciplinas como la educación, psicología, sociología, antropología, entre otras (Mosquera V., 2002), por lo anterior notamos que la comunicación es un campo interdisciplinario que se nutre de diversas áreas del conocimiento. De acuerdo a lo mencionado, el semiótico británico Cobley y Schulz (2013), investigador en comunicación para la salud de la Universidad de Lugano, declara que “la comunicación es un fenómeno complejo que no puede ser explicado por una única teoría, sino por una combinación de perspectivas teóricas y sus límites no pueden definirse con claridad” (p.18).

Con relación a las teorías de la comunicación, se halla la teoría funcionalista- conductista propuesta por el politólogo Lasswell que habla del poder político de los medios frente a las masas y proviene de una visión empírica de la sociología, considerando el proceso comunicativo como un sistema en equilibrio y mantiene un funcionamiento correcto: todo lo que vulnere el sistema, debe ser eliminado. También, la teoría crítica, analítica y reflexiva, del individualismo contra lo colectivo-social enfocada en el poder y la ideología en la comunicación, analiza cómo los medios de comunicación pueden emplearse para mantener el statu quo o promover el cambio social. La teoría estructuralista tiene un énfasis sociocultural y la teoría de la tradición fenomenológica enfatiza la capacidad de experimentar la otredad (Mosquera V., 2002).

La importancia de considerar diversas teorías en la comunicación humana, lleva a reflexionar sobre la utilidad de teorías como la acción razonada que sugiere que, al ser las conductas saludables producto de decisiones voluntarias, en gran medida podemos predecirlas midiendo la intención de los individuos y los elementos que potencian ese propósito: sus creencias personales y las normas sociales que consideran relevantes. De otro modo, la teoría del aprendizaje social manifiesta que los infantes aprenden por imitación mediante la observación de conductas de sus semejantes. Por lo anterior se puede inferir que, si el paciente toma una decisión en salud, esta se verá afectada por la interacción con su médico tratante y los aspectos socioculturales que les rodean.

El Comité Central, (2003), del Instituto para la Educación Médica Internacional, IEMI, respalda el concepto de que la comunicación es una de las 7 habilidades principales que de manera obligatoria debe adquirir un Médico para cumplir con su perfil de formación. En el campo de la Medicina Familiar, el establecimiento de vínculos de confianza con los pacientes y la promoción de un bienestar integral se logra mediante la comunicación eficaz para lograr la transferencia de información. Su complejidad reside en su naturaleza interpersonal, la amplia variedad de perfiles de pacientes atendidos y la multiplicidad de contextos en los que se desarrolla la interacción. Por ello, es imperativo que el equipo de salud básico desarrolle estrategias personalizadas de comunicación, teniendo en cuenta las peculiaridades individuales, culturales y sociales de cada paciente (Sansó Soberats et al., 2006). Es así, como la atención integral y de calidad en salud primaria depende, en gran medida, de la personalización de las estrategias comunicativas.

Las estrategias pedagógicas son los instrumentos de los cuales disponen los educadores para orquestar un proceso de aprendizaje efectivo. Estas metodologías, que abarcan desde enfoques clásicos hasta propuestas vanguardistas, actúan como lineamientos para optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Su objetivo es construir un entorno educativo donde los estudiantes puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos. El éxito de la instrucción radica en la habilidad del profesorado para elegir e implementar estrategias pedagógicas pertinentes. Estas estrategias deben ser flexibles y adaptables, y deben considerar tanto los objetivos del currículo como las particularidades de los educandos.

Las estrategias educativas para la adquisición de las destrezas comunicativas más utilizadas en los currículos de formación en Medicina, son aquellas que involucran métodos cognoscitivistas y constructivistas. Dichas estrategias que se aplican en la práctica, se relacionan con el adiestramiento experiencial, fundamentado en problemas y en competencias con modelos de simulación clínica y el juego de roles. La pirámide de Miller revisa el orden de los métodos educativos para estudiantes de salud; se halla que es necesario obtener un conocimiento básico o saber, para luego ir aplicándolo a lo largo de los años, de manera que el estudiante pueda migrar desde los métodos conductistas de aprendizaje hasta los cognoscitivistas y constructivistas, y finalmente realizar su práctica con pacientes reales en diversos contextos (Ruiz Moral et al., 2017). La transición desde métodos conductistas hacia enfoques cognoscitivistas y constructivistas, sustentada en experiencias simuladas y resolución de problemas, garantiza una formación integral que prepara a los futuros médicos para enfrentar los desafíos de la práctica clínica.

En la revisión que se hace a la malla curricular del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca, elaborado por el docente y familiarista Hoover Molano (2011), se halla en el módulo de investigación que en sí misma, la investigación es una herramienta poderosa de aprendizaje para profundizar conceptos teóricos:

Existe evidencia que demuestra que el desarrollo de actividades de promoción y enseñanza del conocimiento relacionado con metodologías de investigación clínica integradas a las normas de la bioética, y con herramientas adecuadas de pedagogía y comunicación, incrementa el interés de los estudiantes y profesionales de ciencias de la salud, mejora sus habilidades disciplinares y los motiva a desarrollar nuevos conocimientos de calidad. (p. 89)

Un objetivo del módulo de investigación es adquirir y desarrollar actitudes, enfoques y capacidades didácticas, pedagógicas y comunicativas que contribuyan al desempeño integral, profesional y clínico del especialista médico. Una competencia que debe alcanzar el residente en el módulo de investigación es seleccionar, elaborar y aplicar estrategias educativas y comunicativas idóneas y pertinentes a las necesidades del paciente.

Por otro lado, en el módulo de Educación, se establecen estrategias pedagógicas que deberá adquirir el estudiante para educar a sus pacientes, así menciona que se introducirán dinámicas de aprendizaje tales como indagaciones bibliográficas, exploraciones del contexto, observaciones de campo, juegos de roles, videograbaciones con pacientes o foros, según las particularidades, necesidades y oportunidades de formación.

Por lo anterior, se puede inferir que en la residencia de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca hay un enfoque cognoscitivista y constructivista, porque se realizan actividades como el juego de roles y el aprendizaje basado en problemas (Quesada J. & Martínez C., 1997), estrategias que están aterrizadas en los procesos de elaboración de historia clínica y análisis de casos clínicos.

La percepción es una construcción mental activa. Lo que capturan los sentidos no es más que la interpretación que se da a los eventos, de acuerdo a los preconceptos, influidos por la cultura, las expectativas y creencias. Es ordenada y no caótica, de mayor a menor relevancia, pues se organiza a medida que llega al sistema sensorial del individuo. Siempre el individuo tratará de hacer esas interpretaciones como un todo; si varía algún detalle, la interpretación final también lo hará. Se podría considerar la percepción como la manera en la que los individuos interpretan y representan sus prácticas de aprendizaje y esto se relaciona directamente con las orientaciones educativas. Así mismo, la percepción variará en función de las expectativas, motivaciones, los objetivos y metas, el estado anímico, la familiaridad de la experiencia, el valor y significado del estímulo, el efecto halo, (lo que se ve positivo al inicio, siempre será positivo), y la agudeza perceptiva.

La percepción social es un proceso activo y selectivo, influenciado por nuestras necesidades, valores y experiencias y su estudio ha avanzado al incorporar las experiencias y motivaciones personales de quienes perciben, y se centran en tres áreas: “formación de impresiones, teorías implícitas de la personalidad y factores que influyen en la percepción”. La teoría Gestalt de la percepción pretende entender el todo a través de cada una de sus partes, con el

fin de dar sentido a los fenómenos que observamos y constituirlos en una unidad con elementos como la proximidad, la semejanza y la continuidad; de ahí radica, por ejemplo, la pareidolia. Por otro lado, la percepción no está dada solamente por los objetos o eventos evaluados, sino por los preconceptos e interpretaciones, estilo cognitivo y atribuciones otorgadas a ellos, que están determinadas por el contexto de los factores sociales, los valores culturales del individuo que evalúa e integra, para darle sentido al objeto (Arias C., 2014, p. 12).

La percepción, según la teoría de la atribución, intenta explicar el comportamiento de los individuos, dar sentido a los eventos de la cotidianidad, a los objetos, según sus causas del ambiente (externas) o de la persona (internas) (Hofmann & Asmundson, 2017). La percepción de los estudiantes frente a las estrategias educativas efectuadas se refiere a cómo ellos interpretan y experimentan la efectividad, relevancia, interactividad, claridad e importancia de las herramientas utilizadas para enseñar y aprender. Es importante tenerla en cuenta ya que esta puede afectar su nivel de compromiso, participación, motivación y satisfacción con el aprendizaje. Además, brinda elementos para definir si se requiere una optimización del proceso educativo en los aprendices (Martrat E., 2004).

### **3.2 Estado del arte**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que el proceso comunicativo es inseparable a la labor del personal sanitario, puntualmente en aquellos profesionales dedicados a la caracterización y gestión de riesgos. La comunicación tiene como objetivo principal nivelar el

campo de juego entre el equipo de prestadores de servicios sanitarios y la comunidad, otorgándole a esta última las herramientas para tomar decisiones autónomas sobre su bienestar (Vílchez-Gutarra & Palpán-Guerra, 2014). Con ello, se pretende que las decisiones sobre su salud sean conscientes, promoviendo así un vínculo médico-paciente de respeto y confianza.

Una investigación chilena señala que las teorías sobre el cambio de comportamiento en salud consideran al individuo como el eje central para estructurar prácticas estilos y hábitos que mantengan la adherencia a los tratamientos médicos (Ríos Hernández et al., 2011). El Ministerio de Salud en equipo con los representantes de los postgrados en Medicina Familiar de Colombia, elaboró el currículo único para los programas de dicha especialidad, cuyo fin era homogeneizar las competencias de formación, entre ellas, fomentar las habilidades comunicativas. Sin embargo, en el ejercicio profesional la introyección de esta competencia es débil y hay un trato mercantilista de la salud; el paciente no es visto como un ser humano que requiere una atención holística (MINSALUD, 2015).

La insatisfacción de los pacientes con la atención recibida se origina, en parte, por la deficiente comunicación en torno a su diagnóstico y tratamiento; así el uso de jerga médica poco comprensible, la información incompleta o contradictoria, la falta de espacios para realizar preguntas o despejar inquietudes, no comunicar planes de tratamiento o signos de alarma son una fuente de malos entendidos entre el médico y su paciente. Esta falta de educación e información adecuada genera dificultades en la adherencia al tratamiento prescrito. Adicionalmente, la consulta médica no siempre profundiza en las expectativas y realidades socioculturales del paciente, lo que crea una brecha entre la percepción del médico y la experiencia del paciente (Ortega Cerda et al.,

2018). Otro estudio realizado en un centro de Medicina Familiar en Baja California, mostró que los pacientes se sienten satisfechos en cuanto a las competencias comunicativas del familiarista, en un 54.6% de los casos; sin embargo, se expone que los médicos de familia no le animan a hacer preguntas y no le involucran en la valoración de alternativas (Bermúdez V. et al., 2022).

El entrenamiento para adquirir las habilidades comunicativas, se centra en desarrollar ciertas capacidades como la empatía, asertividad, calidez, cercanía y escucha activa. Aunque estas destrezas pueden ser más naturales para algunas personas que para otras, son enseñables y aprendibles. Estas habilidades se pueden optimizar, incluyendo acciones como verificar la comprensión del paciente, validar, confirmar y resumir información (Hofstadt R., 2022; Burke et al., 2023; Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022). La habilidad es una capacidad integral que va desde aprender hasta aplicar el conocimiento en la práctica (Rodríguez Collar et al., 2009). Se considera que tienen mejor habilidad comunicativa los médicos más longevos o con mayor experiencia laboral. Sin embargo, los residentes deben lograr afianzar sus habilidades comunicativas en su tiempo de residencia (Shiraly et al., 2021).

En La Habana, un equipo de 27 profesores evaluó el desenvolvimiento de las destrezas comunicativas de residentes de Medicina Familiar Integral. De acuerdo a los resultados del estudio, la comunicación considera 3 funciones vinculadas en el proceso comunicativo: informativa, regulativa y afectiva, siendo esta última la más relevante, porque ella es el corazón de una buena comunicación. En su artículo el doctor Alonso G. et al., (2012), que “los docentes no observaron una tendencia positiva en el desarrollo de las habilidades comunicativas de los estudiantes, especialmente en las funciones regulativa y afectiva, a pesar de que la función informativa obtuvo

los resultados más altos.” (p. 2). Con lo anterior, es importante resaltar que el perfeccionamiento de las competencias comunicativas es fundamental en la formación de los recursos humanos en salud, con el objetivo de alcanzar los más altos estándares de profesionalismo científico y ético.

Un equipo de investigación del Hospital Militar Central de La Habana desarrolló una nueva metodología para evaluar las capacidades comunicacionales del médico en su consulta médica. Esta propuesta metodológica incorpora nuevos elementos que permiten una evaluación más integral de los procesos cognitivos y conductuales involucrados en la interacción médico-paciente, destacando habilidades como la expresión clara, la observación detallada, la escucha activa y la habilidad de ser empáticos con los pacientes (Rodríguez Collar et al, 2012). De otro modo, los estudiantes de una universidad de Países Bajos por su parte consideraron que el empleo de listas de chequeo para la evaluación de sus habilidades comunicativas limita su aprendizaje y restringen la libertad de su práctica, por lo tanto, solicitaron ser retroalimentados con modelos de rol, como potenciadores de dichas habilidades (Van den Eertwegh et al., 2014).

Los laboratorios de simulación se practican en otras instituciones educativas nacionales e internacionales para fortalecer el aprendizaje de los estudiantes de Medicina (Christensen et al., 2023; González Olaya et al., 2015), al igual que las mesas redondas, debates y sustentación con exposiciones. La educación actual se inclina hacia modelos participativos, interactivos y dialógicos, superando las formas tradicionales de enseñanza (Fernández G. & Alfonso P., 2009), los cuales generan mayor motivación, desarrollo de habilidades críticas y aprendizaje más significativo. Es fundamental la participación del docente en el aprendizaje, pues sus métodos son

casi siempre imitados por sus estudiantes (González Olaya et al., 2015), y es así como estas dinámicas brindan una oportunidad para fomentar un aprendizaje más activo.

Para desempeñar su profesión de forma exitosa, es imprescindible que los médicos en proceso de especialización en áreas clínicas cuenten con una formación sólida en competencias comunicativas y lingüísticas. Estas habilidades les permitirán desarrollarse con eficacia ante diferentes escenarios, como lo exige la formulación de artículos científicos, informes y documentos clínicos, mejorando su comunicación profesional. No obstante, es frecuente que los estudiantes que inician su pregrado en carreras de salud cuenten con deficiencias en habilidades comunicativas básicas, como la comunicación no verbal y la empatía. Tomando en cuenta el contexto actual, la integración de la comunicación como un eje transversal en la formación médica general y especializada es un requisito indispensable. Para ello, es necesario implementar medidas de capacitación específicas (Menéndez P. et al., 2021) y realizar las conciliaciones curriculares pertinentes (Christensen et al., 2023; Bragard et al., 2006). A través de la conciliación del currículo, se asegura que la formación de habilidades comunicativas no nazca de una asignatura aislada, sino que se hagan parte integral de todas las rotaciones clínicas y actividades académicas. Así se permite a los residentes poder practicar y aplicar estas habilidades en contextos reales y pertinentes.

El fortalecimiento de los programas de entrenamiento en comunicación médico-paciente se convierte así en una táctica primordial para optimizar la interacción entre los profesionales sanitarios y sus pacientes. Al potenciar estas habilidades comunicativas, se favorece la transmisión efectiva de información acerca de los riesgos asociados a diversas condiciones de

salud, propiciando un mayor entendimiento sobre su situación de bienestar (Hernández A. et al., 2021; Hashim, 2022). Es así como a través del fortalecimiento de la comunicación se fomenta la autonomía del paciente en la toma de decisiones y se mejora la adherencia a los tratamientos, lo que a su vez se traduce en una repercusión positiva frente a cualquier desenlace en salud.

Cuando se trata de habilidades comunicativas, el proceso de enseñanza deja de ser una simple transferencia de conocimientos para convertirse en un proceso constructivista basado primordialmente en la interacción. En el aula, cada actor, tanto el docente como los estudiantes, adapta su expresión verbal y no verbal, con el propósito de cumplir con sus objetivos en cada escenario comunicativo. Así pues, la identificación de los saberes previos y las competencias comunicativas de los estudiantes se posiciona como un punto de partida para potenciar el aprendizaje y optimizar su desarrollo (Nussbaum & Tusón, 1996); por tanto, resulta necesario conocer los puntos de partida de cada estudiante para poder diseñar experiencias de aprendizaje significativas y desafiantes, que fomenten la participación activa y la construcción colaborativa del conocimiento.

La excelencia técnica en medicina no basta si no se acompaña de una buena comunicación. En España, la formación de los médicos de familia ha descuidado la enseñanza de estas destrezas, a pesar de su relevancia en la práctica clínica. Respecto a lo investigado por Quesada J. & Martínez C., (1997):

En países anglosajones, se recomienda iniciar la formación en comunicación al inicio de la residencia, en combinación con la atención al paciente. A pesar de que el análisis de videos y los juegos de roles son métodos muy útiles para aprender a comunicar de manera

efectiva, la formación en comunicación durante la residencia es muy breve y se limita a unos pocos cursos. Esta situación es especialmente evidente durante el primer año, donde la formación en comunicación es prácticamente inexistente. (p. 3)

En dos estudios realizado en el año 2003 y 2024 en Calgary Cambridge, el docente en medicina Doctor Kurtz et al., (2003) propuso un método clínico integral que aunó explícitamente el método clínico tradicional con habilidades de comunicación efectivas. Sugirieron desarrollar una guía de contenidos para entrevistas médicas que se alinee estrechamente con los modelos de comunicación enseñados en los programas de formación y que ponga al paciente en el núcleo del cuidado, tanto en la forma de realizar la entrevista como en los temas a tratar (Schwalbe et al., 2024). Al implementar una guía de contenidos que promueva una comunicación centrada en el paciente, se garantizará que los futuros médicos estén equipados con las herramientas necesarias para brindar una atención integral y de calidad.

La simulación es una estrategia clave para que los futuros médicos aprendan a comunicarse apropiadamente con el paciente, más aún en etapas tempranas de su formación. Los educadores enfrentan el desafío de estimular interacciones auténticas de sus estudiantes, a la vez que consideran sus agendas individuales y les brinda herramientas para el desarrollo de una comunicación flexible en diversos contextos, aprovechando al máximo la influencia de los entornos clínicos en su aprendizaje profesional. La conducción de un interrogatorio apropiado es una destreza crucial para poder comprender al paciente, por lo que la reflexión crítica se convierte en una habilidad esencial para manejar la incertidumbre en la práctica médica. Esta capacidad reflexiva parte de la observación atenta y se fortalece mediante la guía de un tutor,

quien facilita la discusión del currículo informal y oculto, complementando así la formación académica (Cushing, 2015).

Con la finalidad de estimular un aprendizaje dinámico y basado en problemas, los docentes Ruiz Moral et al., (2017), de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria crearon un programa de entrenamiento en habilidades comunicativas clínicas que utiliza la estrategia de pacientes simulados. Este curso centrado en el estudiante y vigilado por tutores expertos, pretende desplegar las competencias comunicativas fundamentales para la experiencia médica, además de aminorar los riesgos para los pacientes, mientras los estudiantes fortalecen sus habilidades comunicacionales.

En la investigación Zambrano Sánchez et al., en el año 2020, también se evaluó en la misma institución educativa lo que los estudiantes pensaban sobre cómo este entrenamiento había mejorado sus habilidades de comunicación en situaciones específicas y sobre el programa en general. Este enfoque integral no solo busca mejorar la comunicación médico-paciente, sino también garantizar la seguridad del paciente al reducir errores médicos derivados de una comunicación deficiente. Al fortalecer las habilidades comunicativas de los médicos en formación, se contribuye a una práctica clínica más segura y efectiva.

En la Universidad de Oregon se condujo un estudio con profesionales familiaristas, en el cual se halló que los residentes aprendieron fácilmente el material cognitivo relacionado con la alfabetización en salud y la comunicación clara, pero tuvieron dificultades para integrar muchas habilidades de la práctica clínica, a pesar del uso de técnicas de aprendizaje experiencial. Se

consideró que se hace necesario evaluar las barreras que limitan el aprendizaje de estas habilidades (Coleman et al., 2017). Con lo anterior, es necesario reflexionar si las técnicas de aprendizaje experiencial utilizadas son suficientemente flexibles para adaptarse a las necesidades y características de cada residente. En lugar de clases magistrales, los futuros médicos adquieren habilidades como la comunicación y el pensamiento crítico mediante la resolución de casos prácticos y el análisis de situaciones reales (Zhao et al., 2020).

En el ámbito clínico los métodos didácticos predilectos suelen incluir seminarios de lectura, presentaciones, y se alojan cada vez más en videos y plataformas en línea, ocasionalmente son complementados con material de lectura. Los métodos interactivos para facilitar el aprendizaje autodirigido comprenden escenarios de simulación mediante juegos de roles como paciente, médico, observador y crítico; los debates grupales y talleres facilitados y discusiones grupales, así como el involucrarse en un proceso de análisis interno sobre la importancia de la comunicación en diferentes circunstancias. Un proceso de retroalimentación constructiva y la práctica reflexiva son elementos clave para “desarrollar habilidades de comunicación fundamentada en el paciente, promover la toma de decisiones colaborativa y planes de manejo negociados” (Tan et al., 2021, p. 2).

La formación de posgrado no se restringe a la adquisición de conocimientos técnicos, sino que busca inculcar y fortalecer la capacidad de juicio crítico y la pertinencia para aplicar estos conocimientos en situaciones reales, siempre situando al paciente cómo el centro de la atención. En la práctica continua, cuidando a los pacientes en diferentes entornos, se desarrollan las

actitudes y hábitos críticos necesarios para el éxito, consolidando así la formación integral del profesional de la salud. (Newton & Mitchell, 2021).

Durante la Conferencia Internacional EACH sobre Comunicación en la Atención Médica en Oslo, en un Simposio de 90 minutos, se debatió sobre las experiencias de aprendizaje de entornos de pregrado y posgrado en el Reino Unido, E.E.U.U. y Noruega. Se consideró relevante intentar cerrar la brecha entre la educación institucional de habilidades comunicacionales y su implementación en el mundo real entre médicos y pacientes desde la perspectiva de los estudiantes. Los sistemas educativos, como el del Reino Unido, están enfrentando desafíos en la formación de profesionales debido a la falta de habilidades blandas, como la comunicación efectiva. Estas habilidades, a menudo consideradas partes de un "currículo oculto", se espera que los estudiantes desarrollen de manera implícita. La comunicación efectiva es esencial en la relación médico-paciente y entre los miembros del equipo de salud, pero se ve obstaculizada por factores como la falta de tiempo, las diferencias culturales y la complejidad de los casos clínicos. Para mejorar la formación en comunicación, se propone incluir en los planes de estudio competencias culturales y el uso de intérpretes. Además, se sugiere exponer a los estudiantes a situaciones simuladas que reflejen la realidad clínica, como lidiar con pacientes enojados o dar malas noticias (Tejera C. et al., 2012). Se hace necesario su implementación porque estas habilidades son la base de cualquier interacción humana significativa.

Investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México, revelan en su estudio, que la formación de médicos familiares debe enfocarse en desarrollar competencias integrales que incluyan no solo conocimientos médicos, sino también habilidades para resolver problemas,

comunicarse eficazmente con pacientes y colegas, y aplicar un juicio clínico basado en datos biomédicos y psicosociales. Adicionalmente, se subraya la necesidad de que los médicos ejerzan su profesión con ética y empatía (Fernández G. & Alfonso Pérez, 2009; Javier et al., 2014).

En una Universidad española se evaluaron los resultados de una capacitación en habilidades comunicativas en 274 estudiantes. Se concluyó que los alumnos que hicieron parte del curso mejoraron significativamente sus habilidades comunicativas en comparación con aquellos que no recibieron la capacitación (Hernández J. & De La Rosa C., 2018). Por lo anterior, se resalta la importancia de incluir estas competencias en los planes de estudio de Medicina.

En la Universidad de Karachi se involucró en entrevistas semiestructuradas a 60 alumnos de la especialidad de Medicina Familiar en sus últimos años de formación. Los estudiantes tenían un historial previo de entrenamiento en diversas especialidades clínicas, incluyendo Cirugía, Ginecología, Medicina Familiar y Pediatría. Se evaluaron sus habilidades comunicativas y se halló que es necesario integrar estrategias educativas al plan de estudios formal, que pueda ayudar a los residentes a identificar y resolver sus prejuicios implícitos hacia los pacientes. Todos los pacientes, sin distinción de su origen social o cultural, tienen derecho a una comunicación de calidad con sus proveedores de atención médica (Hussain M. et al., 2023). Así, se plantea la importancia de las habilidades comunicativas como una cuestión fundamental en la formación médica y la necesidad de abordar los prejuicios implícitos en la interacción médico-paciente.

En Quito se realizó una investigación con estudiantes de Medicina, cuyos resultados revelaron que los residentes consideraron muy útil el uso de pacientes simulados para practicar la

comunicación con pacientes (Zambrano Sánchez et al., 2020). Otro estudio en Colombia reveló que los estudiantes mejoran sus habilidades de trabajo en equipo y comunicación a través de simulaciones clínicas (Villegas Stellyes et al., 2021).

El entrenamiento en comunicación se estructura en torno a cuatro pilares: la microenseñanza, que descompone la comunicación en sus elementos básicos a través de simulaciones; la cognición, que se enfoca en los procesos mentales involucrados; la emoción, que busca conectar con las motivaciones personales de los estudiantes; y la tecnología, que utiliza herramientas digitales para facilitar el aprendizaje (Hernández J. & De La Rosa C., 2018).

Un entrenamiento sólido en habilidades comunicativas genera beneficios a largo plazo, especialmente en lo que respecta a la confianza que tenemos en nuestra capacidad para comunicarnos de manera efectiva, por ello se debería garantizar la formación desde el principio y de manera transversal en la residencia las habilidades comunicativas, porque se obtienen mejoras en el perfil del egresado (Gulbrandsen et al., 2013). La confianza en las habilidades comunicativas no solo mejora la interacción con los pacientes, sino que también fortalece las relaciones interprofesionales y facilita la toma de decisiones colaborativa. Además, esta confianza puede reducir el estrés y la ansiedad asociados a situaciones de comunicación desafiantes.

El Consejo Nacional de Residencias Médicas de Paraguay implementó una evaluación virtual en 2014 para conocer la satisfacción de los residentes con su programa de formación. Sus sugerencias sobre la evaluación (más consistencia, transparencia y frecuencia) coinciden con los

estándares mundiales y reflejan su deseo de mayor retroalimentación para mejorar su educación. La baja evaluación hacia los docentes (9%) y la ausencia de evaluación a los programas educativos podría obstaculizar la mejora del sistema en las unidades formadoras (Ortiz et al., 2014).

En 2017, se condujo una investigación nacional en Vietnam, encuestando a 696 estudiantes de medicina de último año de carrera de medicina, participaron del programa de formación en Medicina Familiar. Se encontró una optimización sustancial en cuanto a la comprensión y valoración de los alumnos sobre la atención primaria y la relevancia de las habilidades en comunicación. Se examinó el nivel de comunicación efectiva y un clima de cordialidad y respeto. Los estudiantes expuestos a este entrenamiento apreciaron mucho el valor de los médicos familiaristas por mejorar el vínculo entre médico y paciente a través de la mayor dedicación de tiempo al diálogo con los pacientes y sus familiares, que a la atención de rutina (Thai et al., 2020).

Es importante conocer la percepción de los estudiantes porque permite conocer el impacto que está teniendo el proceso de formación, porque se verifica el grado de satisfacción de las estrategias educativas, permite evaluar y retroalimentar la evolución académica y el bienestar estudiantil (Murguía T. et al., 2020). Uno de los factores del ambiente educacional es la percepción del aprendizaje, que tiene que ver con la manera como los estudiantes evalúan el proceso de enseñanza, es decir, si están satisfechos con la atención a su persona y si la formación está centrada en el estudiante con una mayor preocupación por desarrollar su confianza hacia el docente y la institución (Rojas B. et al., 2019). La percepción de los estudiantes sobre las

estrategias educativas puede variar con relación al método de enseñanza escogido por cada docente y la singularidad de su estilo personal al dictar sus clases (Grant Riquelme, 2023).

A diferencia de los hombres, las mujeres tienden a mostrar una percepción positiva sobre las estrategias pedagógicas y el vínculo entre el conocimiento nuevo y el conocimiento previo, de manera que las mujeres les asignan mejores puntuaciones para lograr el desarrollo del conocimiento y aprendizaje (Duque Salazar, 2023). Los estudiantes prefieren las que los docentes opten por utilizar estrategias educativas que reivindican el aprendizaje significativo, la empatía y el humanismo y son las preferidas para desarrollar y fortalecer las habilidades en comunicación (Galvis Ortiz, 2016). En el estudio de Martínez Rodríguez et al., (2023), se resalta la importancia que sus estudiantes le otorgan al club de revistas y lectura de artículos científicos, ya que creen que les permite desarrollar habilidades denominadas blandas.

Durante la pandemia de COVID-19, se realizó un estudio en el cual se evaluó la percepción de los estudiantes de Medicina respecto a estrategias educativas que confrontaron la presencialidad y la virtualidad. Se halló que los estudiantes prefieren las clases magistrales y que no hallan diferencias en cuanto al trabajo colaborativo y el aprendizaje significativo. Lo anterior, teniendo en cuenta que preferían que el docente dedicara más tiempo a la clase que al trabajo autónomo del estudiante, porque sentían que tenían un mejor acompañamiento cuando las clases se desarrollaban de la forma tradicional.

## **4. Diseño metodológico**

### **4.1 Metodología de investigación**

El diseño del estudio propuesto para este trabajo de investigación es descriptivo de corte transversal, retrospectivo (Gené et al., 2018; Salas-Granda & López-Falcon, 2022; Villegas Stellyes et al., 2021). La información será recopilada de los estudiantes y egresados del programa de residencia en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca que tengan cumplimiento de los criterios de inclusión (fuente primaria) y la estructura del currículo del programa de formación de la especialidad (fuente secundaria). El muestreo es conveniente y se estudiará a toda la población (Fernández & Díaz, 2002; Gené et al., 2018).

### **4.2 Participantes**

Los criterios de selección a considerar fueron los siguientes:

- Estudiantes de la especialidad en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca, en cualquiera de los 3 años de especialización en el período 2023-2025.
- Egresados de la especialidad en el año 2024.
- Participante que firmen el consentimiento informado (Fernández & Díaz, 2002).

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Personas que presente alteración del estado de conciencia y o bajo efecto de sustancias psicoactivas al momento de diligenciar el/los instrumentos.
- Aquellos individuos quienes durante el proceso de colecta de los datos decidan retirarse del estudio.
- Participante que no diligenció por completo el instrumento/encuesta (Fernández & Díaz, 2002).

#### **4.3 Definición de variables**

- Características sociodemográficas: Los indicadores sociodemográficos son rasgos distintivos de la población que sirven para caracterizar y estudiar diversas facetas de la sociedad. Estos indicadores abarcan tanto dimensiones demográficas (edad, sexo, nivel de estudios, profesión, renta, etc.) como dimensiones sociales (tejido familiar, entorno socioeconómico, localización geográfica, cultura, etc.) (Popolo, 2001).

- Estrategias educativas: Son recursos que los docentes emplean para crear trayectorias de aprendizaje únicas y eficientes. Estas estrategias pedagógicas, que abarcan desde lo clásico hasta lo más vanguardista, tienen como objetivo potenciar el proceso de enseñanza-aprendizaje, favoreciendo una asimilación profunda de los conocimientos. Según el libro sobre estrategias educativas aplicadas en establecimientos escolares de la ciudad de Pasto escrito por el Doctor en Educación Vásquez R., (2010), la escogencia de la mejor estrategia pedagógica se fundamenta en elementos tales como los objetivos plasmados en el currículo, los recursos que existen en el salón de clase y los requerimientos de los estudiantes.

- Habilidades comunicativas: Son un conjunto de recursos comunicacionales que promueven la interacción entre las personas. Según Hofstadt R., (2022), en su libro describe que “estas habilidades nos permiten expresar nuestras ideas de manera clara y concisa, entender los puntos de vista de los demás y construir relaciones basadas en la confianza y el respeto mutuo. Incluyen tanto aspectos verbales como no verbales de la comunicación” (p. 7). Por lo anterior, las habilidades para comunicarnos con los demás, facilitan la interacción colaborativa y la comprensión recíproca. Las destrezas comunicativas, por tanto, permiten expresar las ideas, pensamientos y emociones de forma clara y efectiva, además de permitir comprender y responder a las ideas de los demás; estas habilidades incluyen diversos aspectos: la capacidad de escuchar activamente, la empatía, la claridad en el mensaje, asertividad y la adaptación del lenguaje al contexto y al receptor. Todas estas facetas tienen en común la intención de facilitar una interacción significativa y comprensible, creando un espacio de confianza y respeto mutuo.

- Percepción de los estudiantes respecto de las estrategias pedagógicas implementadas: La opinión que los estudiantes tienen sobre las metodologías de enseñanza refleja cómo valoran y vivencian las estrategias pedagógicas empleadas. Es crucial considerar esta percepción, ya que influye en su grado de participación y en su actitud hacia el aprendizaje. Modular los métodos didácticos según las necesidades y preferencias individuales de los estudiantes resulta esencial para su éxito académico (Gutiérrez M. et al., 2020).

En cuanto a la recolección de los datos se utilizó un instrumento que consta de 4 apartados. En el primer apartado del instrumento, se recolectó la información sociodemográfica de los participantes. En la segunda parte, se procedió a realizar la recopilación de las estrategias

educativas que el estudiante o egresado consideró que ha utilizado en su proceso de formación; un tercer apartado de las habilidades comunicativas de los participantes, para lo cual se utilizó el cuestionario que recopila las habilidades comunicativas encontradas en el currículo del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca y en el cuarto apartado se incluyó preguntas sobre la percepción de los participantes acerca de las estrategias pedagógicas implementadas en su formación, para adquirir las habilidades comunicativas (Hernández J. & De La Rosa C., 2018; Ortiz et al., 2014; Zota et al., 2023).

#### **4.4 Métodos y técnicas de recolección de la información**

El instrumento para la recolección de información, tiene los siguientes elementos:

- 1) Marca temporal: Ingreso de la fecha y hora de diligenciamiento, no analizable.
- 2) Dirección de correo electrónico: Correo institucional, no analizable.
- 3) Introducción al cuestionario: Casilla de aceptación del consentimiento, no analizable. – Si acepta: 1

El primer apartado contiene las características sociodemográficas. Para dar respuesta a las variables socio-demográficas se solicitó: “Por favor, responda las siguientes preguntas; ellas que corresponden a la caracterización sociodemográfica de los residentes del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca:

- 4) Seleccione su tipo de identificación:
  - a. Cédula de ciudadanía: 1

- b. Cédula de extranjería: 2
- 5) Digite su número de identificación como número, sin puntos, comas o guiones: Número entero, no analizable
- 6) Digite su edad en número de años cumplidos: Número entero, analizable. – Variable numérica discreta
- 7) Registre su sexo:
- a. Masculino: 1
  - b. Femenino: 2
- 8) ¿Cuál es su estado civil?:
- a. Soltero: 1
  - b. Unión libre: 2
  - c. Casado: 3
  - d. Divorciado / Separado: 4
  - e. Viudo: 5
- 9) ¿A qué etnia pertenece?:
- a. Indígena: 1
  - b. Mestizo: 2
  - c. Afrocolombiano: 3
  - d. Rom: 4
  - e. Caucásico: 5
- 10) ¿Cuál es su régimen de seguridad social en salud?:

- a) Contributivo: 1
- b) Subsidiado: 2

11) Especifique que año de residencia cursa actualmente:

- a) Primer año: 1
- b) Segundo año: 2
- c) Tercer año: 3
- d) Egresado: 4

En el segundo apartado del instrumento trató sobre la frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas. La solicitud de este apartado fue: “En las siguientes preguntas debe marcar con una X en las columnas de "frecuencia de uso", según la utilización que le haya dado a cada una de las estrategias educativas listadas en la primera columna, de acuerdo a su proceso de formación como residente del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca. Para entender en qué consiste cada estrategia educativa, por favor, remítase al instructivo que describe cada una de ellas”, el participante tiene la opción de contestar una escala Likert, así:

- a) Nunca: 1
- b) Casi nunca: 2
- c) Algunas veces: 3
- d) Con mucha frecuencia: 4
- e) Siempre: 5

Lo anterior, para dar respuesta a las preguntas 12 a 18

12) Frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas: [1. Foros y debates.]

13) Frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas: [2. Juegos de roles y dramatizaciones.]

14) Frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas: [3. Lectura y sustentación de artículos.]

15) Frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas: [4. Talleres de autoconocimiento y manejo emocional.]

16) Frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas: [5. Técnicas de asertividad.]

17) Frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas: [6. Trabajo colaborativo.]

18) Frecuencia de uso de las estrategias pedagógicas: [7. Videgrabaciones con pacientes.]

En el tercer apartado que trató sobre el fortalecimiento de las habilidades comunicativas, el participante tuvo la opción de contestar una escala Likert, a la pregunta, así: “Las siguientes son las habilidades comunicativas que se espera usted desarrolle durante su formación como residente del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca, según el currículo actual del programa. En el siguiente cuestionario, califique desde la opción "totalmente de acuerdo" hasta la opción "totalmente en desacuerdo" si considera que, en su papel como residente del programa de especialización en Medicina Familiar, usted ha logrado desarrollar las habilidades comunicativas mencionadas”:

- a) Totalmente en desacuerdo: 1
- b) En desacuerdo: 2
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: 3
- d) De acuerdo: 4
- e) Totalmente de acuerdo:5

Lo anterior, para dar respuesta a las preguntas 19 a 25:

- 19) Fortalecimiento de habilidades comunicativas [1. Claridad y precisión.]
- 20) Fortalecimiento de habilidades comunicativas [2. Comunicación asertiva.]
- 21) Fortalecimiento de habilidades comunicativas [3. Empatía.]
- 22) Fortalecimiento de habilidades comunicativas [4. Escucha activa.]
- 23) Fortalecimiento de habilidades comunicativas [5. Manejo de emociones.]
- 24) Fortalecimiento de habilidades comunicativas [6. Relación médico-paciente-familia.]
- 25) Fortalecimiento de habilidades comunicativas [7. Trabajo en equipo.]

Durante el proceso de formación profesional en el área de la salud, se buscó identificar el nivel de desarrollo y fortalecimiento de habilidades comunicativas en los estudiantes. Esta identificación fue realizada con base en la experiencia personal del participante, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para que el estudiante según su experiencia, indique desde "totalmente de acuerdo" hasta la opción "totalmente en desacuerdo" si durante su formación, usted ha logrado desarrollar y/o fortalecer las siguientes habilidades comunicativas."

Para poder analizar los datos relacionados con el fortalecimiento de las habilidades comunicativas, se empleó la herramienta IBM SPSS. Según el cuestionario, a cada opción de respuesta se le asignó un número entre 1 y 5, de acuerdo con la siguiente escala: a la respuesta “Totalmente en desacuerdo” se le asignó 1, “Desacuerdo”, 2, “Ni de acuerdo, ni en desacuerdo” 3, “De acuerdo” 4 y 5 a “Totalmente de acuerdo”.

Posteriormente, las opciones de respuesta, fueron codificadas en una escala que va de 0 a 4, con el fin de facilitar análisis estadísticos. La transformación es la siguiente: a la opción 1 se le asignó un valor de 0, 2 se le determinó un valor de 1, 3 pasa a tomar el valor de 2 puntos, 4 se da un valor de 3 y 5 se le otorgó el valor de 4. Para ubicar las categorías en las cuales se pudo identificar el fortalecimiento de habilidades comunicativas dentro del proceso de formación en la residencia se agruparon las puntuaciones en las categorías de deficiente, regular, bueno y excelente (ver Tabla Tabla1).

**Tabla 1.**

*Puntuaciones a grupadas en categorías para habilidades comunicativas*

Valor original	Valor codificado		A) Clasificación según valor original (1 a 5):			B) Clasificación según valor codificado (0 a 4):	
			Valor	Categoría cualitativa		Codificado	Categoría cualitativa
1	0	luego,	1	Deficiente	luego,	0	Deficiente
2	1		2	Deficiente		1	Deficiente
3	2		3	Regular		2	Regular
4	3		4	Bueno		3	Bueno
5	4		5	Excelente		4	Excelente

Se hizo la evaluación global: suma y promedio, para conocer el rendimiento general del estudiante, se calcularon dos indicadores (ver Tabla 2).

**Tabla 2.**

*Indicadores finales de categorías para habilidades comunicativas*

A) Suma total (valores originales):			B) Promedio (valores originales):	
Rango de suma	Clasificación global		Rango de promedio	Clasificación global
7 – 14	Deficiente	luego,	$\leq 2.0$	Deficiente
15 – 21	Regular		$> 2.0 - 3.0$	Regular
22 – 28	Bueno		$> 3.0 - 4.0$	Bueno
29 – 35	Excelente		$> 4.0 - 5.0$	Excelente

Al final, se hizo la evaluación global sobre los valores codificados, del mismo modo, se realizó el cálculo sobre los valores codificados (ver Tabla 3).

**Tabla 3.**

*Valores codificados para habilidades comunicativas*

A) Suma total codificada (escala 0–28):			B) Promedio codificado (escala 0–4):	
Rango de suma codificada	Clasificación global		Promedio codificado	Clasificación global
0 – 7	Deficiente	luego,	$\leq 1.0$	Deficiente
8 – 14	Regular		$> 1.0 - 2.0$	Regular
15 – 21	Bueno		$> 2.0 - 3.0$	Bueno
22 – 28	Excelente		$> 3.0 - 4.0$	Excelente

En conclusión, para establecer los puntajes de las habilidades comunicativas adquiridas por los estudiantes, se determinó que la opción de total desacuerdo y en desacuerdo valdrían en suma recategorizadas, cero (0) puntos y estaría definido en la categoría de desarrollo y fortalecimiento deficiente de la habilidad con un puntaje máximo de 7, porque el estudiante no habría introyectado la habilidad; la opción ni de acuerdo, ni en desacuerdo tendría el valor de 1 punto, recategorizada como regular, con un puntaje máximo de 14, porque el estudiante manifiesta que ha desarrollado o fortalecido la habilidad comunicativa solo un poco, pero aún le falta desarrollar o fortalecer mucho la habilidad; la opción de acuerdo valdría 3 puntos y fue recategorizada como buena, con un puntaje máximo de 21; en este caso, el estudiante aún no tiene un pleno desarrollo y fortalecimiento de la habilidad comunicativa y la opción totalmente de acuerdo, tendría un puntaje de 28, recategorizada como excelente valdría 4 puntos, porque el estudiante desarrolló y fortaleció por completo la habilidad comunicativa.

En el cuarto apartado se preguntó por la percepción de utilidad de cada estrategia educativa sobre la adquisición de habilidades comunicativas. El participante tiene la opción de contestar una escala Likert, así:

- a) Nada útil: 1
- b) Algo útil: 2
- c) Ni útil, ni inútil: 3
- d) Útil: 4
- e) Muy útil: 5
- f) No aplica: 6

Lo anterior, para dar respuesta a las preguntas 26 a 74:

- 26) Foros y debates [1. Comunicación asertiva]
- 27) Foros y debates [2. Empatía]
- 28) Foros y debates [3. Escucha activa]
- 29) Foros y debates [4. Claridad y precisión]
- 30) Foros y debates [5. Manejo de emociones]
- 31) Foros y debates [6. Trabajo en equipo]
- 32) Foros y debates [7. Relación médico-paciente-familia]
- 33) Juegos de roles y dramatizaciones [1. Comunicación asertiva]
- 34) Juegos de roles y dramatizaciones [2. Empatía]
- 35) Juegos de roles y dramatizaciones [3. Escucha activa]
- 36) Juegos de roles y dramatizaciones [4. Claridad y precisión]
- 37) Juegos de roles y dramatizaciones [5. Manejo de emociones]
- 38) Juegos de roles y dramatizaciones [6. Trabajo en equipo]
- 39) Juegos de roles y dramatizaciones [7. Relación médico-paciente-familia]
- 40) Lectura y sustentación de artículos [1. Comunicación asertiva]
- 41) Lectura y sustentación de artículos [2. Empatía]
- 42) Lectura y sustentación de artículos [3. Escucha activa]
- 43) Lectura y sustentación de artículos [4. Claridad y precisión]
- 44) Lectura y sustentación de artículos [5. Manejo de emociones]

- 45) Lectura y sustentación de artículos [6. Trabajo en equipo]
- 46) Lectura y sustentación de artículos [7. Relación médico-paciente-familia]
- 47) Talleres de autoconocimiento y manejo emocional [1. Comunicación asertiva]
- 48) Talleres de autoconocimiento y manejo emocional [2. Empatía]
- 49) Talleres de autoconocimiento y manejo emocional [3. Escucha activa]
- 50) Talleres de autoconocimiento y manejo emocional [4. Claridad y precisión]
- 51) Talleres de autoconocimiento y manejo emocional [5. Manejo de emociones]
- 52) Talleres de autoconocimiento y manejo emocional [6. Trabajo en equipo]
- 53) Talleres de autoconocimiento y manejo emocional [7. Relación médico-paciente-familia]
- 54) Técnicas de asertividad [1. Comunicación asertiva]
- 55) Técnicas de asertividad [2. Empatía]
- 56) Técnicas de asertividad [3. Escucha activa]
- 57) Técnicas de asertividad [4. Claridad y precisión]
- 58) Técnicas de asertividad [5. Manejo de emociones]
- 59) Técnicas de asertividad [6. Trabajo en equipo]
- 60) Técnicas de asertividad [7. Relación médico-paciente-familia]
- 61) Trabajo colaborativo [1. Comunicación asertiva]
- 62) Trabajo colaborativo [2. Empatía]
- 63) Trabajo colaborativo [3. Escucha activa]
- 64) Trabajo colaborativo [4. Claridad y precisión]
- 65) Trabajo colaborativo [5. Manejo de emociones]

- 66) Trabajo colaborativo [6. Trabajo en equipo]
- 67) Trabajo colaborativo [7. Relación médico-paciente-familia]
- 68) Videgrabaciones con pacientes [1. Comunicación asertiva]
- 69) Videgrabaciones con pacientes [2. Empatía]
- 70) Videgrabaciones con pacientes [3. Escucha activa]
- 71) Videgrabaciones con pacientes [4. Claridad y precisión]
- 72) Videgrabaciones con pacientes [5. Manejo de emociones]
- 73) Videgrabaciones con pacientes [6. Trabajo en equipo]
- 74) Videgrabaciones con pacientes [7. Relación médico-paciente-familia]

Existen diversos instrumentos de recolección de la información utilizados para personal de sector salud para evaluar las habilidades comunicativas en los médicos y personal de salud. Se han realizado revisiones sistemáticas para evaluar cuales tienen menor sesgo en su uso o cuáles son las más apropiadas para evaluar de manera integral las habilidades comunicativas. No todos recogen los datos suficientes para evaluar todas las habilidades comunicativas y por su parte hacen énfasis en unas áreas más que en otras. Según la investigación realizada por León Pérez et al., (2019) en su investigación:

En mayor porcentaje interrogan el contexto para la discusión, comunicación y gestión, cierre de comunicación, compartir información con el interlocutor, comprender la perspectiva del interlocutor, empatizar, mantener una buena relación planear y compartir decisiones y en menor medida, revisan la escucha activa, la expresión no verbal la

organización, el profesionalismo, la autenticidad, confianza, expresión verbal, lenguaje apropiado a la alfabetización del interlocutor y el respeto. (p. 13)

Otra revisión sistemática sobre los cuestionarios utilizados en salud para evaluar las habilidades comunicativas en el personal sanitario, revisó los sesgos en cuanto a diseño general, relevancia y exhaustividad, diseño y comprensibilidad del estudio piloto y exhaustividad del pilotaje. Fueron revisados 75 artículos y se concluyó que no existe una herramienta validada que cumpla con todos los criterios de calidad para ser utilizado como una herramienta estándar de oro y que las que se han utilizado hasta el momento cuentan con problemas metodológicos de constructo y de diseño (Pascual López et al., 2020). En conclusión, la ausencia de una herramienta de evaluación de habilidades comunicativas en médicos que cumpla con todos los estándares de calidad necesarios impide establecer un punto de referencia universal y objetivo para medir estas competencias.

El investigador Leal-Costa et al., (2016) creó una escala que se ha empleado para revisar las habilidades de comunicación en personal sanitario, la cual evalúa los componentes de la “comunicación informativa, escucha activa, empatía, respeto, autenticidad y asertividad” (p. 3) y es un instrumento que posteriormente fue validado en profesionales de Enfermería por su autor (2019).

Hay otros cuestionarios que se han empleado como la Herramienta de evaluación de la comunicación del inglés “Communication Assesment Tool” que tiene un buen rendimiento en pacientes, al interrogar “el grado de satisfacción con la atención recibida por los profesionales de

la salud” ((Myerholtz, 2014,p. 1), pero no hace efectúa una autoevaluación al médico sobre la percepción de la atención brindada, por ser información obtenida de una fuente secundaria, el paciente.

El cuestionario denominado Guía de Calgary Cambridge traducida y validada en español, utilizado en Chile durante la consulta médica, considera un inicio de sesión, recogida de información, explicación y planificación y un cierre de sesión; resalta si estos pasos se pueden aplicar en el breve tiempo de consulta asignado (Moore et al., 2010). La brevedad del tiempo asignado a cada consulta plantea un reto importante, obligando a los profesionales a priorizar las etapas del proceso comunicativo.

El cuestionario de Kalamazoo adaptado de su versión en inglés, fue aplicado en estudiantes de Cirugía de una universidad de la India, encontrando que, tras un entrenamiento se logró el robustecimiento de las habilidades comunicativas en los encuestados (Chavda et al., 2020; Peterson et al., 2014). Sin embargo, se requieren estudios adicionales para corroborar estos resultados en diferentes contextos y poblaciones, así como para explorar la relación entre las habilidades comunicativas y otros aspectos del desempeño profesional.

En un estudio realizado en una clínica infantil en Argentina, se empleó la lista de chequeo de Kalamazoo en una adaptación validada en español. Este cuestionario involucra elementos de la comunicación como “establecer una relación, abrir la discusión, recolectar información, comprender la perspectiva del paciente, compartir la información, alcanzar un acuerdo y dar un

cierre” (Urtasun et al., 2021, p. 2)). Algunos puntos de esta lista de chequeo fueron utilizados en el desarrollo del presente estudio.

En cuanto a los procedimientos y condiciones para la recolección, este instrumento se aplicó de forma individual y se diligenció de manera virtual por el residente, en línea con la investigadora. El tiempo de recolección de la información mediante el instrumento fue de un mes. En la elaboración del cuestionario del presente proyecto de investigación, se utilizaron elementos de los cuestionarios antes mencionados y tras su modificación fueron validados por expertos mediante preprueba y prueba piloto, aplicando todo el diseño y los análisis en una muestra de 3 a 5 egresados de la Universidad del Cauca. El cuestionario se articuló mediante un cuestionario en línea propulsado por la tecnología de Google forms, el cual introdujo al encuestado con un párrafo que desarrollaba los objetivos de este proyecto de investigación y les invitaba a responder una serie de preguntas repartidas entre casillas seleccionables, entradas de texto y cuadrículas. Cada uno de los conceptos de habilidades comunicativas, estrategias educativas fueron descritas en el cuestionario en un glosario, para evitar confusiones en los participantes, con el propósito de permitirles profundizar o aclarar su definición.

A continuación, se presenta un cuadro detallado de los instrumentos y técnicas de recolección de datos que se emplearon en esta investigación (García Alcaraz et al., 2006):

## **Cuadro 2.**

*Instrumentos y técnicas de recolección de datos*

<i>PREGUNTA DE INVESTIGACION</i>	<i>OBJETIVO ESPECÍFICO</i>	<i>INSTRUMENTOS</i>	<i>VARIABLES</i>	<i>INDICADORES</i>
<i>¿Cuál es la percepción de los residentes de Medicina Familiar respecto a estrategias pedagógicas para desarrollar habilidades comunicativas, implementadas en la formación de postgrado, Universidad del Cauca 2024?</i>	Caracterizar la población a estudio socio-demográficamente	<i>CUESTIONARIO ESTRUCTURADO</i>	<i>Edad, sexo, ocupación, origen, procedencia, etnia, estado civil, estrato socioeconómico</i>	<i>edad: medidas e tendencia central y dispersión; para las otras variables medidas de frecuencia relativa y absoluta, valores mínimos y máximos</i>
	Identificar las estrategias educativas respecto a habilidades comunicativas (HC) implementadas en la formación de postgrado en la población a estudio.	<i>CUESTIONARIO ESTRUCTURADO</i>	<i>estrategias educativas del currículo de PEMFUC</i>	<i>frecuencias absolutas y relativas</i>
	Precisar las HC presentes en los sujetos a estudio.	<i>CUESTIONARIO ESTRUCTURADO</i>	<i>Habilidades comunicativas</i>	<i>frecuencias absolutas y relativas</i>
	Categorizar la percepción de las estrategias educativas implementadas en la formación de posgrado para el desarrollo de habilidades comunicativas, en la población a estudio	<i>CUESTIONARIO ESTRUCTURADO</i>	<i>Percepción de las estrategias implementadas en el PEMFUC para el desarrollo de HC</i>	<i>frecuencias absolutas y relativas</i>

Para el análisis de la información se hizo uso de las herramientas de software de análisis de datos como IBM SPSS y la herramienta versátil de cálculo de Excel.

#### 4.5 Consideraciones éticas del estudio

Este estudio contará con la aprobación previa del comité de ética en investigación en seres humanos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. La población partícipe para el desarrollo de la investigación corresponderá a seres humanos, sin ningún tipo de vulnerabilidad física o mental, que sea considerado como un factor en el desequilibrio del riesgo y beneficio para el desarrollo de la misma, lo que permitirá dar cumplimiento a los principios éticos básicos.

Este estudio, basado en los principios bioéticos de justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia, se llevó a cabo con la debida consideración por la dignidad y los derechos de los participantes (John Ryan et al., 1974). El principio de beneficencia será aplicado en el presente estudio mediante la evaluación de un comité ético científico, el cual revisará el protocolo antes de su ejecución, se identificarán los potenciales riesgos del estudio y se verificará que contará todas las medidas necesarias para minimizarlos (John Ryan et al., 1974).

Con respeto del principio de autonomía, los participantes decidirán por su propia voluntad si desean formar parte del estudio. De esta manera, se diligenciará el consentimiento informado y tras la explicación del mismo, el residente de manera libre definirá su aceptación o rechazo a ser parte del estudio y dar respuesta a los cuestionarios que serán utilizados. Con relación al principio de justicia, este se aplicó mediante la selección equitativa de los participantes, se les ofrecerán las mismas oportunidades de riesgo o beneficio, independientemente de sus características sociodemográficas. Formaron parte del estudio aquellos estudiantes que cumplieron con los requisitos y autorizaron su participación. Además, se les informó que se podían retirar del estudio si así lo deseaban.

Además, se tuvieron en cuenta las siguientes leyes nacionales e internacionales de ética en investigación: La Declaración de Helsinki (1975), la cual fue acreditada por la Asamblea Médica Mundial en donde se describe derechos como la dignidad, libertad, equidad, autonomía y práctica de justicia, desde las diferentes culturas adoptando así el consentimiento informado de la práctica médica e investigativa; así como la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de

Salud de la República de Colombia, un compendio de normas y lineamientos para llevar a cabo estudios clínicos (Asamblea Médica Mundial, 1964).

Se aplicaron los artículos 4 y 5 del Título II, garantizando el respeto por la dignidad y los derechos de los participantes. Los resultados servirán para diseñar futuras estrategias de mejora en el aprendizaje de habilidades comunicativas. Además, el consentimiento informado se aplicará en cada persona que decida participar en el estudio de manera autónoma y voluntaria, entendiendo este documento como la autorización en donde se describió claramente el objetivo del estudio, los instrumentos a aplicar, los beneficios, los riesgos, y la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento (Art.14 - 15). Dado que se emplearon únicamente métodos documentales y no se realizaron intervenciones directas en los participantes, este estudio se consideró de bajo riesgo según lo establecido en el Artículo 11.

Se cumplió con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, protegiendo así la privacidad de los participantes y garantizando la confidencialidad de sus datos (Artículos 2 y 4). Esta información estará almacenada en mi computador bajo mi custodia, durante 5 años. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6, numeral e, se implementaron medidas técnicas y administrativas para garantizar la supresión de la identidad de los participantes en el análisis de los datos. Los participantes diligenciaron en el enlace de formato de Google forms, un consentimiento informado, que es el documento que especificó las condiciones bajo las cuales los estudiantes participaron del estudio.

## 5. Análisis de resultados

### 5.1 Caracterización sociodemográfica de la población

La población de 19 estudiantes del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca se conformó por residentes de primer, segundo y tercer año del período comprendido entre 2023 y 2025 y de egresados del año 2024. La población que participó en el presente estudio, tuvo un promedio de edad de 37,05 años, con una desviación estándar de 6,1 años, (rango de 28 a 52 años); con una edad mínima de 28 años y edad máxima de 52 años. Para mayor facilidad de los análisis la edad se categorizó en dos grupos etarios de adulto joven y adulto medio; la mayoría se agrupa en los adultos jóvenes para un total de 11 (57,9%) y 8 adultos medios (42,1%). La vinculación de médicos más jóvenes al programa de especialización es más frecuente.

En cuanto al sexo, 10 (53%) fueron hombres y 9 (47%) mujeres, siendo una distribución equilibrada. En el estado civil se encontró una gran diversidad, pero el mayor número de participantes fueron solteros 8 (42,1%), 4 (21,1) personas casadas, 6 (31,6) vivían en unión libre y 1 (5,3%) estaba divorciado. Esta variable posteriormente se reestructuró en binomial, obteniendo 10(52,6%) participantes con relación emocional y 9 (47,4%) sin relación emocional, la cual está también balanceada. También, la mayoría, 84,2%, pertenece a la etnia mestiza; todos pertenecen al régimen contributivo de salud y predominan los participantes procedentes de la ciudad de Popayán (84,2%) (ver tabla 5). En cuanto a la formación, el grupo se compone de 21,1% de primer año, 5,3% de segundo año, 42,1% de tercer año y 31,6% egresados (ver Tabla

4). Solo hubo una residente en formación durante el segundo año porque en su momento fue la única residente que aprobó el examen de ingreso y entrevista para cursar la especialización que, en promedio recibe 4 estudiantes por año.

**Tabla 4.**

*Distribución de frecuencias según características sociodemográficas n:19*

Edad		
Media		37,05
Mediana		38,00
Desviación		6,169
Mínimo		28
Máximo		52
Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
Adulto medio	8	42,1
Adulto joven	11	57,9
Sexo		
Masculino	10	53
Femenino	9	47
Estado Civil		
Casado	4	21,1
Unión Libre	6	31,6
Divorciado/Separado	1	5,3
Soltero	8	42,1
Etnia		
Mestizo	16	84,2
Afrocolombiano	1	5,3
Caucásico	2	10,5
Seguridad Social		
Contributivo	19	100,0

**Tabla 5.**

*Continuación de tabla 1. Distribución de frecuencia Según Características sociodemográficas n=19*

Año de residencia		
Primer año	4	21,1
Segundo año	1	5,3
Tercer año	8	42,1
Egresados	6	31,6
Procedencia		
Tumaco	1	5,3
Tuluá	1	5,3
Villavicencio	1	5,3
Popayán	16	84,2

Para revisar cómo se comporta tanto el grupo etario como el sexo en relación al fortalecimiento y desarrollo de cada una de las habilidades comunicativas, se hizo un análisis bivariado y se encontró que en cuanto a comunicación asertiva las mujeres perciben un mejor desarrollo de esa habilidad (56% en excelente). En los hombres los resultados son variables, con una mayor frecuencia en bueno (40%) y excelente (30%), pero con un 10% en nivel deficiente. Este hallazgo sugiere una necesidad de reforzar casos individuales, en especial robustecer estas habilidades blandas en los hombres. Desde pequeños, muchos hombres se educan bajo normas que asocian la fortaleza con la contención emocional, la competencia con la autosuficiencia y la toma de decisiones con el control; algunas frases como “los hombres no lloran” o “debes ser fuerte” limitan el desarrollo de la expresión emocional y la empatía, que resultan ser pilares clave de las habilidades blandas. (ver Tabla 6).

**Tabla 6.***Distribución fortalecimiento habilidades comunicativas por sexo (n:19)*

SEXO		Comunicación asertiva				Total
		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	
Masculino	Frecuencia	1	2	4	3	10
	Porcentaje	100,0%	50,0%	66,7%	37,5%	52,6%
	% del total	5,3%	10,5%	21,1%	15,8%	52,6%
Femenino	Frecuencia	0	2	2	5	9
	Porcentaje	0,0%	50,0%	33,3%	62,5%	47,4%
	% del total	0,0%	10,5%	10,5%	26,3%	47,4%

Con relación a la claridad y precisión, los hombres destacan en esta habilidad con un dominio en bueno del 40% y en nivel excelente en un 50% de los casos. En las mujeres, se calificó un 11.1% en nivel deficiente. En el manejo de emociones, ambos sexos tienen fortalezas (hombres con 60% en nivel bueno y 10% en regular y en mujeres 44,4% en bueno y excelente, pero 11,1% en nivel deficiente), pero persisten los desafíos en la regulación emocional (ver tabla 7).

Lo anterior coincide con el hallazgo del estudio de Duque Salazar (2023), que encontró que la percepción de las mujeres sobre las estrategias educativas fue positiva para el aprendizaje de habilidades clínicas y en cuanto a la consideración de que las estrategias educativas utilizadas por sus docentes eran las más adecuadas. Podría plantearse que las participantes perciben un mayor desarrollo de habilidades comunicativas socioemocionales como la empatía, escucha activa y la relación médico-paciente, las cuales son habilidades clave en la Medicina Familiar, comparadas con los hombres, quizás debido a estereotipos de género que avivan en ellas una

mayor sensibilidad interpersonal, así como a una formación académica que no enfrenta de manera equitativa las necesidades pedagógicas de los hombres en estas competencias. Entonces la formación no está fortaleciendo del todo sus habilidades blandas por falta de estrategias pedagógicas más inclusivas (ver Tabla 7).

**Tabla 7.**

*Continuidad tabla 6 Distribución fortalecimiento habilidades comunicativas por sexo (n:19)*

		Claridad y precisión				
SEXO		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Masculino	Frecuencia	1	0	4	5	10
	Porcentaje	50,0%	0,0%	80,0%	45,5%	52,6%
	% del total	5,3%	0,0%	21,1%	26,3%	52,6%
Femenino	Frecuencia	1	1	1	6	9
	Porcentaje	50,0%	100,0%	20,0%	54,5%	47,4%
	% del total	5,3%	5,3%	5,3%	31,6%	47,4%
		Manejo de Emociones				
SEXO		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Masculino	Frecuencia	0	1	6	3	10
	Porcentaje	0,0%	50,0%	60,0%	50,0%	52,6%
	% del total	0,0%	5,3%	31,6%	15,8%	52,6%
Femenino	Frecuencia	1	1	4	3	9
	Porcentaje	100,0%	50,0%	40,0%	50,0%	47,4%
	% del total	5,3%	5,3%	21,1%	15,8%	47,4%

Para la empatía, las mujeres perciben que tienen mayor fortalecimiento y desarrollo de esta habilidad. Los hombres mostraron un alto desempeño en empatía (70% en nivel excelente), pero un 10% fue evaluado como deficiente. Las mujeres superaron este indicador, con un 77.8% en excelente y ninguna en deficiente. La brecha sugiere que, aunque la mayoría de los participantes desarrolla adecuadamente esta habilidad, algunos hombres podrían necesitar

intervenciones pedagógicas más personalizadas para fortalecer su conexión empática con pacientes y familias. Acorde con el estudio de Galvis Ortiz, (2016), las estrategias educativas que involucran la creatividad, mejoran la empatía y el aprendizaje significativo de los estudiantes, logrando una mayor humanización en el relacionamiento entre pares y de los estudiantes con los pacientes. En cuanto a la escucha activa, las mujeres perciben una mejor capacidad de escucha, mientras que los hombres podrían requerir más entrenamiento en comunicación activa, especialmente en entornos clínicos demandantes (ver Tabla 8).

El 50% de los hombres alcanzó la categoría excelente, pero un 10% se mantuvo en nivel regular. Las mujeres, en cambio, lograron un 55.6% en excelente, sin casos en nivel regular.

Para la habilidad relación Médico-paciente-familia, los hombres presentaron un 70% en nivel excelente, pero un 10% en deficiente. Las mujeres tuvieron un 55.6% en excelente y un 11.1% en regular. La polarización en los hombres sugiere que, aunque muchos destacan en esta habilidad, algunos necesitan fortalecer su enfoque relacional. Las estrategias formativas podrían incluir simulaciones de interacción con familias para mejorar la consistencia y este desbalance.

Y, para el trabajo en equipo el 50% de los hombres se ubicó en nivel bueno, pero un 10% en nivel deficiente. Las mujeres lograron un 55.6% en excelente, aunque con un 11.1% en regular. Lo antes mencionado refleja que las residentes tienen una percepción más positiva de su capacidad colaborativa, mientras que algunos hombres podrían beneficiarse de dinámicas grupales estructuradas para mejorar su integración en equipos multidisciplinarios. En general, se observa que las mujeres muestran mayor consistencia en habilidades socioemocionales como la

empatía y la escucha activa, mientras los hombres tienen brechas en categorías críticas en nivel deficiente (ver Tabla 8).

**Tabla 8.**

*Continuación de la tabla 6. Distribución fortalecimiento habilidades comunicativas por sexo (n:19)*

		Empatía				
SEXO		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Masculino	Frecuencia	1		2	7	10
	Porcentaje	100,0%		50,0%	50,0%	52,6%
	% del total	5,3%		10,5%	36,8%	52,6%
Femenino	Frecuencia	0		2	7	9
	Porcentaje	0,0%		50,0%	50,0%	47,4%
	% del total	0,0%		10,5%	36,8%	47,4%
		Escucha Activa				
SEXO			Regular	Bueno	Excelente	Total
Masculino	Frecuencia		1	4	5	10
	Porcentaje		100,0%	50,0%	50,0%	52,6%
	% del total		5,3%	21,1%	26,3%	52,6%
Femenino	Frecuencia		0	4	5	9
	Porcentaje		0,0%	50,0%	50,0%	47,4%
	% del total		0,0%	21,1%	26,3%	47,4%
		Relación Médico Paciente Familia				
SEXO		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Masculino	Frecuencia	1	0	2	7	10
	Porcentaje	100,0%	0,0%	40,0%	58,3%	52,6%
	% del total	5,3%	0,0%	10,5%	36,8%	52,6%
Femenino	Frecuencia	0	1	3	5	9
	Porcentaje	0,0%	100,0%	60,0%	41,7%	47,4%
	% del total	0,0%	5,3%	15,8%	26,3%	47,4%
		Trabajo en Equipo				
SEXO		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Masculino	Frecuencia	1	0	5	4	10
	Porcentaje	100,0%	0,0%	62,5%	44,4%	52,6%

	% del total	5,3%	0,0%	26,3%	21,1%	52,6%
Femenino	Frecuencia	0	1	3	5	9
	Porcentaje	0,0%	100,0%	37,5%	55,6%	47,4%
	% del total	0,0%	5,3%	15,8%	26,3%	47,4%

Al realizar el análisis por grupo etario, se halla que para la habilidad comunicación asertiva, los participantes adulto medio alcanzaron en un 50% el nivel excelente, en cambio, los adultos jóvenes presentaron un 36.4% de nivel deficiente y regular. La anterior diferencia sugiere que la experiencia clínica acumulada por los adultos medios contribuye a una comunicación más asertiva, mientras que los adultos jóvenes podrían requerir mayor entrenamiento en técnicas de comunicación efectiva durante sus primeros años de formación (ver Tabla 9).

**Tabla 9.**

*Distribución Fortalecimiento habilidades comunicativas por Grupo Etario (n:19)*

Comunicación Asertiva						
Grupo etario		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Adulto Medio	Frecuencia	0	0	4	4	8
	Porcentaje	0,0%	0,0%	66,7%	50,0%	42,1%
	% del total	0,0%	0,0%	21,1%	21,1%	42,1%
Adulto Joven	Frecuencia	1	4	2	4	11
	Porcentaje	100,0%	100,0%	33,3%	50,0%	57,9%
	% del total	5,3%	21,1%	10,5%	21,1%	57,9%

En cuanto a la claridad y precisión, los adultos medios destacaron con un 75% en nivel excelente, mientras que los adultos jóvenes tuvieron un 18.2% en nivel deficiente. Lo mencionado anteriormente podría indicar que los residentes con más experiencia han refinado su

capacidad para transmitir información clara y precisa, lo cual garantiza que la información sea transmitida de forma inequívoca, reduce errores médicos y fomenta la confianza con el paciente e indirectamente mejora la relación médico paciente, entre otras habilidades (ver tabla 10).

**Tabla 10.**

*Continuación de tabla 9. Distribución Fortalecimiento habilidades comunicativas por Grupo Etario (n:19)*

Claridad y precisión						
Grupo etario		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Adulto Medio	Frecuencia	0	0	2	6	8
	Porcentaje	0,0%	0,0%	40,0%	54,5%	42,1%
	% del total	0,0%		10,5%	31,6%	42,1%
Adulto Joven	Frecuencia	2	1	3	5	11
	Porcentaje	100,0%	100,0%	60,0%	45,5%	57,9%
	% del total	10,5%	5,3%	15,8%	26,3%	57,9%

Para el manejo de emociones, los adultos medios mostraron un 62.5% en nivel excelente, pero los adultos jóvenes tuvieron un 63.6% en un nivel bueno y un 18.2% en nivel deficiente. De acuerdo a lo anterior, se observa que los participantes con mayor experiencia gestionan mejor sus emociones, puesto que pueden tener una mejor autogestión continua y mejores redes de apoyo como los grupos Balint para el manejo de emociones grupal y procesos de catarsis (ver Tabla 11).

Con relación a la empatía, los adultos medios alcanzaron un 87.5% en nivel excelente, pero los adultos jóvenes lograron un 63.6% en nivel excelente y un 9.1% en deficiente. La mayor empatía en los adultos medios podría relacionarse con su exposición prolongada a pacientes y la mejor habilidad para reconocer los sentimientos y necesidades de sus pacientes y equipo de trabajo.

Para la habilidad escucha activa, los adultos medios obtuvieron un 75% en nivel excelente, pero los Adultos jóvenes tuvieron un nivel excelente del 36.4% y un 54.5% en nivel bueno. Lo mencionado podría indicar que los residentes con más experiencia priorizan una escucha más profunda, mientras que los adultos jóvenes podrían estar más enfocados en la eficiencia, tendiendo a organizar sus actividades por orden de prioridad e identificación de tareas clave, restando importancia a las habilidades comunicativas en conjunto, para lo cual se requiere un entrenamiento, exposición prolongada a las estrategias educativas y una curva de aprendizaje (ver tabla 11).

**Tabla 11.**

*Continuación de tabla 9. Distribución Fortalecimiento habilidades comunicativas por Grupo Etario (n:19)*

Manejo de Emociones						
Grupo etario		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Adulto Medio	Frecuencia	0	0	3	5	8
	Porcentaje	0,0%	0,0%	30,0%	83,3%	42,1%
	% del total	0,0%	0,0%	15,8%	26,3%	42,1%
Adulto Joven	Frecuencia	1	2	7	1	11
	Porcentaje	100,0%	100,0%	70,0%	16,7%	57,9%
	% del total	5,3%	10,5%	36,8%	5,3%	57,9%
Empatía						
Grupo etario		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Adulto Medio	Frecuencia	0		1	7	8
	Porcentaje	0,0%		25,0%	50,0%	42,1%
	% del total	0,0%		5,3%	36,8%	42,1%
Adulto Joven	Frecuencia	1		3	7	11
	Porcentaje	100,0%		75,0%	50,0%	57,9%
	% del total	5,3%		15,8%	36,8%	57,9%
Escucha Activa						
Grupo etario		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
	Frecuencia		0	2	6	8

Adulto	Porcentaje	0,0%	25,0%	60,0%	42,1%
Medio	% del total	0,0%	10,5%	31,6%	42,1%
Adulto Joven	Frecuencia	1	6	4	11
	Porcentaje	100,0%	75,0%	40,0%	57,9%
	% del total	5,3%	31,6%	21,1%	57,9%

En cuanto a la relación Médico-paciente-familia, los adultos medios lograron un 75% en nivel excelente, mientras que los adultos jóvenes tuvieron un nivel excelente del 54.5%, pero con un 18.2% en nivel deficiente/regular. Lo anterior sugiere que los adultos medios manejan mejor las dinámicas familiares en el contexto médico. Y para el trabajo en equipo, los adultos medios alcanzaron un 50% en nivel excelente, pero los adultos jóvenes tuvieron un nivel excelente del 45.5% en esta categoría y un 18.2% en nivel deficiente/regular. La mayor experiencia de los adultos medios en entornos colaborativos parece favorecer su desempeño (ver Tabla 12).

### Tabla 12.

*Continuación de tabla 9. Distribución Fortalecimiento habilidades comunicativas por Grupo Etario (n:19)*

Relación Médico Paciente Familia						
Grupo etario		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Adulto	Frecuencia	0	0	2	6	8
Medio	Porcentaje	0,0%	0,0%	40,0%	50,0%	42,1%
	% del total	0,0%	0,0%	10,5%	31,6%	42,1%
Adulto Joven	Frecuencia	1	1	3	6	11
	Porcentaje	100,0%	100,0%	60,0%	50,0%	57,9%
	% del total	5,3%	5,3%	15,8%	31,6%	57,9%
Trabajo en Equipo						
Grupo etario		Deficiente	Regular	Bueno	Excelente	Total
Adulto	Frecuencia	0	0	4	4	8
Medio	Porcentaje	0,0%	0,0%	50,0%	44,4%	42,1%
	% del total	0,0%	0,0%	21,1%	21,1%	42,1%

Adulto Joven	Frecuencia	1	1	4	5	11
	Porcentaje	100,0%	100,0%	50,0%	55,6%	57,9%
	% del total	5,3%	5,3%	21,1%	26,3%	57,9%

Los resultados evidencian diferencias significativas en la percepción de las habilidades comunicativas según sexo y grupo etario. Las mujeres y los residentes de adulto medio muestran un mejor desempeño en la mayoría de las categorías, mientras que los hombres y los adultos jóvenes presentan áreas de mejora, particularmente en habilidades socioemocionales y comunicación asertiva.

Las habilidades comunicativas suelen ser más consistentes en los médicos con mayor práctica porque a lo largo de los años, han afianzado su capacidad de convertir complejos conocimientos clínicos en mensajes claros y adecuados a cada oyente, ya sea un colega o un paciente, gracias a la exposición constante, la retroalimentación recogida y la reflexión sobre sus interacciones. Además, su recorrido les permite anticipar preguntas frecuentes, reconocer signos no verbales de discrepancia o ansiedad, y ajustar el tono y la velocidad de su discurso para forjar confianza y empatía. Este dominio se sustenta también en la exposición repetida a situaciones críticas, como comunicar malas noticias o conducir entrevistas difíciles, donde aprenden a organizar la información de manera concisa y a crear áreas de diálogo en los que el paciente se siente atendido y entendido, fortaleciendo así tanto la seguridad clínica como la adherencia a los tratamientos.

## **5.2 Identificación de las estrategias educativas respecto a habilidades comunicativas implementadas en la formación en Medicina Familiar, en la población a estudio**

En el presente estudio se identificaron 7 estrategias educativas que han sido implementadas en el currículo del programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad del Cauca. Las siete estrategias incluyeron: foros y debates, juego de roles y dramatizaciones, lectura y sustentación de artículos, talleres de autoconocimiento y manejo emocional, técnicas de asertividad, trabajo colaborativo y videgrabaciones con pacientes. Estas estrategias se registraron de acuerdo a la frecuencia de uso durante los tres años de formación, las cuales, según el currículo de la especialidad, se espera sean utilizadas y aplicadas transversalmente durante todas las rotaciones del programa.

Con relación a las estrategias educativas, hay una implementación desigual de las mismas; los datos muestran que tanto residentes como egresados prefieren aquellas que se integran de manera más armónica en el proceso formativo, como los foros y debates y el trabajo colaborativo. En cambio, técnicas como el juego de roles y las videgrabaciones con pacientes, que pueden implicar mayores requerimientos logísticos o metodológicos, son menos favorecidas y se subutilizan, especialmente en los primeros años. Opuesto a estos hallazgos, lo reportado por Quesada y Martínez (1997, p. 28) en su estudio, destaca el valor del juego de roles en la formación médica, especialmente para la elaboración de historias clínicas y el análisis de casos, una práctica común en países anglosajones. Es posible que, en universidades de España y países del primer mundo donde los recursos destinados a la educación superior y al sector salud son mayores, estas estrategias se apliquen con más frecuencia, con mayor inversión del recurso

económico estatal en el área de la educación. En cambio, nuestra universidad, como institución pública en un país con menor inversión del PIB en salud y educación, enfrenta limitaciones que pueden dificultar la implementación de estas metodologías (ver Tabla 13).

**Tabla 13.**

*Frecuencia de uso de las estrategias educativas implementadas en el programa de Medicina Familiar (N=19)*

Residentes y egresados		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con mucha frecuencia	Siempre
Foros y debates	Frecuencia	1		11	4	3
	Porcentaje	5,3		57,9	21,1	15,8
Juego de roles y dramatizaciones	Frecuencia	7	5	5	2	
	Porcentaje	36,8	26,3	26,3	10,5	
Lectura y sustentación de artículos	Frecuencia	3		5	7	4
	Porcentaje	15,8		26,3	36,8	21,1
Talleres de autoconocimiento y manejo emocional	Frecuencia	7	6	3	2	1
	Porcentaje	36,8	31,6	15,8	10,5	5,3
Técnicas de asertividad	Frecuencia	9	2	6		2
	Porcentaje	47,4	10,5	31,6		10,5
Trabajo Colaborativo	Frecuencia	1	4	2	9	3
	Porcentaje	5,3	21,1	10,5	47,4	15,8
Videograbaciones con pacientes	Frecuencia	9	4	3	2	1
	Porcentaje	47,4	21,1	15,8	10,5	5,3

El hallazgo de un uso frecuente de los foros y debates entre todos los grupos de estudiantes y egresados en nuestro estudio coincide con los resultados de Christensen et al., 2023

y de Fernández G. & Alfonso P. (2009) (p. 28), quienes destacan que los modelos participativos, interactivos y dialógicos superan las formas tradicionales de enseñanza, subrayando la relevancia de las estrategias educativas de enfoque constructivista. La alta proporción de participantes que no emplea o utiliza esporádicamente ciertas estrategias, como las técnicas de asertividad y las videograbaciones con pacientes, (47.4% nunca usó videograbaciones, y el 36.8% nunca aplicó juego de roles), podría deberse tanto a preferencias personales como a posibles limitaciones en la implementación curricular o a la falta de recursos tecnológicos o de capacitación docente en esta estrategia; lo anterior obstaculiza la aplicación de metodologías activas. También, podría deberse al déficit de recursos con que cuenta la especialidad, aunado en varias ocasiones a la baja disponibilidad de recurso docente propio para el programa. Los juegos de roles y dramatizaciones, los talleres de autoconocimiento y manejo emocional y las técnicas de asertividad, son estrategias con un bajo uso en todos los niveles de formación.

En este sentido, el análisis respalda la necesidad de fortalecer aquellas metodologías menos utilizadas, con el fin de asegurar un desarrollo integral de las habilidades comunicativas en la formación en Medicina Familiar. En línea con esta perspectiva, el estudio de Menéndez P. et al. (2021) (p. 29) sugiere incorporar la enseñanza de la comunicación como un eje transversal en la formación médica especializada, considerándola un requisito indispensable mediante estrategias de capacitación específica ya contempladas, aunque de manera general, en el currículo actual. Así mismo, el estudio de Hernández J. & De La Rosa C., (2018), concluye que los alumnos que se capacitan en el uso de habilidades comunicativas, obtienen una mejora

significativa y que es muy importante incluir estas competencias en los planes de estudio de Medicina.

Podría considerarse una falta de enfoque en habilidades blandas, ya que se priorizan estrategias teóricas (lectura de artículos) sobre prácticas (talleres emocionales), afectando habilidades como manejo de emociones y asertividad, por ejemplo: El 52.6% calificó el manejo de emociones como bueno, pero solo el 31.6% como excelente (Tabla 6). Al igual que el estudio de Tejera C. et al. (2012), las habilidades blandas como la comunicación efectiva consideradas en el currículo oculto, al parecer se espera que sean desarrolladas de manera implícita por los estudiantes.

En consonancia con la investigación del doctor Alonso G. et al. (2012), la función informativa se prioriza en el proceso formativo, pero las funciones regulativa y afectiva quedan rezagadas, de manera que el residente no logra incorporar muchas habilidades comunicativas importantes en su proceso de formación, se deshumaniza la atención del paciente y se diluye el enfoque bio-psico-socio-cultural y espiritual de la especialidad. Con lo anterior, es importante resaltar que el perfeccionamiento de las competencias comunicativas es fundamental en la formación de los recursos humanos en salud, con el objetivo de alcanzar los más altos estándares de profesionalismo científico y ético, ya que son habilidades aprendibles y enseñables (Burke et al., 2023; Hofstadt R., 2022; Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2022).

Los foros y debates se identificaron como algunas de las estrategias educativas más empleadas, especialmente entre los egresados y los estudiantes de tercer año. El hallazgo mencionado, indica una preferencia por áreas de discusión colectiva, probablemente por su

facilidad de implementación y valor percibido en la reflexión compartida. Sin embargo, su utilización disminuye entre los residentes de primer y segundo año, lo que podría reflejar una menor integración de estas estrategias en las etapas iniciales de la formación. Como sugiere en su estudio Shiraly et al. (2021), los residentes deben afianzar sus habilidades comunicativas a lo largo de su proceso de formación. Lo anterior se relaciona con el hecho de que, según el currículo de nuestra especialidad, el entrenamiento formal en estas habilidades se concentra principalmente en el tercer año. En este sentido, Quesada J. & Martínez C., p. (1997, p. 30) señalan que, aunque herramientas como el análisis de videgrabaciones y los juegos de roles son altamente efectivas para el aprendizaje de la comunicación, la formación en esta área durante la residencia es limitada, con apenas unas 10 horas dedicadas en el primer año, restringidas a unos pocos cursos. La brecha es especialmente clara durante el primer año, donde la instrucción de habilidades comunicativas es prácticamente inexistente, lo que evidencia un descuido en la integración de estas competencias en el proceso educativo de la especialidad. Las videgrabaciones con pacientes, a pesar de su potencial para retroalimentar a los estudiantes, apenas se adoptan, lo que puede derivar de limitaciones de recursos o confidencialidad con pacientes.

También, el trabajo colaborativo es una de las metodologías más empleadas, con una mayor aplicación en tercer año de residencia y entre los egresados. Sin embargo, en los primeros años su aplicación es menor, lo que indica que su implementación crece a medida que avanza la formación. De acuerdo a los resultados de la investigación de Cushing (2015), estas estrategias son importantes para que los estudiantes asimilen la comunicación apropiada con el paciente, más aún en etapas tempranas de su formación. Los educadores enfrentan el desafío de estimular

interacciones auténticas de sus estudiantes, de individualizar su formación y flexibilizar las estrategias de acuerdo a los contextos académicos maximizando su aprendizaje profesional. La conducción de un interrogatorio apropiado mediante la guía de un tutor, facilita la discusión del currículo informal y oculto, integrando así su formación académica (ver tabla 14).

**Tabla 14.**

*Frecuencia de uso de las estrategias educativas por año de residencia y egresados (n:6)*

EGRESADOS		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con mucha frecuencia	Siempre
Foros y debates	Frecuencia			3	1	2
	Porcentaje			50,0	16,7	33,3
Juegos de roles y dramatizaciones	Frecuencia	2	2	1	1	
	Porcentaje	33,3	33,3	16,7	16,7	
Lectura y sustentación de artículos	Frecuencia			2	1	3
	Porcentaje			33,3	16,7	50,0
Talleres de autoconocimiento y manejo emocional	Frecuencia	1	2	2	1	
	Porcentaje	16,7	33,3	33,3	16,7	
Técnicas de asertividad	Frecuencia	1	1	3		1
	Porcentaje	16,7	16,7	50,0		16,7
Trabajo colaborativo	Frecuencia		1	1	2	2
	Porcentaje		16,7	16,7	33,3	33,3
Videograbaciones con pacientes	Frecuencia	3	1	1		1
	Porcentaje	50,0	16,7	16,7		16,7

Para Van den Eertwegh et al., p. (2014, p. 26) los juegos de roles resultan potenciadores de las habilidades comunicativas y los propios estudiantes exigen ser retroalimentados con modelos de rol. A su vez, los resultados de la actual investigación, coinciden con los resultados de Ruiz Moral et al. (2017), de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria,

que utiliza la metodología de juego de roles, fomentando el desarrollo de las competencias comunicativas clínicas y logrando aminorar los riesgos para los pacientes, con el subsecuente fortalecimiento de la relación médico-paciente. Podría mejorarse incorporándolo sistemáticamente en talleres tempranos en primer y segundo año de residencia (ver tabla 15).

**Tabla 15.**

*Frecuencia de uso de las estrategias educativas por año de residencia y egresados (n:6)*

TERCER AÑO		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con mucha frecuencia	Siempre
Foros y debates	Frecuencia			4	3	1
	Porcentaje			50,0	37,5	12,5
Juegos de roles y dramatizaciones	Frecuencia		3	4	1	
	Porcentaje		37,5	50,0	12,5	
Lectura y sustentación de artículos	Frecuencia	1		3	3	1
	Porcentaje	12,5		37,5	37,5	12,5
Talleres de autoconocimiento y manejo emocional	Frecuencia	3	2	1	1	1
	Porcentaje	37,5	25,0	12,5	12,5	12,5
Técnicas de asertividad	Frecuencia	3	1	3		1
	Porcentaje	37,5	12,5	37,5		12,5
Trabajo colaborativo	Frecuencia		2	1	4	1
	Porcentaje		25,0	12,5	50,0	12,5
Videograbaciones con pacientes	Frecuencia	2	3	1	2	
	Porcentaje	25,0	37,5	12,5	25,0	

En cuanto a la lectura y sustentación de artículos su aplicación es frecuente, en especial en los egresados y residentes de tercer año. En cambio, en los primeros años de la especialidad, su uso es menor, lo cual podría sugerir una incorporación progresiva de esta estrategia a lo largo de la especialización. Este resultado coincide con el estudio de Tan et al., (2021, p. 2), que halla que

los métodos didácticos predilectos suelen incluir seminarios de lectura que ocasionalmente son complementados con material de lectura; esta estrategia didáctica es importante para el enriquecimiento de las habilidades comunicativas de los residentes durante su preparación. De acuerdo a lo mencionado, se refleja la importancia atribuida a la evidencia científica y la necesidad de fortalecer competencias de análisis crítico.

Las diferencias halladas entre los distintos años de residencia sugieren que los egresados del programa de especialización, reportan un mayor uso de estrategias como foros y debates, lectura y sustentación de artículos y trabajo colaborativo, lo que significa que estas estrategias se consolidan hacia el final del programa. Esto podría deberse a una mayor exposición a lo largo de la especialización. Ellos prefieren la lectura y sustentación de artículos y los foros y debates, pero usan menos los juegos de roles y técnicas de asertividad, lo que sugiere que, tras egresar, se refuerza la autoformación basada en literatura y el intercambio profesional, mientras que las actividades más “vivenciales” decaen.

También, los residentes de tercer año hacen uso más frecuente de estas estrategias en comparación con los primeros años, indicando un escalonamiento en su utilización. El entrenamiento en habilidades comunicativas se concentra en tercer año, dejando vacíos en etapas iniciales; denota un paso hacia métodos participativos y profundización teórica a medida que avanzan en la residencia. Se halla que los residentes de primer y segundo año reportan una menor aplicación de la mayoría de las estrategias, lo que podría reflejar un desfase en la implementación transversal de estas metodologías desde el inicio del programa.

La residente de segundo año manifestó no haber aplicado las estrategias de juego de roles y trabajo colaborativo, quizás por la falta de acompañamiento de otros residentes en su formación, la dificultad de la ejecución de los contenidos del curso, que generalmente se dicta en grupos más grandes y por ser el único estudiante de su año de especialización. Este hallazgo atípico podría reflejar un problema de registro o una cohorte con baja adopción de metodologías activas en ese ciclo formativo. Es notable el uso exclusivo de “algunas veces” para casi todas las metodologías, lo que sugiere introducción inicial, pero sin consolidación profunda (ver Tabla 16).

**Tabla 16.**

*Frecuencia de uso de las estrategias educativas por segundo año (n:1)*

SEGUNDO AÑO		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con mucha frecuencia	Siempre
Foros y debates	Frecuencia			1		
	Porcentaje			100,0		
Juegos de roles y dramatizaciones	Frecuencia	1				
	Porcentaje	100,0				
Lectura y Sustentación de artículos	Frecuencia	1				
	Porcentaje	100,0				
Talleres de autoconocimiento y manejo emocional	Frecuencia	1				
	Porcentaje	100,0				
Técnicas de asertividad	Frecuencia	1				
	Porcentaje	100,0				
Trabajo colaborativo	Frecuencia	1				
	Porcentaje	100,0				
Videograbaciones con pacientes	Frecuencia			1		
	Porcentaje			100,0		

Hay una señal de falta de exposición durante el primer año para las estrategias de juego roles, técnicas de asertividad y de videograbaciones con pacientes, lo cual podría deberse a la falta de entrenamiento de los docentes en estas prácticas educativas con menor énfasis profesional o de baja preferencia de los estudiantes por aquellas estrategias. Quizás, facilitar equipos y protocolos de confidencialidad podría lograr que esta estrategia se convierta en una herramienta rutinaria en la formación de los estudiantes de Medicina Familiar. Lo mencionado puede obedecer tanto a la falta de preparación de los docentes, como al desconocimiento o poca confianza de los estudiantes en el uso de estas estrategias; lo anterior refleja, además, una introducción muy teórica con escasa exposición a dinámicas prácticas al inicio de la formación (ver Tabla 17).

**Tabla 17.**

*Frecuencia de uso de las estrategias educativas por segundo año (n:1)*

PRIMER AÑO		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con mucha frecuencia	Siempre
Foros y debates	Frecuencia	1		3		
	Porcentaje	25,0		75,0		
Juegos de roles y dramatizaciones	Frecuencia	4				
	Porcentaje	100,0				
Lectura y sustentación de artículos	Frecuencia	1			3	
	Porcentaje	25,0			75,0	
Talleres de autoconocimiento y manejo emocional	Frecuencia	2	2			
	Porcentaje	50,0	50,0			
Técnicas de asertividad	Frecuencia	4				
	Porcentaje	100,0				
Trabajo colaborativo	Frecuencia		1		3	
	Porcentaje		25,0		75,0	
	Frecuencia	4				

Videgrabaciones con pacientes	100,0 Porcentaje
----------------------------------	---------------------

### **5.3 Precisar las habilidades comunicativas presentes en los residentes unicaucanos del programa de Medicina Familiar**

Se identificaron 7 habilidades comunicativas en el currículo del programa de especialización en Medicina Familiar, entre ellas encontramos: claridad y precisión, comunicación asertiva, empatía, escucha activa, manejo de emociones, relación médico-paciente-familia y trabajo en equipo. Se espera que estas habilidades sean adquiridas por los estudiantes, a lo largo de su formación en los 3 años de residencia.

En el cuestionario se preguntó a los residentes y egresados si consideraron que durante su período de formación desarrollaron o fortalecieron sus habilidades comunicativas. En la población a estudio inicialmente se obtuvo una puntuación general, en la cual el promedio en habilidades comunicativas fue de 25, con una desviación estándar de 5,807 puntos; puntaje mínimo de 4 y máximo de 28 puntos. La mayoría de los estudiantes y egresados calificó la adquisición de habilidades comunicativas en un nivel excelente. Este fenómeno se debe quizás al énfasis que tiene en general, la especialidad en el fortalecimiento de estas habilidades que, al ser comparado con otros micro-currículos de otros programas de especialización de la misma universidad, no son fomentados en cursos formales como aquel que se dicta en esta especialidad (Ver Tabla 18).

**Tabla 18.***Distribución de las habilidades comunicativas por categorías (n:19)*

		Deficiente	Buena	Excelente	Total
Estudiantes	Frecuencia	1	2	10	13
Residencia (1-3 año)	Porcentaje	100,0%	50,0%	71,4%	68,4%
	% del total	5,3%	10,5%	52,6%	68,4%
Egresados	Frecuencia	0	2	4	6
	Porcentaje	0,0%	50,0%	28,6%	31,6%
	% del total	0,0%	10,5%	21,1%	31,6%

Ahora, sobre la adquisición de habilidades comunicativas en los residentes de Medicina Familiar, los datos muestran que la mayoría de los participantes perciben un desarrollo excelente de habilidades como empatía y escucha activa. Sin embargo, hay variaciones según el año de residencia, siendo los residentes de tercer año y los egresados quienes reportan mayores niveles de competencia. Conviene subrayar que la experiencia y la exposición continua a diferentes estrategias educativas a lo largo del programa de formación juegan un papel importante en la adquisición de estas habilidades. Los residentes de tercer año y egresados reportan niveles más altos de habilidades comunicativas en nivel excelente, en comparación con los de primer año. Lo dicho hasta aquí sugiere una mejora a lo largo de la formación. También, habilidades como empatía y escucha activa tienen altos porcentajes en excelente, mientras que manejo de emociones y trabajo en equipo tienen más puntuación en la categoría buena (ver Tabla 19).

**Tabla 19.***Distribución categorías habilidades comunicativas según año de residencia (n:13)*

		Deficiente	Regular	Buena	Excelente	Total
Primer año	Frecuencia	1		3		4
	Porcentaje	100,00%		100,00%		100,00%
	% del total	25,00%		75,00%		100,00%
Segundo año	Frecuencia			1		1
	Porcentaje			100,00%		100,00%
	% del total			100,00%		100,00%
Tercer año	Frecuencia			1	7	8
	Porcentaje			100,00%	100,00%	100,00%
	% del total			12,50%	87,50%	100,00%

Los datos revelan una mejora progresiva en el nivel de habilidades comunicativas conforme avanza la formación. En los residentes de primer año el 75% calificó sus habilidades como excelente, pero con un 25% en deficiente; es preciso recalcar que hay una percepción polarizada, posiblemente por falta de experiencia clínica inicial. En los residentes de tercer año y egresados hay una mayor proporción en excelente (87.5% en tercer año y 83.3% en egresados para empatía. Las habilidades como empatía y escucha activa destacan con los porcentajes más altos en excelente (73.7% y 52.6%, respectivamente). El manejo de emociones y trabajo en equipo tienen mayor frecuencia en buena (52.6% y 42.1%), lo que podría relacionarse con estrategias menos aplicadas, como talleres emocionales o videograbaciones (ver Tabla 20).

**Tabla 20.**

*Distribución de fortalecimiento y desarrollo por cada habilidad comunicativa (n:19)*

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Fortalecimiento habilidad comunicativa claridad y precisión	Deficiente	2	10,5
	Regular	1	5,3
	Buena	5	26,3

	Excelente	11	57,9
	Deficiente	1	5,3
Fortalecimiento habilidad comunicativa comunicación asertiva	Regular	4	21,1
	Buena	6	31,6
	Excelente	8	42,1
	Deficiente	1	5,3
Fortalecimiento habilidad comunicativa empatía	Regular		
	Buena	4	21,1
	Excelente	14	73,7
Fortalecimiento habilidad comunicativa escucha activa	Regular	1	5,3
	Buena	8	42,1
	Excelente	10	52,6
Fortalecimiento habilidad comunicativa manejo de emociones	Deficiente	1	5,3
	Regular	2	10,5
	Buena	10	52,6
	Excelente	6	31,6
Fortalecimiento habilidad comunicativa relación Médico-paciente- familia	Deficiente	1	5,3
	Regular	1	5,3
	Buena	5	26,3
	Excelente	12	63,2
Fortalecimiento habilidad comunicativa trabajo en equipo	Deficiente	1	5,3
	Regular	1	5,3
	Buena	8	42,1
	Excelente	9	47,4

La exposición continua a estrategias como foros y debates, trabajo colaborativo coinciden con mayores puntajes en habilidades como claridad y precisión, empatía y escucha activa, más empleadas en tercer año y entre egresados. Este hallazgo apoya la idea de que las estrategias dialógicas y colaborativas favorecen la internalización de competencias comunicativas complejas, al promover la reflexión crítica y la práctica contextualizada. En este sentido, los programas de formación continúan potenciando de manera efectiva las competencias

comunicativas a medida que avanza la residencia, mientras que los egresados, al incorporarse al ejercicio profesional sin tener un refuerzo estructurado, podrían experimentar un estancamiento o necesitar espacios de actualización y formación continua. (Ver Tabla 21).

**Tabla 21.**

*Distribución frecuencial fortalecimiento de habilidades comunicativas tercer año de residencia (n:13)*

Habilidad comunicativa		Deficiente	Regular	Buena	Excelente	Total
Claridad y Precisión	Frecuencia			2	6	8
	Porcentaje			100,0 %	100,0%	100,0%
	% del total			25,0%	75,0%	100,0%
Comunicación Asertiva	Frecuencia		1	4	3	8
	Porcentaje		100,0%	100,0 %	100,0%	100,0%
	% del total		12,5%	50%	37,5%	100,0%
Empatía	Frecuencia			1	7	8
	Porcentaje			100,0 %	100,0%	100,0%
	% del total			12,5%	87,5%	100,0%
Escucha activa	Frecuencia			3	5	8
	Porcentaje			100,0 %	100,0%	100,0%
	% del total			37,5%	62,5%	100,0%
Manejo de emociones	Frecuencia			6	2	8
	Porcentaje			100,0 %	100,0%	100,0%
	% del total			75,0%	25,0%	100,0%
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia			3	5	8
	Porcentaje			100,0 %	100,0%	100,0%
	% del total			37,5%	62,5%	100,0%
<u>Trabajo en Equipo</u>	Frecuencia			4	4	8

Porcentaje	100,0 %	100,0%	100,0%
% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La lectura de artículos, más usada en tercer año, favorece la consolidación de habilidades como claridad y precisión. La baja implementación de juegos de roles y videograbaciones, nunca usadas por 36.8% y 47.4% respectivamente, podría limitar el desarrollo práctico de habilidades como comunicación asertiva o manejo de emociones. Este hallazgo se apoya en los resultados del estudio de Hernández J. & De La Rosa C. (2018), que considera pilares de enseñanza como el uso de juego de roles, que enfatizan en la importancia de las emociones en el proceso comunicativo para lograr conectar con las motivaciones individuales de los estudiantes. Solo el 31.6% consideró las estrategias de buena utilidad, lo que sugiere una brecha entre la implementación curricular y la percepción de su efectividad. Este hallazgo coincide con los estudios de Fernández G. & Alfonso P. (2009) y de Javier et al. (2014), que revelan que la formación de Médicos Familiares no debe enfocarse solo en desarrollar competencias que incluyan solo conocimientos médicos, sino también la destreza de comunicarse eficaz y empáticamente con pacientes y colegas (ver Tabla 22).

**Tabla 22.**

*Distribución frecuencial fortalecimiento de habilidades comunicativas en primer año de residencia (n:13) primer año*

Habilidad comunicativa		Deficiente	Regular	Buena	Excelente	Total
Claridad y Precisión	Frecuencia	1		1	2	4
	Porcentaje	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%

	% del total	25,0%		25,0%	50,0%	100,0%
Comunicación Asertiva	Frecuencia	1	1		2	4
	Porcentaje	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%
	% del total	25,0%	25,0%		50,0%	100,0%
Empatía	Frecuencia	1		1	2	4
	Porcentaje	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	25,0%		25,0%	50,0%	100,0%
Escucha activa	Frecuencia		1	1	2	4
	Porcentaje		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
Manejo de emociones	Frecuencia		1	2	1	4
	Porcentaje		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	1			3	4
	Porcentaje	100,0%			100,0%	100,0%
	% del total	25,0%			75,0%	100,0%
Trabajo en Equipo	Frecuencia	1			3	4
	Porcentaje	100,0%			100,0%	100,0%
	% del total	25,0%			75,0%	100,0%

Lo que se ha mencionado, refuerza la idea de que la escasez de enfoques experienciales limita el desarrollo de habilidades socioemocionales, cruciales en la relación médico-paciente. Lo anterior, concuerda con los resultados del estudio de Hussain M. et al. (2023), en cuanto a que es necesario integrar tácticas pedagógicas al plan de estudios formal de estudiantes de Medicina Familiar, que pueda ayudarles a observar y solucionar sus prejuicios implícitos hacia los pacientes, que afectan la interacción recíproca. Este resultado, apoya lo expuesto por la teoría del aprendizaje social que manifiesta que el aprendizaje por imitación a través de la observación de conductas de sus semejantes, influye en las decisiones del paciente respecto a su salud, que directamente está afectada por la interacción con su médico tratante y los aspectos socioculturales

que les rodean. También, concuerda con el estudio de Vílchez-Gutarra & Palpán-Guerra (2014), definiendo que, al tener una adecuada relación entre el médico y su paciente, se le otorga a este último las herramientas para tomar decisiones autónomas sobre su bienestar.

En el estudio de Zambrano Sánchez et al. (2020), se halla que este enfoque integral no solo busca mejorar la comunicación médico-paciente y se busca garantizar la seguridad del paciente al reducir errores médicos derivados de una comunicación deficiente. Al fortalecer las habilidades comunicativas de los médicos en formación, se contribuye a una práctica clínica más segura y efectiva.

Además, la progresión en la autopercepción de competencias, con un 87.5% de residentes de tercer año reportando un nivel excelente frente a polarizaciones en primer año, respalda la idea de que la exposición acumulativa a estrategias pedagógicas a lo largo de la formación genera una mayor familiaridad y dominio. Este resultado, concuerda con lo hallado por Gulbrandsen et al. (2013), quien resalta que la confianza en las habilidades comunicativas no solo perfecciona la interacción con los pacientes, sino que también fortalece las relaciones interprofesionales y facilita la toma de decisiones colaborativa. Además, esta confianza puede reducir el estrés y la ansiedad asociados a contextos de comunicación desafiantes.

A su vez, coincide con los resultados del estudio de Zambrano Sánchez et al. (2020), que reveló que los residentes consideraron muy útil el uso de pacientes simulados para practicar la comunicación con pacientes, al igual que la investigación de Villegas Stellyes et al. (2021), que reveló que los estudiantes mejoran sus habilidades de trabajo en equipo y comunicación a través de simulaciones clínicas o juego de roles. También, en el estudio de (Zhao et al., 2020), se

aconseja que, en lugar de clases magistrales, los futuros médicos adquieren habilidades como la comunicación y el pensamiento crítico mediante la resolución de casos prácticos y el análisis de situaciones reales, que aproxima en general, a la interacción cercana que ocurre durante la consulta entre el médico y su paciente.

Las debilidades estructurales identificadas, como la implementación desigual de metodologías en etapas iniciales, la escasez de recursos tecnológicos y la dependencia de autoevaluaciones subjetivas, plantean interrogantes sobre el equilibrio del proceso formativo. En conjunto, los resultados no solo conceden una marca positiva de las estrategias participativas, sino que también exponen una desconexión y fragmentación entre el diseño curricular y las necesidades prácticas de la formación médica, destacando la urgencia de integrar metodologías activas desde fases precoces y garantizar recursos que permitan una evaluación ecuánime y holística de las competencias comunicativas.

La adquisición de habilidades comunicativas mejora con la experiencia y la aplicación de estrategias participativas, pero la baja utilización de metodologías prácticas, indican áreas de mejora curricular. Lo mencionado, recalca la necesidad de tener una dirección transversal y progresiva en la enseñanza de habilidades comunicativas, alineado con los estándares internacionales en educación médica. En primer año, el 75 % de los residentes ya alcanza una puntuación buena o excelente, lo cual demuestra que desde etapas iniciales se trabaja la comunicación con cierto impacto. Para segundo año, aunque con muestra reducida, el único residente evaluado otorga una calificación buena al fortalecimiento de sus habilidades comunicacionales. Ya en el tercer año, la mayoría lo califica como excelente, lo cual es una señal

clara de consolidación de habilidades tras la exposición clínica progresiva y la retroalimentación constante propia de las etapas más avanzadas de la formación (ver Tabla 23).

**Tabla 23.**

*Distribución frecuencial fortalecimiento de habilidades comunicativas en segundo año de residencia (n:13)*

Habilidad comunicativa		Deficiente	Regular	Buena	Excelente	Total
Claridad y Precisión	Frecuencia	1				1
	Porcentaje	100,0%				100,0%
	% del total	100,0%				100,0%
Comunicación Asertiva	Frecuencia		1			1
	Porcentaje		100,0%			100,0%
	% del total		100,0%			100,0%
Empatía	Frecuencia			1		1
	Porcentaje			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
Escucha activa	Frecuencia			1		1
	Porcentaje			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
Manejo de emociones	Frecuencia		1			1
	Porcentaje		100,0%			100,0%
	% del total		100,0%			100,0%
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia			1		1
	Porcentaje			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%
Trabajo en Equipo	Frecuencia			1		1
	Porcentaje			100,0%		100,0%
	% del total			100,0%		100,0%

Los hallazgos para el grupo de egresados pueden deberse al incremento de situaciones de alta presión y carga de trabajo, que retan el autocontrol emocional incluso en fases avanzadas; lo mencionado subraya la importancia de contar con programas de educación continua y espacios de

retroalimentación profesional al final de la especialización. En conjunto, los datos apuntan a que las habilidades comunicativas se fortalecen a lo largo de la residencia, con particular solvencia en competencias interpersonales (empatía, relación médico-paciente) y áreas que reciben refuerzo constante en la práctica clínica. Las áreas como el manejo de emociones requieren un diseño curricular más específico para mantener el perfeccionamiento en contextos de alta demanda (ver Tabla 24).

**Tabla 24.**

*Distribución frecuencial fortalecimiento de habilidades comunicativas en egresados (n:13)*

Habilidad comunicativa		Deficiente	Regular	Buena	Excelente	Total
Claridad y Precisión	Frecuencia		1	2	3	6
	%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		16,7%	33,30%	50,0%	100,0%
Comunicación Asertiva	Frecuencia		1	2	3	6
	%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		16,7%	33,30%	50,0%	100,0%
Empatía	Frecuencia			1	5	6
	%			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			16,7%	83,3%	100,0%
Escucha Activa	Frecuencia			3	3	6
	%			100,0%	100,0%	100,0%
	% del total			50,0%	50,0%	100,0%
Manejo de emociones	Frecuencia	1		2	3	6
	%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	16,7%		33,3%	50,0%	100,0%
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia		1	1	4	6
	%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		16,7%	16,7%	66,7%	100,0%
	Frecuencia		1	3	2	6

Trabajo en	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Equipo	% del total	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%

Los resultados resaltan la preponderancia de un enfoque tradicional vs. Activo porque la coexistencia de métodos clásicos como la lectura y los debates, con pocos métodos activos como el juego de roles y los talleres emocionales, que apunta a un programa en transición, donde predomina aún el paradigma de enseñanza centrado en el contenido más que en la experiencia del aprendiz.

#### **5.4 Categorizar la percepción de las estrategias educativas implementadas en la formación de posgrado para el desarrollo de habilidades comunicativas, en la población a estudio**

Para la categorización de la percepción de la utilidad de las estrategias educativas implementadas en la formación de posgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca 2023- 2025 y de los egresados del año 2024, se realizó un instrumento que facilitara evaluar cómo cada estrategia pedagógica aportaba al desarrollo de cada una de las habilidades comunicativas, en el cual inicialmente se obtuvo un dato cuantitativo, y se encontró un puntaje promedio de 186 puntos que reportan utilidad de las estrategias, con una desviación estándar de 67,203 puntos; el puntaje mínimo fue de 0 y el puntaje máximo fue de 238 puntos.

Por otro lado, con relación a la percepción de la utilidad de las estrategias educativas para fortalecer habilidades comunicativas en residentes y egresados de Medicina Familiar, se halló que las habilidades mejor evaluadas, con buena utilidad mediante la estrategia de foros y debates, fueron la comunicación asertiva: 68.4% (13/19 participantes) y la claridad y precisión: 57.9%

(11/19 participantes). Los residentes de primer año y los egresados (66.7%) hallaron una buena utilidad (50-75%) para la relación médico-paciente-familia (ver Tabla 25).

**Tabla 25.**

*Percepción de utilidad de estrategia foros y debates por cada habilidad (n:19)*

Utilidad estrategia pedagógica/habilidad comunicativa	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
	No Aplica	1	5,3
Utilidad foro y habilidad comunicativa (comunicación asertiva)	Regular Utilidad	5	26,3
	Buena Utilidad	13	68,4
Utilidad foro y habilidad comunicativa (empatía)	No Aplica	2	10,5
	Poca Utilidad	2	10,5
	Regular Utilidad	5	26,3
	Buena Utilidad	10	52,6
Utilidad foro y habilidad comunicativa (escucha activa)	No Aplica	2	10,5
	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	10	52,6
Utilidad foro y habilidad comunicativa (claridad y precisión)	No Aplica	2	10,5
	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	11	57,9
	No Aplica	2	10,5
Utilidad foro y habilidad comunicativa (manejo de emociones)	Regular Utilidad	8	42,1

	Buena Utilidad	9	47,4
	No Aplica	2	10,5
Utilidad foro y habilidad comunicativa (trabajo en equipo)	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	10	52,6
	No Aplica	2	10,5
Utilidad foro y habilidad comunicativa (relación Médico paciente y familia)	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	10	52,6

Para el juego de roles, la habilidad comunicativa de escucha activa: 47.4% fue calificada con buena utilidad (9/19 participantes); solo el 36.8% (7/19 participantes), calificó el manejo de emociones con buena utilidad, con alta proporción de no aplica (21.1%). Los egresados registraron una mayor preferencia por buena utilidad en la habilidad relación Médico-paciente-familia (47.4%).

En la estrategia de lectura y sustentación de artículos se destaca que la claridad y precisión: 63.2% (12/19 participantes) se calificó con buena utilidad y el manejo de emociones se calificó con regular utilidad 42.1% (8/19 participantes). En residentes de primer año: la mayoría calificaron con para buena utilidad (75%) a la comunicación asertiva. Del mismo modo, en el estudio de (Osorio Roa et al., (2020), esta estrategia educativa se destaca por el alto favoritismo que tienen por ella, los estudiantes debido a que favorece de manera importante a su proceso de aprendizaje (ver tabla 26).

**Tabla 26.***Percepción de utilidad estrategia educativa juego de roles y debates por cada habilidad (n:19)*

Utilidad estrategia pedagógica/habilidad comunicativa	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Utilidad juego y habilidad comunicativa (comunicación asertiva)	No Aplica	4	21,1
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	8	42,1
Utilidad juego y habilidad comunicativa (empatía)	No Aplica	4	21,1
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	8	42,1
Utilidad juego y habilidad comunicativa (escucha activa)	No Aplica	4	21,1
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	5	26,3
	Buena Utilidad	9	47,4
Utilidad juego y habilidad comunicativa (claridad y precisión)	No Aplica	4	21,1
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	8	42,1
Utilidad juego y habilidad comunicativa (manejo de emociones)	No Aplica	4	21,1
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	7	36,8
Utilidad juego y habilidad comunicativa (trabajo en equipo)	No Aplica	4	21,1
	Poca Utilidad	1	5,3

	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	8	42,1
	No Aplica	3	15,8
	Poca Utilidad	1	5,3
Utilidad juego y habilidad comunicativa (relación Médico paciente y familia)	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	9	47,4

Las estrategias preferidas son los foros y debates y trabajo colaborativo y son las mejor valoradas, especialmente para comunicación asertiva y escucha activa. Se halla que la frecuencia de implementación se relaciona directamente con la percepción de utilidad, dado que las estrategias pedagógicas que son implementadas de manera sistemática y transversal en el currículo, como foros y debates, lectura y sustentación de artículos científicos y trabajo colaborativo, tienden a ser percibidas como más útiles por los residentes, en comparación con aquellas que se utilizan esporádicamente o están ausentes en etapas formativas clave (como videgrabaciones con pacientes, juego de roles, talleres de autoconocimiento y técnicas de asertividad).

La lectura de artículos destaca en claridad y precisión, lo que sugiere su utilidad para habilidades técnicas. La percepción de utilidad varía según la habilidad comunicativa evaluada; no todas las estrategias contribuyen de igual manera al fortalecimiento de las distintas habilidades comunicativas. Mientras algunas estrategias tienen un impacto transversal (como el trabajo colaborativo o los foros), otras muestran mayor especificidad, en este caso, la lectura y

sustentación de artículos científicos muestra un 63.2% de buena utilidad para claridad y precisión, pero apenas un 31.6% en manejo de emociones (ver tabla 27).

**Tabla 27.**

*Percepción de utilidad de estrategia educativa lectura y sustentación de artículos científicos y por cada habilidad (n:19)*

Utilidad estrategia pedagógica/habilidad comunicativa	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
	No Aplica	2	10,5
Utilidad lectura y sustentación de artículos y habilidad comunicativa (comunicación asertiva)	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	11	57,9
Utilidad lectura y sustentación de artículos y habilidad comunicativa (empatía)	No Aplica	2	10,5
	Poca Utilidad	2	10,5
	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	8	42,1
Utilidad lectura y sustentación de artículos y habilidad comunicativa (escucha activa)	No Aplica	2	10,5
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	9	47,4
Utilidad lectura y sustentación de artículos y habilidad comunicativa (claridad y Precisión)	No Aplica	2	10,5
	Regular Utilidad	5	26,3
	Buena Utilidad	12	63,2
	No Aplica	3	15,8
Utilidad lectura y sustentación de artículos y habilidad comunicativa (Manejo de Emociones)	Poca Utilidad	2	10,5

	Regular Utilidad	8	42,1
	Buena Utilidad	6	31,6
	No Aplica	3	15,8
	Poca Utilidad	1	5,3
Utilidad lectura y sustentación de artículos y habilidad comunicativa (trabajo en equipo)	Regular Utilidad	8	42,1
	Buena Utilidad	7	36,8
	No Aplica	3	15,8
Utilidad lectura y sustentación de artículos y habilidad comunicativa (relación Médico paciente familia)	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	9	47,4

Para la estrategia de talleres de autoconocimiento, la empatía tuvo una calificación de buena utilidad en el 42,1% (8/19 participantes) pero el 36.8% refirió no haber utilizado la estrategia. La relación Médico-paciente-familia fue calificada con buena utilidad: 36.8% (7/19 participantes). En los egresados hubo una alta calificación de regular utilidad (66.7%) para el trabajo en equipo. Las estrategias centradas en la interacción, como foros y juego de roles, parecen ser más efectivas para promover habilidades comunicativas como la escucha activa, la comunicación asertiva, la empatía y la relación médico-paciente-familia, en comparación con estrategias más introspectivas como talleres de autoconocimiento o técnicas de asertividad, cuya utilidad depende más del contexto de aplicación (ver tabla 28).

**Tabla 28.**

*Percepción de utilidad de estrategia educativa talleres de autoconocimiento por cada habilidad (n:19)*

Utilidad estrategia pedagógica/habilidad comunicativa	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
	No Aplica	6	31,6
Utilidad talleres de autoconocimiento y habilidad comunicativa (comunicación asertiva)	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	7	36,8
	No Aplica	7	36,8
Utilidad talleres de autoconocimiento y habilidad comunicativa (empatía)	Regular Utilidad	4	21,1
	Buena Utilidad	8	42,1
	No Aplica	6	31,6
Utilidad talleres de autoconocimiento y habilidad comunicativa (escucha activa)	Regular Utilidad	4	21,1
	Buena Utilidad	9	47,4
	No Aplica	6	31,6
Utilidad talleres de autoconocimiento y habilidad comunicativa (claridad y precisión)	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	7	36,8
	No Aplica	6	31,6
Utilidad talleres de autoconocimiento y habilidad comunicativa (manejo de emociones)	Regular Utilidad	5	26,3
	Buena Utilidad	8	42,1
Utilidad talleres de autoconocimiento y habilidad comunicativa (trabajo en equipo)	No Aplica	6	31,6

	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	7	36,8
	No Aplica	6	31,6
Utilidad talleres de autoconocimiento y habilidad comunicativa (relación Médico paciente familia)	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	7	36,8

En cuanto a las técnicas de asertividad, se halló que la claridad y precisión fueron calificadas con buena utilidad: 42.1% (8/19). El manejo de emociones se calificó con buena utilidad en el 36.8% (7/19 participantes), pero 31.6% refirieron no haber utilizado la estrategia. En residentes de tercer año hubo una mayor calificación de regular utilidad para la escucha activa (50%) (ver tabla 29). Las técnicas de asertividad pueden estar enfocándose demasiado en habilidades individuales (comunicación efectiva) y no, en dinámicas interpersonales complejas como el trabajo en equipo.

**Tabla 29.**

*Percepción de utilidad de estrategia educative técnicas de asertividad por cada habilidad (n:19)*

Utilidad estrategia pedagógica/habilidad comunicativa	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
	No Aplica	6	31,6
Utilidad de técnicas de asertividad y habilidad comunicativa (comunicación asertiva)	Poca Utilidad		
	Regular Utilidad	7	36,8

	Buena Utilidad	6	31,6
	No Aplica	6	31,6
Utilidad de técnicas de asertividad y habilidad comunicativa (empatía)	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	6	31,6
	No Aplica	6	31,6
Utilidad de técnicas de asertividad y habilidad comunicativa (escucha activa)	Poca Utilidad		
	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	6	31,6
	No Aplica	6	31,6
Utilidad de técnicas de asertividad y habilidad comunicativa (claridad y precisión)	Regular Utilidad	5	26,3
	Buena Utilidad	8	42,1
	No Aplica	6	31,6
Utilidad de técnicas de asertividad y habilidad comunicativa (manejo de emociones)	Poca Utilidad		
	Regular Utilidad	6	31,6
	Buena Utilidad	7	36,8
	No Aplica	6	31,6
Utilidad de técnicas de asertividad y habilidad comunicativa (trabajo en equipo)	Poca Utilidad		
	Regular Utilidad	8	42,1
	Buena Utilidad	5	26,3
	No Aplica	6	31,6

Utilidad de técnicas de asertividad y habilidad comunicativa (relación Médico paciente familia)	Regular Utilidad	7	36,8
	Buena Utilidad	6	31,6

Para la estrategia de trabajo colaborativo hubo una buena utilidad para la escucha activa 52.6% (10/19 participantes) y para la habilidad comunicativa de trabajo en equipo: 52.6% (10/19 participantes). Solo 26.3% la considera con buena utilidad, lo que señala una brecha importante entre teoría y aplicación efectiva de asertividad en contextos colaborativos. En egresados predominó la regular utilidad (47.4-66.7%) (ver tabla 30).

**Tabla 30.**

*Percepción de utilidad de estrategia educativa trabajo colaborativo por cada habilidad (n:19)*

Utilidad estrategia pedagógica/habilidad comunicativa	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Utilidad trabajo colaborativo y habilidad comunicativa (comunicación asertiva)	No Aplica	1	5,3
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	8	42,1
	Buena Utilidad	9	47,4
Utilidad trabajo colaborativo y habilidad comunicativa (empatía)	No Aplica	1	5,3
	Regular Utilidad	9	47,4
Utilidad trabajo colaborativo y habilidad comunicativa (escucha activa)	Buena Utilidad	9	47,4
	No Aplica Poca Utilidad	1	5,3

	Regular Utilidad	8	42,1
	Buena Utilidad	10	52,6
	No Aplica	1	5,3
Utilidad trabajo colaborativo y habilidad comunicativa (claridad y precisión)	Regular Utilidad	9	47,4
	Buena Utilidad	9	47,4
	No Aplica	1	5,3
Utilidad trabajo colaborativo y habilidad comunicativa (manejo de emociones)	Poca Utilidad		
	Regular Utilidad	10	52,6
	Buena Utilidad	8	42,1
	No Aplica	1	5,3
Utilidad trabajo colaborativo y habilidad comunicativa (trabajo en equipo)	Poca Utilidad		
	Regular Utilidad	8	42,1
	Buena Utilidad	10	52,6
	No Aplica	2	10,5
Utilidad trabajo colaborativo y habilidad comunicativa (relación Médico paciente familia)	Regular Utilidad	9	47,4
	Buena Utilidad	8	42,1

Para la estrategia videograbaciones con pacientes, la comunicación asertiva fue calificada con regular utilidad en un 52.6% (10/19 participantes), y 36.8% no utilizaron la estrategia. El manejo de emociones tuvo regular utilidad en el 57.9% (11/19 participantes). Los residentes de

primer año manifestaron no haber fortalecido sus habilidades con esta estrategia porque no la utilizaron en el 75% de los casos. (ver tabla 31).

**Tabla 31.**

*Percepción de utilidad de estrategia educativa videograbaciones con pacientes por cada habilidad (n:19)*

Utilidad estrategia pedagógica/habilidad comunicativa	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Videograbaciones con pacientes y habilidad comunicativa (comunicación asertiva)	No Aplica	7	36,8
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	10	52,6
	Buena Utilidad	1	5,3
	No Aplica	7	36,8
Videograbaciones con pacientes y habilidad comunicativa (empatía)	Poca Utilidad	2	10,5
	Regular Utilidad	9	47,4
	Buena Utilidad	1	5,3
	No Aplica	7	36,8
	Poca Utilidad	2	10,5
Videograbaciones con pacientes y habilidad comunicativa (escucha activa)	Regular Utilidad	9	47,4
	Buena Utilidad	1	5,3
	No Aplica	7	36,8
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	10	52,6
Videograbaciones con pacientes y habilidad comunicativa (claridad y precisión)	Buena Utilidad	1	5,3
	No Aplica	7	36,8
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	10	52,6
	Buena Utilidad	1	5,3
Videograbaciones con pacientes y habilidad comunicativa (manejo de emociones)	No Aplica	7	36,8

	Regular Utilidad	11	57,9
	Buena Utilidad	1	5,3
Videograbaciones con pacientes y habilidad comunicativa (trabajo en equipo)	No Aplica	7	36,8
	Poca Utilidad	1	5,3
	Regular Utilidad	11	57,9
	No Aplica	7	36,8
Videograbaciones con pacientes y habilidad comunicativa (relación Médico paciente familia)	Regular Utilidad	10	52,6
	Buena Utilidad	2	10,5

El uso de Foros y debates es ampliamente valorado, especialmente en niveles avanzados de formación. Para el juego de roles se confirma la tendencia de baja implementación en el primer año y una valoración más equilibrada en los años avanzados. En cuanto a la lectura y sustentación de artículos se identifica que esta estrategia es altamente valorada para el desarrollo de habilidades de precisión y argumentación. Los talleres de autoconocimiento tienden a subutilizarse en los primeros momentos formativos y se valoriza de forma positiva en niveles superiores. Las técnicas de asertividad tienen una mejor valoración conforme se avanza en la formación. El trabajo colaborativo es la estrategia más integrada y valorada transversalmente. Los datos de este estudio coinciden con la investigación de Rosales Gracia et al., (2019) quien halló que los estudiantes de medicina aprecian las estrategias educativas que involucran el trabajo colaborativo. Las videograbaciones con pacientes tienen una baja integración y valoración, en comparación con otras estrategias pedagógicas. En general, existe una evidente diferenciación en

la estimación de las estrategias, confirmando que aquellas que se utilizan de manera más frecuente y sistemática son percibidas como más útiles.

Así, la estrategia de foros y debates se valora de manera excepcionalmente positiva en todos los niveles formativos; se observó que, para claridad y precisión, el 50% y hasta un 66,7% de los residentes de niveles avanzados calificaron la estrategia como buena. De forma similar, la estrategia de juego de roles muestra en ambos análisis una baja utilización en el primer año (con cifras alrededor del 70–75% de no utilizada) y una valoración intermedia en residentes de años superiores, aunque con mayor dispersión en las categorías regular y buena. En el caso de la lectura y sustentación de artículos científicos, los resultados apuntan a una implementación continua con altos porcentajes de buena utilidad para habilidades esenciales como la comunicación asertiva y la claridad y precisión, confirmando así su alta efectividad.

Las estrategias de talleres de autoconocimiento y técnicas de asertividad se muestran consistentemente subutilizadas en el primer año, pero mejor evaluadas en niveles avanzados, mientras que trabajo colaborativo resulta en ambos análisis como la estrategia de mayor integración curricular, con casi una unanimidad positiva. Finalmente, las videograbaciones con pacientes registran, en ambos conjuntos de datos, una baja frecuencia de uso y valoración que se centra en la categoría regular, indicando una oportunidad para revisar su implementación en el currículo.

Los resultados evidencian que, en términos generales, estrategias como los foros y debates, la lectura y sustentación de artículos científicos y el trabajo colaborativo son percibidas como altamente eficaces para fortalecer habilidades fundamentales como la claridad y precisión,

la comunicación asertiva y el trabajo en equipo, alcanzando altos niveles de valoración respecto a utilidad. Los residentes de niveles avanzados y egresados, dan una mejor apreciación de dichas estrategias en comparación con los residentes de primer año (ver Tabla 32).

**Tabla 32.***Distribución frecuencial utilidad Foros y debates y fortalecimiento de habilidades comunicativas según año de residencia y egresados*

		1er año (n:4=100%)				2do año (n:1=100%)				3er año (n:8=100%)				Egresados (n:6=100%)			
Habilidad comunicativa		NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU
Claridad y Precisión	Frecuencia	1		1	2				1	1		3	4			2	4
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100	12,5		37,5	50,0			33,3	66,7
Comunicación Asertiva	Frecuencia	1			3				1			3	5			2	4,0
	Porcentaje	25,0			75,0				100			37,5	62,5			33,3	66,7
Empatía	Frecuencia	1	1		2				1	1		3	4		1	2	3
	Porcentaje	25,0	25,0		50,0				100	12,5		37,5	50,0		16,7	33,3	50,0
Escucha Activa	Frecuencia	1		1	2				1	1		3	4			2	4
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100	12,5		37,5	50,0			33,3	66,7%
Manejo de emociones	Frecuencia	1		1	2				1	1		3	4			4	2
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100	12,5		37,5	50,0			66,7	33,3
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	1		1	2				1	1		3	4			3	3
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100	12,5		37,5	50,0			50,0	50,0
Trabajo en Equipo	Frecuencia	1		1	2				1	1		3	4			3	3
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100	12,5		37,5	50,0			50,0	50,0

NA: no aplica PU: poca utilidad RU: regular utilidad BU: buena utilidad

Los egresados mostraron mayor aprobación (66.7% buena utilidad en relación médico-paciente-familia), mientras que los de primer año priorizaron buena utilidad (75% en comunicación asertiva). La mayor buena utilidad (52.6-68.4%) refleja que los foros y debates son percibidos como espacios dinámicos para practicar habilidades clínicas, la práctica reflexiva y el intercambio crítico; son la estrategia mejor valorada, con 68.4% de buena utilidad en comunicación asertiva (13/19), destacando su eficacia para habilidades interpersonales. Sin embargo, en manejo de emociones, el 42.1% (8/19) la calificó como regular utilidad, sugiriendo limitaciones en abordar aspectos emocionales.

También, estrategias orientadas a la práctica de habilidades interpersonales más complejas –como el juego de roles, los talleres de autoconocimiento, las técnicas de asertividad y las videograbaciones con pacientes– presentan una menor implementación en las primeras etapas del programa; sin embargo, se observa una mejora gradual en su valoración acorde avanza la

formación, lo que sugiere que su potencial se extiende de manera más efectiva en contextos formativos posteriores. La baja adopción podría obedecer a un enfoque clínico tradicional que subestima la dimensión socioemocional.

El juego de roles tiene aceptación moderada: 47.4% buena utilidad en relación médico-paciente-familia (9/19), pero 36.8% regular utilidad en manejo de emociones (7/19). Los no aplica (15.8-21.1%) muestran que no todos los residentes lo experimentaron. Los egresados valoraron más la buena utilidad (47.4%), mientras que primer año mostró alta no aplica (75% en claridad y precisión), sugiriendo subutilización en etapas tempranas (ver Tabla 33).

**Tabla 33.***Distribución frecuencial utilidad juego de roles y fortalecimiento de habilidades comunicativas según año de residencia y egresados*

		1er año (n:4=100%)				2do año (n:1=100%)				3er año (n:8=100%)				Egresados (n:6=100%)			
Habilidad comunicativa		NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU
Claridad y Precisión	Frecuencia	3			1				1			4	4	1	1	2	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100			50,0	50,0	16,7	16,7	33,3	33,3
Comunicación Asertiva	Frecuencia	3			1				1			4	4	1	1	2	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100			50,0	50,0	16,7	16,7	33,3	33,3
Empatía	Frecuencia	3			1				1			4	4	1	1	2	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100			50,0	50,0	16,7	16,7	33,3	33,3
Escucha Activa	Frecuencia	3			1				1			4	4	1	1	1	3
	Porcentaje	75,0			25,0				100			50,0	50,0	16,7	16,7	16,7	50,0
Manejo de emociones	Frecuencia	3			1				1			4	4	1	1	3	1
	Porcentaje	75,0			25,0				100			50,0	50,0	16,7	16,7	50,0	16,7
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	2			2				1			4	4	1	1	2	2
	Porcentaje	50,0			50,0				100			50,0	50,0	16,7	16,7	33,3	33,3
Trabajo en Equipo	Frecuencia	3			1				1			4	4	1	1	2	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100			50,0	50,0	16,7	16,7	33,3	33,3

\*NA: no aplica

PU: poca  
utilidad

RU: regular utilidad

BU: buena utilidad

La estrategia lectura y sustentación de artículos científicos se evidenció como una herramienta casi sistemática durante la formación, con mínimos casos de no utilizada (alrededor del 10–15%) y con porcentajes de buena utilidad que superaron el 60% para habilidades como claridad y precisión y comunicación asertiva. Esta estrategia resalta en claridad y precisión (63.2% buena utilidad, 12/19 participantes), reforzando su utilidad para habilidades técnicas. Sin embargo, en manejo de emociones, el 42.1% (8/19 participantes) la calificó como regular utilidad, evidenciando limitaciones en áreas emocionales. Los residentes de tercer año mostraron mayor buena utilidad (62.5% en claridad y precisión), mientras que los egresados fueron más críticos (50% regular utilidad en trabajo en equipo). Los resultados difieren de la investigación de (Martínez Rodríguez et al., 2023), que resalta la importancia que sus estudiantes le otorgan al club de revistas y lectura de artículos científicos, ya que mencionan que es una estrategia pedagógica que permite desarrollar habilidades denominadas blandas (ver tabla 34).

Los resultados obtenidos sobre talleres de autoconocimiento y técnicas de asertividad revela que, en el primer año, aproximadamente el 75% de los residentes reportaron no haber tenido contacto con estas estrategias, mientras que en el segundo y tercer año se observa una transición hacia evaluaciones de regular y buena utilidad en casi igual proporción, lo cual demuestra que la integración progresiva de estas estrategias permite su apreciación y potencial formativo a medida que se consolida la experiencia clínica y comunicativa en el contexto de la Medicina Familiar e indica carencias en formación comunicativa interpersonal, pese a su relevancia en esta especialidad. Con lo anterior, es importante tener en cuenta los resultados del

estudio de Martrat (2004), quien expresa que es importante tener en cuenta la percepción de los estudiantes

**Tabla 34.**

*Distribución frecuencial utilidad lectura y sustentación de artículos científicos y fortalecimiento de habilidades comunicativas según año de residencia y egresados*

		1er año (n:4=100%)				2do año (n:1=100%)				3er año (n:8=100%)				Egresados (n:6=100%)			
Habilidad comunicativa		NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU
Claridad y Precisión	Frecuencia	1		1	2				1			3	5	1		1	4
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100			37,5	62,5	16,7		16,7	66,7
Comunicación Asertiva	Frecuencia	1			3				1			3	5	1		3	2
	Porcentaje	25,0			75,0				100			37,5	62,5	16,7		50,0	33,3
Empatía	Frecuencia	1	1	1	1				1			3	5	1	1	3	1
	Porcentaje	25,0	25,0	25,0	25,0				100			37,5	62,5	16,7	###	50,0	16,7
Escucha Activa	Frecuencia	1		1	2				1			3	5	1	1	3	1
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100			37,5	62,5	16,7	###	50,0	16,7
Manejo de emociones	Frecuencia	1	1	1	1	1						3	5	1	1		4
	Porcentaje	25,0	25,0	25,0	25,0	100						37,5	62,5	16,7	###		66,7
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	2	1	1					1			3	5	1		3	2
	Porcentaje	50,0	25,0	25,0					100			37,5	62,5	16,7		50,0	33,3
Trabajo en Equipo	Frecuencia	1		2	1	1						3	5	1	1	3	1
	Porcentaje	25,0		50,0	25,0	100						37,5	62,5	16,7	###	50,0	16,7

\*NA: no aplica      PU: poca utilidad      RU: regular utilidad      BU: buena utilidad

sobre su proceso formativo, ya que esta puede afectar su nivel de compromiso, participación, motivación y satisfacción con el aprendizaje. Además, brinda elementos para definir si se requiere una optimización del proceso y puede influenciar el grado de interés por fortalecer estas habilidades (ver tabla 35).

Aunque 42.1% buena utilidad en empatía (8/19 participantes), el alto no aplica (36.8%) sugiere acceso limitado a estos talleres. En manejo de emociones, solo 42.1% (8/19 participantes) la consideraron con buena utilidad, indicando que podrían mejorarse con enfoques más prácticos. Los egresados mostraron preferencia por regular utilidad (66.7% en trabajo en equipo), mientras que tercer año tuvo respuestas divididas (37.5% buena utilidad vs. 37.5% regular utilidad). Las técnicas de asertividad tienen resultados mixtos: 42.1% buena utilidad en claridad y precisión (8/19 participantes), pero solo 26.3% buena utilidad en trabajo en equipo (5/19 participantes). La alta frecuencia de la opción no aplica (31.6%) en todas las habilidades sugiere que no son ampliamente implementadas. Los residentes de tercer año las valoraron más (50% buena utilidad en claridad y precisión), mientras que los egresados las percibieron como regular utilidad (66.7% en empatía) (ver Tabla 36).

La estrategia educativa de trabajo colaborativo se consolidó como la de mayor integración, dado que menos del 10% de los encuestados reportaron no utilizada, y los porcentajes de regular y buena utilidad se mantienen distribuidos de manera equilibrada (alrededor del 47–53% y 42–53% respectivamente) en todas las habilidades evaluadas, lo cual evidencia su eficacia transversal en la formación. Es una de las estrategias mejor

**Tabla 35.**

*Distribución frecuencial utilidad técnicas asertivas y fortalecimiento de habilidades comunicativas según año de residencia y egresados*

		1er año (n:4=100%)				2do año (n:1=100%)				3er año (n:8=100%)				Egresados (n:6=100%)			
Habilidad comunicativa		NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU
Claridad y Precisión	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		2	3
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		37,5	37,5	16,7		33,3	50,0
Comunicación Asertiva	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		4	1
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		37,5	37,5	16,7		66,7	16,7
Empatía	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		4	1
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		37,5	37,5	16,7		66,7	16,7
Escucha Activa	Frecuencia	3			1				1	2		4	2	1		3	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		50,0	25,0	16,7		50,0	33,3
Manejo de emociones	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		3	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		37,5	37,5	16,7		50,0	33,3
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	3			1				1	2		4	2	1		3	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		50,0	25,0	16,7		50,0	33,3
Trabajo en Equipo	Frecuencia	3			1				1	2		4	2	1		4	1
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		50,0	25,0	16,7		66,7	16,7

\* NA: no aplica

PU: poca utilidad

RU: regular utilidad

BU: buena utilidad

**Tabla 36.**

*Distribución frecuencial utilidad talleres de autoconocimiento y manejo emocional y fortalecimiento de habilidades comunicativas según año de residencia y egresados*

		1er año (n:4=100%)				2do año (n:1=100%)				3er año (n:8=100%)				Egresados (n:6=100%)			
Habilidad comunicativa		NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU
Claridad y Precisión	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		2	3
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25		37,5	37,5	16,7		33,3	50,0
Comunicación Asertiva	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		4	1
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		37,5	37,5	16,7		66,7	16,7
Empatía	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		4	1
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		37,5	37,5	16,7		66,7	16,7
Escucha Activa	Frecuencia	3			1				1	2		4	2	1		3	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		50,0	25,0	16,7		50,0	33,3
Manejo de emociones	Frecuencia	3			1				1	2		3	3	1		3	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25		37,5	37,5	16,7		50,0	33,3
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	3			1				1	2		4	2	1		3	2
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		50,0	25,0	16,7		50,0	33,3
Trabajo en Equipo	Frecuencia	3			1				1	2		4	2	1		4	1
	Porcentaje	75,0			25,0				100	25,0		50,0	25,0	16,7		66,7	16,7

\* NA: no aplica      PU: poca utilidad      RU: regular utilidad      BU: buena utilidad

evaluadas: 52.6% buena utilidad en escucha activa y trabajo en equipo (10/19 participantes). Sin embargo, en relación médico-paciente-familia, el 47.4% (9/19 participantes) la calificó como regular utilidad. Cuando las estrategias están integradas de manera estructurada a lo largo de la formación, su percepción mejora de forma sostenida. Este patrón es visible en estrategias como el trabajo colaborativo, que presenta un uso casi universal y calificaciones consistentes a lo largo de todas las habilidades evaluadas.

Los egresados mostraron menor entusiasmo (42.1% buena utilidad vs. 47.4% regular utilidad), mientras que primer año tuvo alta buena utilidad (75% en claridad y precisión). Este estudio contrasta con los resultados de la investigación de Thai et al. (2020), en la cual los estudiantes expuestos a un entrenamiento en rotaciones junto a estudiantes de Medicina Familiar, apreciaron mucho el valor de los médicos familiaristas por mejorar el vínculo entre médico y paciente a través de la mayor dedicación de tiempo al diálogo con los pacientes y sus familiares, que a la atención de rutina. Como expresa Arias C. (2014) con relación a lo mencionado anteriormente, se enfatiza en considerar que en muchas ocasiones la motivación personal del estudiante, sus objetivos y metas a lo largo de la residencia médica, inciden en la aceptación de las estrategias educativas, de los resultados de formación y la percepción que tiene del programa y currículo (ver Tabla 37).

Finalmente, y en antagonismo, las videograbaciones con pacientes registraron consistentemente altos porcentajes de no utilización (entre 35% y 75% en los primeros años de residencia) y se concentraron principalmente en la categoría de regular utilidad (hasta el 66,7%), lo que sugiere una limitación en su aplicabilidad o en su integración curricular, evidenciando la

**Tabla 37.**

*Distribución frecuencial utilidad trabajo colaborativo y fortalecimiento de habilidades comunicativas según año de residencia y egresados*

		1er año (n:4=100%)				2do año (n:1=100%)				3er año (n:8=100%)				Egresados (n:6=100%)			
Habilidad comunicativa		NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU
Claridad y Precisión	Frecuencia	1			3				1			5	3			4	2
	Porcentaje	25,0			75,0				100			62,5	37,5			66,7	33,3
Comunicación Asertiva	Frecuencia	1			3				1			5	3	1	3	2	
	Porcentaje	25,0			75,0				100			62,5	37,5	16,7	50,0	33,3	
Empatía	Frecuencia	1			3				1			5	3			4	2
	Porcentaje	25,0			75,0				100			62,5	37,5			66,7	33,3
Escucha Activa	Frecuencia	1			3				1			5	3			3	3
	Porcentaje	25,0			75,0				100			62,5	37,5			50,0	50,0
Manejo de emociones	Frecuencia	1		1	2				1			5	3			4	2
	Porcentaje	25,0		25,0	50,0				100			62,5	37,5			66,7	33,3
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	2		1	1				1			5	3			3	3
	Porcentaje	50,0		25,0	25,0				100			62,5	37,5			50,0	50,0
Trabajo en Equipo	Frecuencia	1			3				1			5	3			3	3
	Porcentaje	25,0			75,0				100			62,5	37,5			50,0	50,0

\* NA: no aplica      PU: poca utilidad      RU:regular dtilidad      BU: buena utilidad

necesidad de estrategias de refuerzo o ajustes metodológicos. Esta es la estrategia menos valorada: 57.9% regular utilidad en manejo de emociones (11/19 participantes) y solo 5.3% buena utilidad en comunicación asertiva (1/19 participantes). La alta frecuencia obtenida en no aplica (36.8%), indica que muchos no la usaron. Los residentes de tercer año mostraron ligera preferencia (con 50% de buena utilidad en comunicación asertiva), pero los egresados fueron críticos (con 83.3% de regular utilidad en manejo de emociones).

Según la teoría de la atribución, los sujetos explican el éxito o fracaso atribuyéndolo a elementos internos (propios) o externos (del ambiente). En el estudio, el puntaje promedio de utilidad de 186 (SD 67,2) refleja una valoración general positiva de las estrategias como causales externas de su aprendizaje, es decir, los participantes reconocen el aporte de las estrategias pedagógicas al fortalecimiento de sus habilidades comunicativas. No obstante, la variabilidad (0–238) y la existencia de respuestas de “no aplica” en estrategias como videograbaciones (36–75% de no uso) indican que, en algunos casos, los participantes no percibieron la estrategia como disponible o pertinente, lo que sugiere una atribución interna (no lo uso porque no lo necesitaba o no me siento cómodo con esta metodología). A pesar de su potencial para desarrollar habilidades complejas (como el manejo de emociones o la empatía), presentan un bajo nivel de implementación y por ende una percepción de utilidad establecida, no necesariamente reflejo de su eficacia real sino de su escasa presencia en el programa formativo (ver tabla 38).

Sin embargo, ninguna estrategia demostró ser universalmente óptima: mientras los foros y debates destacan en comunicación asertiva (68.4%), el trabajo colaborativo sobresale en escucha activa (52.6%), y la lectura de artículos resalta en cuanto a la claridad y precisión (63.2%). Esta

**Tabla 38.**

*Distribución frecuencial utilidad videograbaciones con pacientes y fortalecimiento de habilidades comunicativas según año de residencia y egresados*

		1er año (n:4=100%)				2do año (n:1=100%)				3er año (n:8=100%)				Egresados (n:6=100%)			
Habilidad comunicativa		NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU	NA	PU	RU	BU
Claridad y Precisión	Frecuencia	3		1					1	3	1	4		1		4	1
	Porcentaje	75,0		25,0					100,0	37,5	12,5	50,0		16,7		66,7	16,7
Comunicación Asertiva	Frecuencia	3		1					1	3	1	4		1		5	
	Porcentaje	75,0		25,0					100,0	37,5	12,5	50,0		16,7		83,3	
Empatía	Frecuencia	3		1					1	3	1	4		1	1	4	
	Porcentaje	75,0		25,0					100,0	37,5	12,5	50,0		16,7	16,7	66,7	
Escucha Activa	Frecuencia	3		1					1	3	1	4		1	1	4	
	Porcentaje	75,0		25,0					100,0	37,5	12,5	50,0		16,7	16,7	66,7	
Manejo de emociones	Frecuencia	3		1					1	3		5		1		5	
	Porcentaje	75,0		25,0					100,0	37,5		62,5		16,7		83,3	
Relación Médico Paciente Familia	Frecuencia	3		1					1	3		5		1		4	1
	Porcentaje	75,0		25,0					100,0	37,5		62,5		16,7		66,7	16,7
Trabajo en Equipo	Frecuencia	3		1				1		3		5		1	1	4	
	Porcentaje	75,0		25,0				100,0		37,5		62,5		16,7	16,7	66,7	

\* NA: no aplica PU:poca utilidad RU: regular utilidad BU: buena utilidad

especificidad subraya la necesidad de un enfoque pedagógico integrador que combine múltiples metodologías para cubrir el espectro completo de habilidades comunicativas. Ninguna estrategia es universalmente eficaz: Cada una aporta a habilidades específicas, exigiendo un diseño pedagógico multifocal.

De acuerdo a la teoría de Gestalt que postula que percibimos los fenómenos como unidades completas y no solamente, como meras sumas de componentes, en este trabajo se concluye que ninguna estrategia por sí sola es óptima para todas las habilidades; más bien, es el conjunto, foros y debates, lectura de artículos y trabajo colaborativo, el que conforma un “todo” coherente y eficaz para distintas competencias. Este hallazgo encaja con la noción de proximidad y semejanza: las estrategias participativas y colaborativas forman un conjunto perceptivamente integrado, percibido como más útil que las metodologías aisladas.

Las divergencias encontradas sugieren que la utilidad percibida está mediada por la madurez profesional y las demandas específicas de cada etapa formativa, por ejemplo, los residentes de tercer año valoran más las técnicas de asertividad que los egresados. A medida que los profesionales de la salud tienen mayor experiencia formativa, valoran más la autonomía, con mejores resultados en áreas de liderazgo y en contribuciones para el bienestar del equipo de salud y de sus pacientes; tienen una comunicación más clara y firme la cual depende de sus recursos personales y esto les permite gestionar y controlar de una mejor manera los conflictos.

Así, las técnicas de asertividad y talleres de autoconocimiento registraron altos porcentajes de no aplica (31.6-36.8%), lo que evidencia una brecha entre su diseño pedagógico y su aplicación efectiva en el currículo. Este nivel de valoración, junto con la proporción

significativa de no aplica, podría interpretarse como un indicador de una intervención que es valorada por quienes la vivieron, pero cuya aplicación o efectividad general podría mejorarse. Se puede suponer que la percepción varía según el tipo de estrategia y la etapa formativa. A este respecto, los egresados valoran menos las videograbaciones (57.9% con regular utilidad), mientras que los residentes de primer año priorizan los foros y debates (75% con buena utilidad). A medida que los residentes progresan en su formación, especialmente en el tercer año o tras egresar, tienden a valorar de manera más crítica pero también más específica las estrategias pedagógicas, reconociendo su aplicabilidad en contextos reales. Las habilidades comunicativas técnicas se encuentran mejor desarrolladas que las socioemocionales, reflejando un currículo teórico-práctico desbalanceado. En cuanto a la percepción global, los foros y trabajo colaborativo son eficaces en conjunto, pero ninguna estrategia es universalmente óptima. No todas las estrategias contribuyen de igual manera al fortalecimiento de las distintas habilidades comunicativas. Mientras algunas estrategias tienen un impacto transversal (como el trabajo colaborativo o los foros), otras muestran mayor especificidad. Es posible que los programas de formación incluyan estas habilidades de forma superficial o como actividades extracurriculares no obligatorias, limitando su impacto y alcance.

La percepción de las estrategias no solo depende de los objetos (la metodología) sino también de las interpretaciones previas, los valores y contexto cultural de los estudiantes. Por ejemplo, los residentes de primer año otorgan mayor utilidad (> 75%) a foros y debates, mientras que los de niveles avanzados y egresados valoran más trabajo colaborativo y técnicas de asertividad, reflejando un cambio en el estilo cognitivo y en las necesidades contextuales a

medida que adquieren experiencia clínica. Además, la baja valoración de videograbaciones puede deberse a limitaciones de infraestructura o escasa tradición de uso, elementos sociales y culturales que condicionan el acceso y, por ende, la percepción de utilidad. La existencia de una experiencia vivencial con la estrategia influye notablemente en su valoración. Estrategias con una alta proporción de “no aplica” tienden a tener valoraciones más bajas o dispersas.

## **6. Conclusiones**

Los resultados de la presente investigación sugieren que se necesita una conciliación curricular que refuerce de manera sistemática las estrategias más valoradas, al mismo tiempo que optimice la implementación de aquellas con potencial de mejora; dicho de otro modo, resultará clave para lograr el fortalecimiento integral de las competencias comunicativas en la formación de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca.

La emergencia de competencias según Canale & Swain, (1980), muestra que el hecho de que los estudiantes identifiquen las habilidades de empatía y escucha activa, refleja la solidez del modelo gramatical y sociolingüístico en la práctica clínica. Las habilidades se adquieren con la exposición constante a interacciones reales y simuladas, que explica en este caso la alta calificación que recibieron los foros y debates que ejecutan la práctica comunicativa y la consolidación de la lectura crítica en los estudiantes de tercer año y egresados.

También, los factores sociales e individuales tienen gran repercusión en la percepción de los estudiantes, las mujeres son más empáticas y tienen mayor escucha activa probablemente por

mayor exposición a habilidades relacionales mientras que los adultos medios tiene una habilidad de negociación más desarrollada. Las limitaciones tecnológicas explican el poco uso de la estrategia de videgrabaciones. Se halla un importante desfase entre la recomendación del uso de estrategias educativas como el juego de roles y las simulaciones, con subutilización en los primeros años de estudio, lo cual se explica porque a la luz de la teoría constructivista, se hacen necesarios entornos adecuadamente elaborados y facilitadores entrenados; la falta de estos recursos, humano y tecnológico crea una brecha entre lo que se espera en teoría y lo que se ejecuta en nuestro entorno universitario.

En cuanto a la teoría de la atribución se observa que en esta investigación los residentes no hacen uso de algunas de las estrategias de la clase videgrabaciones y talleres, debido a factores internos como falta de interés o autoconfianza, más que a limitaciones del entorno como lo describe Hofmann & Asmundson, (2017). La teoría Gestalt enfatiza en la necesidad de un enfoque integral y holístico, porque los estudiantes y egresados perciben que el conjunto de estrategias (foros, trabajo colaborativo, lectura) forma un 'todo' coherente que fortalece diversas competencias, validando la noción de continuidad y proximidad en la percepción de elementos formativos.

Se hace necesario fortalecer la integración transversal de los foros y debates en todos los niveles formativos, garantizando su uso sistemático y retroalimentación estructurada. Además, se hace necesario incorporar el juego de roles en módulos prácticos iniciales, con guías claras y escenarios clínicos realistas para potenciar su utilidad en manejo de emociones.

De acuerdo a los resultados de este estudio, en el programa de especialización de Medicina Familiar de la Universidad del Cauca se prioriza el rigor académico sobre las competencias socioemocionales, lo cual sugiere que se requiere complementar esta estrategia con debates éticos o estudios de caso que vinculen la teoría científica con situaciones humanizadas. La baja tasa de uso de talleres de autoconocimiento revela que se debe rediseñar los talleres para incluir componentes grupales y vinculación con mentorías clínicas, enfocándose en manejo de emociones.

La efectividad percibida de las estrategias pedagógicas depende de su diseño metodológico y adecuación al contexto clínico. Mientras las dinámicas participativas son pilares para habilidades comunicativas, las socioemocionales requieren innovación pedagógica-curricular.

Las teorías referenciadas validan las competencias comunicativas observadas y ofrecen un mapa explicativo de por qué emergen ciertas fortalezas y debilidades: la progresión natural de aprendizaje que ocurre en los estudiantes, según la pirámide de Miller, las influencias de factores individuales y contextuales y la necesidad de recursos y formación para metodologías más complejas.

### **6.1 Recomendaciones para la Formación**

Se sugiere reforzar estrategias interactivas, como la implementación de más sesiones de debate y trabajo en equipo, con retroalimentación docente. En su estudio Ortiz et al., (2014), en la que se halla que los estudiantes piden más consistencia, transparencia y frecuencia en la

evaluación de su proceso formativo, resalta, al igual que en la presente investigación tener en cuenta los estándares internacionales de formación en habilidades comunicativas en los programas de postgrado en salud.

Se propone rediseñar estrategias subutilizadas, por ejemplo, se sugiere capacitar en técnicas de asertividad y uso de videograbaciones con guías estructuradas. Es prioritario lograr un enfoque en habilidades emocionales, que incluyan realizar simulaciones con pacientes estandarizados para lograr el fortalecimiento del manejo de emociones. Para optimizar la formación de los residentes, se recomienda tener un enfoque diferenciado y se sugiere realizar talleres específicos por sexo como el manejo de emociones para hombres y nivel de experiencia, por ejemplo, comunicación clara para adultos jóvenes, interacciones supervisadas, reflexión guiada, talleres de manejo del estrés y estrategias de afrontamiento en situaciones clínicas complejas, otras estrategias como la escucha reflexiva y ejercicios de parafraseo podrían ser útiles para su formación.

Se pueden utilizar metodologías activas como Simulaciones clínicas, mentorías, juego de roles y retroalimentación estructurada. También, hacer un refuerzo en habilidades críticas tales como la empatía, escucha activa y trabajo en equipo, especialmente en las primeras etapas de la residencia. Estas intervenciones podrían homogenizar las competencias comunicativas, asegurando una atención médica más efectiva y humana en todos los residentes. Por último y no menos importante, realizar una certificación docente en metodologías comunicativas o capacitación en docencia universitaria.

## 7. Referencias bibliográficas

Alonso G., M., Ruiz H., I., & Ricardo A., O. (2012). Habilidades comunicativas para la relación médico paciente en estudiantes de Medicina desde la percepción de profesores

Communication skills for the physician-patient relationship in medical students, according to the professors' perception. *Revista de Educación Médica Superior*, 26(1), 74–82.

<http://scielo.sld.cu>

Arias C. Carmen A. (2014). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas.

*Horizontes pedagógicos*, 8(1).

<https://horizontespedagogicos.iberro.edu.co/article/view/08101>

Asamblea Médica Mundial. (1964). *Declaración de HELSINKI de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.

Bermúdez V., V. I., González L., H. J., & Vidal S., L. C. (2022). Competencia comunicativa de médicos familiares en una unidad de medicina familiar. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 60(5), 563–568.

Bragard, I., Razavi, D., Marchal, S., Merckaert, I., Delvaux, N., Libert, Y., Reynaert, C., Boniver,

J., Klastersky, J., Scalliet, P., & Etienne, A. M. (2006). Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: A Belgian

Interuniversity Curriculum. *Supportive Care in Cancer*, 14(5), 454–461.

<https://doi.org/10.1007/s00520-005-0008-3>

- Burke, G., Melvin, L., & Ginsburg, S. (2023). “Patients Are the People Who Teach Me the Most”: Exploring the Development of Communication Skills During Internal Medicine Residency. *Journal of Graduate Medical Education*, 15(1), 59–66.  
<https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00433.1>
- Canale, M., & Swain, M. (1980). Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing. *Applied Linguistics*, 1(1), 1–47.  
<https://doi.org/10.1093/applin/1.1.1>
- Chavda, N., Solanky, P., Dhanani, J. V, Shah, A., Patel, N., & Bhadiyadara, S. (2020). Assessment of Clinical Communication Skills of Medical Students Through the Simulated Patient Approach. *Journal of Medical Education*, 19(3). <https://doi.org/10.5812/jme.108661>
- Christensen, M., Kumar, K. A., Wang, W. S., Dharmarajan, K. V., Chang, Z., McStay, C. K., Barina, A., & Siropaides, C. (2023). Serious Illness Communication Training Among Radiation Oncology Residents. *Practical Radiation Oncology*, 13(3), e220–e229.  
<https://doi.org/10.1016/j.prro.2022.11.008>
- Cobley, Paul., & Schulz, Peter. (2013). *Theories and models of communication* (Schulz Peter & Cobley Paul, Eds.; Vol. 1). De Gruyter Mouton.
- Coleman, C., Peterson P., S., Sachdeva, B., Kobus, A., & Garvin, R. (2017). Long-term Effects of a Health Literacy Curriculum for Family Medicine Residents. *PRiMER*, 1(22).  
<https://doi.org/10.22454/primer.2017.703541>

Comité Central, I. para la E. M. I. (2003). Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica (V., J. Mendoza, Trad.). *Educación Médica*, 6(2), 11–19.

Cushing, A. M. (2015). Learning patient-centred communication: The journey and the territory.

*Patient Education and Counseling*, 98(10), 1236–1242.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.024>

Duque Salazar, W. (2023). Estrategias educativas: percepción de los estudiantes para la mejora del aprendizaje en morfofisiología. *Investigaciones Andina*, 25(46), 41–50.

<https://doi.org/https://doi.org/10.33132/01248146.2257>

Fernández G., A. M., & Alfonso P., I. (2009). La comunicación. Su importancia en el contexto de la Nueva Universidad Cubana. En *Preparación Pedagógica para profesores de la Nueva Universidad Cubana* (p. 15).

Fernández, P., & Díaz, P. (2002). Investigación: Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 76–78. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

Galvis Ortiz, J. C. (2016). *Percepción de docentes y estudiantes de una facultad de medicina sobre el uso del arte como estrategia didáctica para la humanización en salud*. Universidad Nacional de Colombia.

García Alcaraz, E., Espín, A., Martínez, H., & Alarcón, M. (2006). Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(5), 232–236. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617616006>

Gené, E., Olmedo, L., Pascual, M., Azagra, R., Elorduy, M., & Virumbrales, M. (2018).

Evaluación de competencias en comunicación clínica en estudiantes de medicina con paciente simulado. *Revista médica de Chile*, *146*(2), 160–167.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200160>

González Olaya, H. L., Uribe Pérez, C. J., & Delgado Rico, H. D. (2015a). Oral communication

skills in the physician-patient relationship, in a medical program of a university of

Colombia: A view from the curriculum, professors and students. *Educacion Medica*, *16*(4), 227–233.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.10.008>

González Olaya, H. L., Uribe Pérez, C. J., & Delgado Rico, H. D. (2015b). Oral communication

skills in the physician-patient relationship, in a medical program of a university of

Colombia: A view from the curriculum, professors and students. *Educacion Medica*, *16*(4), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.10.008>

Grant Riquelme, T. (2023). Percepción de los estudiantes de las carreras de la salud sobre la

utilización de metodologías activas para la enseñanza y aprendizaje de la histología. *Revista*

*de la Fundación Educación Médica*, *26*(4), 159. <https://doi.org/10.33588/fem.264.1293>

Gulbrandsen, P., Jensen, B. F., Finset, A., & Blanch-Hartigan, D. (2013). Long-term effect of

communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and

performance. *Patient Education and Counseling*, *91*(2), 180–185.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.015>

Gutiérrez M., A., Rodríguez N., K. L., López C., D., & Alfonso A., L. E. (2020). Percepción de los estudiantes de la carrera de Medicina sobre su formación profesional. *EDUMECENTRO*, 12(3), 182–202. <https://orcid.org/0000-0001-7428-8121>

Hashim, M. J. (2022). Teaching Family Medicine and General Practice. En *Korean Journal of Family Medicine* (Vol. 43, Número 2, pp. 93–100). Korean Journal of Family Medicine.

<https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0223>

Hernández A., J., Garbey S., E., & Enríquez O., I. J. (2021). Importancia de la perspectiva afectiva e intercultural en la comunicación profesional en tiempos de crisis. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(1).

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3912>

Hernández J., C., & De La Rosa C., C. M. (2018). A Perception of Communication Skills improvement in University Students. *Revista de la Educación Superior*, 47(186).

<https://doi.org/10.36857/resu.2018.186.351>

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2017). *La ciencia de la terapia cognitivo-conductual* (2017a ed.). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00003-9>

Hofstadt R., C. J. (2022). *El libro de las habilidades de comunicación: cómo mejorar la comunicación personal*. Díaz de Santos.

Hussain M., A. A., Shaikh, N. Q., Afzal, N., Noorali, A. A., Rahim, K. A., Ahmad, R., Ahmer, A., Khan, A. A., Bakhshi, S. K., Zafar M., S. bin, Ali L., M. P., Khan, M. R., Tariq, M., & Haider, A. H. (2023). Disparities in patient-resident physician communication and counseling: A multiperspective exploratory qualitative study. *PLoS ONE*, *18*(10).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288549>

Ibáñez, B. (2017). *Habilidades de comunicación para profesionales de la salud*.

Javier, F., Gómez-Clavelina, F., Hernández-Torres, I., & Grijalva, M. G. (2014). *Professional Clinic Competence of the Family Medicine Specialist* (Vol. 21, Número 4).

John Ryan, K., Brady Joseph, Cooke Robert, Height Dorothy, Jonsen Albert R., King Patricia, Lebacqz Karen, & Turtle Robert. (1974). *Informe belmont principios eticos y directrices para la proteccion de sujetos humanos de investigacion*.

Kaya, R., Benli, A. R., Cebecik, A., & Sunay, D. (2019). Self-assessment of residents in respect of attitudes to communication. *Primary health care research & development*, *20*, e32.

<https://doi.org/10.1017/S1463423618000920>

Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides CONTENT AND PROCESS IN THE MEDICAL INTERVIEW. En *Acad. Med* (Vol. 78).

<http://journals.lww.com/academicmedicine>

Leal-Costa, C., Tirado González, S. S., Ramos-Morcillo, A. J., Díaz Agea, J. L., Ruzafa-Martínez, M., & Van-Der Hofstadt Román, C. J. (2019). Validation of the communication skills scale in nursing professionals. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(3), 291–301.

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0745>

Leal-Costa, C., Tirado-González, S., van-der Hofstadt Román, C. J., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*, 32(1), 49–59.

<https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.184701>

León Pérez, F., Escudero Nahón, A., & Bas Cerdá, M. del C. (2019). Instrumentos para medir la habilidad de comunicación: una revisión sistemática / Instruments to Measure Communication Skill: A Systematic Review. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 9(18), 102–128.

<https://doi.org/10.23913/ride.v9i18.414>

Mario A. López, Iván Manrique, & Cecilia García. (2004). Aspectos médico legales Demandas a los médicos. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 9(1), 37–43.

Martínez Rodríguez, E. B., Mogollón Vargas, M., & Casallas Rivera, M. A. (2023). *Percepción de docentes y residentes sobre las estrategias de enseñanza utilizadas en el programa de*

*medicina interna de dos hospitales Universitarios de alto nivel de complejidad de Colombia. Estudio multicaso.* Universidad del Rosario - Pontificia Universidad Javeriana.

Martrat, E. R. (2004). Professional Competencies in family and community medicine: An overview from tutors and residents. En *Educación Médica* (Vol. 7, Número 4).

Menéndez P., M., Pérez O., B. R., Hernández L. Melva, Betancourt L., I., Quirós S., E., & Rodríguez N., K. L. (2021). Perfeccionamiento de competencias y habilidades comunicativas y lingüísticas del futuro médico general: experiencias asociadas. *Revista EDUMECENTRO*, 13(1), 184–202. <https://orcid.org/0000-0002-1924-2419>

Miguel, J., & Terrón, A. (2004). *Introducción a las teorías de la comunicación y la información* (Universidad de Murcia, Ed.).

Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1994). *Resolución número 5261 de 1994.*

MINSALUD. (2015). *Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar.*

Molano Hoover. (2011). *Malla curricular del Programa de Especialización en Medicina Familiar-PEMF de la Universidad del Cauca.*

Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? En *artículo especial rev Med chile* (Vol. 138).

Mosquera V., M. (2002, febrero 1). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias.* The Communication Initiative Network.

<http://www.comminit.com/la/cambiosocial/lahaciendoolas/lasld-399.html>

Murguía T., M., Landiz M, Lesly. O., García M., I. A., & Martínez M., M. C. (2020). Percepción del ambiente educativo en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina y Cirugía, URSE. *Journal of negative and no positive results*, 5(volumen 5), 956–962.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3445>

Myerholtz, L. (2014). Assessing Family Medicine Residents' Communication Skills From the Patient's Perspective: Evaluating the Communication Assessment Tool. *Journal of Graduate Medical Education*, 6(3), 495–500. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-13-00347.1>

Newton, W. P., & Mitchell, K. (2021). Reenvisioning family medicine residency education. *Fam. Med.*, 53(7), 487–489.

Nussbaum, L., & Tusón, A. (1996). Capítulo IV. La comunicación en el aula. El aula como espacio cultural y discursivo. En Magisterio Editorial (Ed.), *Enseñar lenguaje para aprender a comunicarse: Vol. II* (pp. 153–190). Editorial Magisterio.

Ortega C., J. J., Sánchez H., D., Rodríguez M., A., Ortega L., O. M., Adrián R. Miranda, Ó., & Ortega L., J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) Aceptado:05-02-2018. Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/acta-medica>

Ortiz, D., Ferreira V., L., Molinas N., J. L., & Espínola de C., M. (2014). Percepción de Médicos Residentes sobre la Calidad de sus Programas de Formación Perception of Medical Resident on the Quality of their Training Programs. *Rev. Salud Pública Paraguay*, 4(1), 16–25.

- Osorio Roa, D. M., Montoya Cobo, E., & Isaza Gómez, G. D. (2020). Percepción de los estudiantes de segundo semestre de la carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana (Cali) ante la transición de una modalidad presencial a una apoyada en medios digitales durante el tiempo de la pandemia por COVID-19. *Universitas Médica*, 61(4).  
<https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-4.pemp>
- Pascual López, J. A., Gil Pérez, T., Sánchez Sánchez, J. A., & Menárguez Puche, J. F. (2020). Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review. *Atencion Primaria*, 52(10), 738–749. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>
- Peterson, E. B., Calhoun, A. W., & Rider, E. A. (2014). The reliability of a modified kalamazoo consensus statement checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 411–418.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.013>
- Pilleux, M. (2001). Competencia comunicativa y análisis del discurso. *Estudios filológicos*, 36.  
<https://doi.org/10.4067/s0071-17132001003600010>
- Popolo, F. del. (2001, noviembre). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. *CEPAL*, 19, 83.
- Quesada J., F., & Martínez C., T. (1997). Formación en habilidades de comunicación a médicos residentes de medicina familiar y comunitaria. *Atención Primaria*, 19(5), 219–220.

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-formacion-habilidades-medicos-residentes-medicina-14493>

Ríos Hernández, I., Juan, S., & Rico Resumen, P. (2011). Health communication: concepts and theoretical models. *Perspectivas de la comunicación*, 4(1), 123–140.

Rodríguez C., T. L., Blanco A., M. Á., & Parra V., I. B. (2012). Propuesta de guía metodológica para evaluar las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Educación Médica Superior*, 26(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412012000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000100010)

Rodríguez Collar, T. L., Blanco Aspiazu, M. Á., & Parra Vigo, isel B. (2009). Las habilidades comunicativas en la entrevista médica Communicative skills during the medical interview. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(4), 79–90. <http://scielo.sld.cu79>

Rojas B., D., Arroyo R., F. A., Santos, J., Moruquilca, C., & Valdivia, C. (2019). Percepción del ambiente educacional de los estudiantes de Medicina de una universidad pública peruana en el año 2014. *Educación Médica*, 20, 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.018>

Rosales Gracia, S., Rodríguez Rubio, H., Olguín Machuca, D., Ayala Aguilar, A., & Escamilla Luna, A. I. (2019). Estrategias de aprendizaje en Medicina de pregrado. Percepción del estudiante. *Escuela Médica Dr. J. Sierra*, 33(2), 33–37.

Ruiz Moral, R., Caballero Martínez, F., García de Leonardo, C., Monge, D., Cañas, F., & Castaño, P. (2017). Teaching and learning clinical communication skills in Francisco de

Vitoria medical school (Madrid). En *Educacion Medica* (Vol. 18, Número 4, pp. 289–297).

Fundacion Educacion Medica.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.026>

Salas-Granda, S. I., & López-Falcon, A. (2022). Competencias comunicativas en estudiantes de medicina. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(1), 158.

<https://doi.org/10.35381/s.v.v6i1.1719>

Sansó Soberats, F. J., Aguilera Hidalgo, M. del C., Galbán, P. A., & Torrente Pons, I. (2006). La comunicación en medicina familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(4).

Schwalbe, D., Timmermann, C., Gregersen, T. A., Steffensen, S. V., & Ammentorp, J. (2024). Communication, Cognition and Competency Development in Healthcare: A Model for Integrating Cognitive Ethnography and Communication Skills Training in Clinical Interventions. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 11.

<https://doi.org/10.1177/23821205231223319>

Segui Díaz. (2004). Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Atención Primaria*, 33(9), 496–502.

Shiraly, R., Mahdaviyazad, H., & Pakdin, A. (2021). Doctor-patient communication skills: a survey on knowledge and practice of Iranian family physicians. *BMC Family Practice*, 22(1).

<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01491-z>

Soriano-Sánchez, J.-G., & Jiménez-Vázquez, D. (2022). Una revisión sistemática sobre habilidades y técnicas para mejorar el feedback entre médico y paciente. *Revista Acciones Médicas*, 1(4), 7–21.

<https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.04.001>

Tan, X. H., Foo, M. A., Lim, S. L. H., Lim, M. B. X. Y., Chin, A. M. C., Zhou, J., Chiam, M., & Krishna, L. K. R. (2021). Teaching and assessing communication skills in the postgraduate medical setting: a systematic scoping review. *BMC Medical Education*, 21(1).

<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02892-5>

Tejera C., J. F., Iglesias L., M., Cortés C., M., Bravo López, G., Mur V., N., & López P., J. V. . (2012). Las habilidades comunicativas en las carreras de las Ciencias de la Salud. *Revista Electrónica Medi Sur*, 10(2), 72–78.

Thai, T. T. N., Pham, T. T., Nguyen, K. T., Nguyen, P. M., & Derese, A. (2020). Can a family medicine rotation improve medical students' knowledge, skills and attitude towards primary care in Vietnam? A pre-test–post-test comparison and qualitative survey. *Tropical Medicine and International Health*, 25(2), 264–275. <https://doi.org/10.1111/tmi.13326>

Urive, G., & Gálvez, E. (2006). Algunas consideraciones acerca de las habilidades comunicativas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 5(4). E-ISSN: 1814-151X

Urtasun, M., Janer Tittarelli, M. A., Díaz Pumará, C., & Davenport, M. C. (2021). Habilidades comunicacionales del médico. Experiencia en el Departamento de Medicina de un hospital pediátrico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(3), 270–275.

<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.29306>

Van den Eertwegh, V., Van Dalen, J., Van Dulmen, S., Van der Vleuten, C., & Scherpbier, A. (2014). Residents' perceived barriers to communication skills learning: Comparing two medical working contexts in postgraduate training. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 91–97.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.002>

Vasquez R., F. (2010). *Estrategias de enseñanza: investigaciones sobre didáctica en instituciones educativas de la ciudad de Pasto* (Kimpres Universidad de la Salle, Ed.; Primera). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/fce-unisalle/20170117011106/Estrategias.pdf>

Vílchez-Gutarra, A., & Palpán-Guerra, A. (2014). La comunicación en la gestión pública, un aspecto clave para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. *REVISTA PERUANA DE EPIDEMIOLOGÍA*, 18(1), 1–4.

Villegas Stellyes, C. E., Martínez Sánchez, L. M., Jaramillo Jaramillo, L. I., Restrepo Restrepo, N. A., & Serna Corredor, D. S. (2021). Percepción estudiantil sobre el modelo educativo basado en la simulación. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 21(2).

<https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.3971.2021>

Zambrano Sánchez, G., Montesdeoca Coloma, L., Morales López, T., & Tarupi Montenegro, W. (2020). Perception of medical students on the use of simulated patients as a strategy for training in the comprehensive management of patients. *Educacion Medica*, 21(2), 123–126.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.004>

Zhao, W., He, L., Deng, W., Zhu, J., Su, A., & Zhang, Y. (2020). The effectiveness of the combined problem-based learning (PBL) and case-based learning (CBL) teaching method in the clinical practical teaching of thyroid disease. *BMC Medical Education*, 20(1).

<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02306-y>

Zota, D., Diamantis, D. V., Katsas, K., Karnaki, P., Tsiampalis, T., Sakowski, P., Christophi, C. A., Ioannidou, E., Darias-Curvo, S., Batury, V. L., Berth, H., Zscheppang, A., Linke, M., Themistokleous, S., Veloudaki, A., & Linos, A. (2023). Essential Skills for Health Communication, Barriers, Facilitators and the Need for Training: Perceptions of Healthcare Professionals from Seven European Countries. *Healthcare (Switzerland)*, 11(14).

<https://doi.org/10.3390/healthcare11142058>

## 8. Anexos

### 8.1 Consentimiento Informado

Título del estudio: *PERCEPCIÓN DE RESIDENTES DURANTE SU FORMACIÓN, 2023-2025 Y EGRESADOS DEL AÑO 2024 DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, SOBRE LAS ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS IMPLEMENTADAS PARA DESARROLLAR HABILIDADES COMUNICATIVAS*

Investigador responsable: Catalina Coral Coral, Especialista en Medicina Familiar

Institución: Universidad ICESI, Universidad del Cauca

Correo de contacto: medicafamiliar1@gmail.com

Celular: 3127846366

### 1. Propósito del Estudio

La caracterización de las estrategias implementadas en el currículo servirá para promover su uso como eje transversal en el proceso de formación del residente y a su vez fortalecer las habilidades comunicativas.

### 2. Riesgos y Beneficios

- Este estudio se cataloga sin riesgo físico ni psicológico (en conformidad con la Resolución 8430 de 1993).
- Beneficios: Su participación permitirá obtener una valoración sobre la formación en habilidades comunicativas dentro del programa de Medicina Familiar.
- Los resultados del estudio servirán dirigir ajustes en las estrategias pedagógicas, con el propósito de fortalecer las habilidades comunicativas.

### 3. Recuerde que:

- Su participación es completamente voluntaria y su decisión de participar o no en el estudio no afectará su desempeño académico, ni su relación con la institución. Usted podrá retirarse en cualquier momento de la investigación, si así lo desea.
- Para despejar cualquier inquietud relacionada con el cuestionario o el desarrollo de la investigación usted puede entrar en contacto con la investigadora mediante los canales de contacto anteriormente descritos.

### 4. Confidencialidad y Manejo de Datos Personales

En conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, sus datos serán tratados con estricta confidencialidad. La información recopilada será utilizada exclusivamente para fines investigativos y se almacenará en un entorno seguro, *solo serán accesibles para el equipo de investigación.*

*La identidad de los participantes se conservará en el anonimato.*

