



**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

TESIS

**LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO
MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DEL DISTRITO DE EL
AGUSTINO: ENERO-MARZO 2017.**

PRESENTADA POR:

Bachiller: CONTRERAS CHUPILLON, LUIS GEANCARLOS.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

LIMA - 2017 - PERÚ

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy; a mi hermano por su apoyo incondicional; y a mi esposa e hija por ser mis fuerzas cada día.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud primera para Dios, por darme todas las bendiciones que una persona puede pedir, familia, amigos, vida y sueños.

También mi agradecimiento especial a cada docente de la universidad por formar parte de mi desarrollo y mi consolidación como ser humano y profesional. Y finalmente a las personas que ayudaron con su aporte y accesibilidad para la culminación de mi proyecto de tesis.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
ÍNDICE.....	III
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII

CAPÍTULO I: Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del problema.	
1.1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.1.2. Delimitación de la investigación.	
1.1.2.1. Delimitación espacial.....	3
1.1.2.2. Delimitación social.....	3
1.1.2.3. Delimitación temporal.....	3
1.1.3. Problema de Investigación.	
1.1.3.1. Problema principal.....	3
1.1.3.2. Problemas secundarios.....	3
1.1.4. Objetivos de la Investigación.	
1.1.4.1. Objetivo general.....	4
1.1.4.2. Objetivos específicos.....	4
1.1.5. Justificación e Importancia de la Investigación.	
1.1.5.1. Justificación.....	4
1.1.5.2. Importancia.....	5

CAPÍTULO II: Marco Teórico de la Investigación

2.1. Marco Teórico conceptual.	
2.1.1. Antecedentes del problema.....	7
2.1.2. Bases teóricas científicas.....	14
2.1.3. Definición de términos básicos.....	41

CAPÍTULO III: Hipótesis y variables de la Investigación

3.1. Variable de la Investigación.....	44
3.2. Operacionalización de variables.....	44

CAPÍTULO IV: Marco Metodológico de la Investigación

4.1. Metodología de la Investigación	
4.1.1. Hipótesis.....	46
4.1.2. Tipo y Nivel de Investigación.....	48
4.1.3. Método y diseño de Investigación.....	48
4.1.4. Población y Muestra.....	49
4.1.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	49

CAPÍTULO V:

Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	50
-------------------------------------------------------------------	-----------

CONCLUSIONES	54
--------------	----

RECOMENDACIONES	56
-----------------	----

Fuentes de Información.....	58
-----------------------------	----

Anexos.

Matriz de consistencia.....	72
-----------------------------	----

Formulario de Cuestionario.....	73
---------------------------------	----

Validación de Expertos.....	77
-----------------------------	----

Fotos.....	88
------------	----

RESUMEN

La presente investigación tiene como título **LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DEL DISTRITO DE EL AGUSTINO: ENERO – MARZO 2017.**

La presente investigación tiene como finalidad indagar a través de una técnica de investigación de corte cualitativo, cuáles son las causas en la comunicación interpersonal médico - paciente que afectan o que contribuyen al cumplimiento del tratamiento oncológico desde la perspectiva de las personas que padecen la enfermedad. Así mismo, tiene una congruencia teórica, puesto que existen diversas investigaciones relacionando las variables de Comunicación interpersonal y tratamiento de pacientes oncológicos; observando que existe influencia en el trato médico – paciente en la mejora de su salud; considerando la declaración de salud de la OMS (1948) como: *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”*; por consiguiente la variable Comunicación interpersonal, muestra gran influencia, en la mejora de la salud física y mental.

Palabras claves: Comunicación interpersonal. Trato médico-paciente. Pacientes oncológicos. Hospital “Hipólito Unanue”. Distrito de El Agustino.

ABSTRACT

The present investigation is entitled **THE INTERPERSONAL COMMUNICATION IN THE MEDICAL-PATIENT TREATMENT ON ONCOLOGICAL PATIENTS OF THE "HIPÓLITO UNANUE" HOSPITAL OF THE DISTRICT OF AGUSTINO: JANUARY - MARCH 2017.**

The purpose of the present investigation is to investigate, through a qualitative research technique, what are the causes in the interpersonal medical - patient communication that affect or contribute to the fulfillment of oncological treatment from the perspective of people suffering from the disease. Likewise, it has a theoretical congruence, since there are several investigations relating the variables of interpersonal communication and treatment of cancer patients; observing that there is influence in the medical - patient treatment in the improvement of their health; considering WHO's health statement (1948) as: "A state of complete physical, mental and social well-being, and not just the absence of disease or illness." therefore the variable interpersonal communication, shows great influence, in the improvement of physical and mental health.

Key words: Interpersonal communication. Medical-patient treatment. Cancer patients. Hospital "Hipólito Unanue". District of El Agustino.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como título **LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DEL DISTRITO DE EL AGUSTINO: ENERO – MARZO 2017.**

La comunicación interpersonal, Se da entre dos personas que están físicamente próximas. Cada una de las personas produce mensajes. Es una relación de intercambio por medio de la cual dos o más personas comparten su percepción de la realidad.

Las características que deberían formar parte de una definición del concepto de comunicación deberían ser: **a)** se trata de un proceso intencional, interactivo y dinámico; **b)** que pretende transmitir un mensaje desde un emisor que codifica una idea y un receptor que es susceptible de decodificarla; **c)** que para la transmisión del mensaje utiliza una enorme diversidad de estímulos tanto verbales como físicos; **d)** que se trata de un proceso enormemente mediatizado por las experiencias de aprendizaje tanto del emisor como del receptor del mensaje y **e)** que es susceptible de verse modificado en función de la situación en que se transmite el mensaje. De forma muy resumida, se puede definir la comunicación interpersonal como el contacto verbal o no verbal que se establece entre dos o más personas donde se produce un intercambio humano de información, ideas, actitudes y emociones (Vander, 1986, en: Gallar, 2006).

La comunicación interpersonal puede producirse en distintos ámbitos y sufrir por ello diferentes cambios: **a)** El número de personas implicadas en el proceso de interacción puede incrementarse desde una persona a cientos de miles. **b)** Los

mensajes que se emplean en el proceso de comunicación pueden ser más o menos personales y más o menos generales en su contenido. **c)** Las personas implicadas pueden estar más o menos alejadas física y emocionalmente. **d)** En ocasiones, es necesaria una organización y una tecnología compleja a lo largo del proceso. En este sentido, se puede afirmar que para utilizar de forma adecuada la comunicación interpersonal esta se debe adaptar a las circunstancias, por ejemplo, en el caso de una relación interpersonal podría resultar mucho más efectivo un tono de voz bajo, sin estridencias, una postura inclinada hacia el oyente, etc., mientras que para comunicar un mensaje a un auditorio amplio sería necesario utilizar un buen timbre de voz junto con otras técnicas para hablar en público.

Aunque el modelo lineal de comunicación o modelo cibernético ha sido muy criticado por los estudiosos de las relaciones interpersonales, al considerarlo un enfoque comunicacional muy técnico, muy rígido y poco útil para estudiar la flexibilidad de los sistemas de interacción humano (Pinazo, 2006), los cuatro elementos definidos en este modelo se han mantenido en los numerosos modelos existentes. Estos elementos son: el *emisor*, es decir, la persona que comunica algo: el *mensaje*, que se hace a través de un *canal*, o medio de transmitir y recibir ese mensaje, que llegará finalmente a la persona con la que se contacta, el *receptor*.

La relación entre el médico y su paciente juega un papel muy importante en la práctica de la medicina y es esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica contemporánea. La mayoría de las facultades de medicina enseñan a sus estudiantes desde un principio, aún antes de que comiencen a recibir instrucción práctica asistencial, a mantener una relación profesional con sus pacientes, observando su dignidad y respetando su privacidad. El paciente debe tener confianza en cuanto a la competencia de su médico y debe sentir que pueden realizarle confidencias a él. Para la mayoría de los médicos, es importante el establecer un buen contacto con el paciente. Existen algunas especialidades médicas tales como psiquiatría y medicina familiar, en las que se pone más énfasis en cuanto a la relación médico-paciente que en otras como pueden ser anatomía patológica o radiología. La calidad de la relación entre el médico y su paciente es importante para ambas partes. Cuanto

mejor sea la relación en términos de respeto mutuo, conocimiento, confianza, valores compartidos y perspectivas sobre las enfermedades y la vida, y el tiempo disponible, mejor será la cantidad y calidad de la información sobre la enfermedad del paciente que se intercambiará en ambas direcciones, mejorando la precisión del diagnóstico y aumentando el conocimiento del paciente sobre la enfermedad o dolencia. En aquellas circunstancias en que la relación es pobre, se compromete la habilidad del médico para realizar una evaluación completa del paciente y es más probable que el paciente desconfíe del diagnóstico y del tratamiento propuesto, disminuyendo las posibilidades de cumplir con el consejo médico. En estas circunstancias y en aquellos casos en que existe una genuina diferencia de opiniones médicas, se puede llegar a conseguir una segunda opinión de otro médico o el paciente puede decidir directamente cambiar de médico.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema.

1.1.1. Descripción de la realidad problemática

Actualmente, uno de los problemas más graves de los países en desarrollo es el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, tales como el VIH, la diabetes, la hipertensión, el cáncer, etc. Ésta última, según la OMS (2011) considerada desde hace décadas, como un problema de salud a nivel mundial. Es importante tomar en cuenta la definición de la OMS (2002) acerca de la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Así, el cáncer no sólo afecta la salud física, sino también la salud mental y social de la persona. Al respecto de la salud mental, ante el diagnóstico de cáncer suele generarse una reacción de shock, incredulidad y ansiedad muy intensa en la que se involucran una serie de respuestas emocionales. La experiencia clínica muestra que el diagnóstico de cáncer, tratamiento y controles posteriores, suelen afectar en distinto grado la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente y su familia (tanto física como emocional y socialmente). El diagnóstico de cáncer es descrito por los pacientes, como un proceso largo, doloroso y muy difícil de vivir.

Por ende, es importante considerar la relación del personal asistencial y médico – paciente pues mediante ello se genera la satisfacción del paciente en el proceso de interacción o comunicación interpersonal con los profesionales de la salud y las características de la comunicación que se establece entre estos, en especial, con su médico. La comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para

que pueda aceptarla y recordarla. A ello es importante considerar la ética profesional del personal de salud.

Sin embargo, podemos observar que, en el Perú, se violan ciertas normas éticas, generando una percepción equivocada del paciente hacia el personal médico.

El Diario “La República” publicó en agosto del 2014 respecto a las conclusiones que se llegaron en el último foro por el día de la salud y el buen trato al paciente. Donde representantes como el Dr. Cesar Palomino Decano del Colegio Médico del Perú, César Inocente Chillet de la Asociación de Diálisis y Trasplante del Perú, José Vidal Pérez González de la Asociación Nacional de Pacientes y Personas Ostomizados del Perú, entre otros.

Llegando a la conclusión y reconociendo lo preocupante de la situación en la que están pasando hoy en día los centros de salud del país. Y donde se fomente reforzar un vínculo entre doctores y pacientes

Es lamentable evidenciar lo crucial de una buena atención en los servicios de salud. A esto se suma que la salud es uno de los principales factores para poder asegurar el desarrollo tanto de la persona, como la familia y finalmente nuestra sociedad ya que este es la base de todo.

Por ende, ante lo expuesto, cabe resaltar la importancia de la comunicación interpersonal en el trato médico – paciente y la importancia de diseñar estrategias comunicativas que mejoren los mecanismos de comunicación, reduciendo el índice de mortalidad en el Perú.

1.1.2. Delimitación de la investigación.

1.1.2.1. Delimitación espacial

La presente investigación, se circunscribe al estudio descriptivo de la comunicación interpersonal médico-paciente en el Hospital “Hipólito Unanue” con sede en la ciudad de Lima, en el distrito de El Agustino.

1.1.2.2. Delimitación social

Interesa en este estudio, investigar el caso de la comunicación interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes oncológicos del mencionado Hospital.

1.1.2.3. Delimitación temporal

En esta investigación de naturaleza descriptiva, se tomó en cuenta el periodo comprendido al primer trimestre (enero-marzo) del presente año 2017.

1.1.3. Problema de Investigación.

1.1.3.1. Problema principal

¿Cómo es la Comunicación Interpersonal en el trato médico – paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017?

1.1.3.2. Problemas secundarios

1.1.3.2.1 ¿Cuál es el nivel de **Comunicación verbal** percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017?

1.1.3.2.2 ¿Cuál es el nivel de **Comunicación no verbal** percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017?

1.1.3.2.3 ¿Cuál es el nivel de **Comunicación paraverbal** percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017?

1.1.4. Objetivos de la Investigación.

1.1.4.1. Objetivo general

Describir cómo es la Comunicación Interpersonal en el trato médico – paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017.

1.1.4.2. Objetivos específicos

1.1.4.2.1 Describir el nivel de **Comunicación verbal** percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017.

1.1.4.2.2 Describir el nivel de **Comunicación no verbal** percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017.

1.1.4.2.3 Describir el nivel de **Comunicación paraverbal** percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017.

1.1.5. Justificación e Importancia de la Investigación.

1.1.5.1. Justificación

La presente investigación tiene como finalidad indagar a través de una técnica de investigación de corte cualitativo, cuáles son las causas en la comunicación interpersonal médico - paciente que afectan o que contribuyen al cumplimiento del tratamiento oncológico desde la perspectiva de las personas que padecen la enfermedad. Así mismo, tiene una congruencia teórica, puesto que existen diversas investigaciones relacionando las variables de Comunicación interpersonal y tratamiento de pacientes oncológicos; observando que existe influencia en el trato médico – paciente en la mejora de su salud; considerando la declaración de salud de la OMS (1948) como: *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”*; por consiguiente la variable Comunicación interpersonal, muestra gran influencia, en la mejora de la salud física y mental.

Así también, presenta una congruencia aplicativa, puesto que, permitirán al paciente en tratamiento oncológico identificar según su percepción el nivel de Comunicación Interpersonal que ejerce el personal asistencial, el trato médico–paciente, los tipos de comunicación interpersonal, y el estado o respuesta emocional a causa del trato por parte del personal asistencial. Permitiendo así implementar programas de intervención, preventivos y correctivos que ayuden a mejorar la comunicación interpersonal médico–paciente, a fin de despertar la sensibilidad del médico asistencial hacia su paciente.

Así mismo los resultados obtenidos apuntan hacia temas que tienen que ver con la organización de los servicios de salud, las percepciones individuales del paciente, algunas características del tratamiento oncológico, y la ética profesional. Para contribuir a la mejora de la salud integral del paciente y un trato más humano en los hospitales de la nación.

1.1.5.2. Importancia

La presente Investigación es importante porque sus resultados permitirán:

1.1.5.2.1. Identificar las diversas características de la comunicación interpersonal entre médico-paciente.

1.1.5.2.2. Describir los diversos tipos de comunicación interpersonal entre médico-paciente que se desarrollan con los pacientes oncológicos en el Hospital “Hipólito Unanue”.

1.1.5.2.3. Proponer algunas medidas remediales en caso de evidenciar un grado de ineficacia en la comunicación interpersonal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Marco Teórico conceptual.

2.1.1 Antecedentes del problema

2.1.1.1 Antecedentes Internacionales

Donovan y Premi (2000), Mencionan que comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles que deben enfrentar los médicos, a pesar de lo cual ha sido considerada como una competencia menor. Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro. Los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó de ella. Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico.

Sánchez (2007) estudió los factores que un médico debe tener presente para dar malas noticias. En cuanto a los Factores del médico, constituidos principalmente por los temores que experimentan los profesionales sanitarios ante las eventuales repercusiones que la comunicación de una mala noticia puede desencadenar en el tándem médico-enfermo. Se mencionan:

1. Temor a causar dolor: un documento tan antiguo como el juramento Hipocrático ya refleja la obligación ética de no producir o evitar todo dolor al paciente. Los médicos tienen tan interiorizado por formación el principio de *primun non nocere* que la idea de infligir dolor, tanto físico como moral, les resulta algo rechazable. Esto

puede inducir en los médicos actitudes evasivas respecto a comunicar diagnósticos adversos o la de minimizar peligrosamente la gravedad de los mismos. Lamentablemente, no existen analgésicos para aliviar el dolor que provoca una mala noticia.

2. Temor al fracaso terapéutico: como se apuntó en el apartado de «Factores socioculturales», este temor es una consecuencia directa de la ilusión de que “todo tiene cura y hay una cura para todo” generada en la sociedad por los impresionantes avances que han tenido en las últimas décadas las técnicas de diagnóstico y tratamiento. Por todo ello muchos médicos, especialmente los más jóvenes, pueden vivir la ausencia o insuficiencia del tratamiento como un fracaso profesional. Como ocurre con el temor a causar dolor, el temor al fracaso terapéutico puede crispar la relación con el paciente y comprometer su grado de colaboración. La no aceptación del médico de la ineficacia de un tratamiento puede conducir al llamado «encarnizamiento terapéutico» (perseverar en la administración de una terapia a pesar de su constatada futilidad) o a probar con otros tratamientos, ya experimentales o no suficientemente probados, con el consiguiente riesgo para el paciente («*cobayismo*»).

3. Temor legal: el aumento de las demandas a médicos por parte de pacientes ha sido progresivo desde los años setenta en los países avanzados. La presencia de los abogados a las puertas de los hospitales ha dejado de formar parte del «imaginario cinematográfico» de Hollywood para convertirse en una auténtica realidad que conocen bien las empresas aseguradoras. Hoy se consideraría una temeridad inexplicable que un cirujano plástico o un anestesista trabajasen sin la cobertura de un buen seguro de responsabilidad civil profesional. Lo que, sin duda, sirve a su vez para incitar la voracidad de los pacientes litigantes y algunos ambiciosos letrados. La «*judicialización*» de la Medicina tiende a generar en la sociedad actual el convencimiento de que todo ciudadano tiene derecho no sólo a la asistencia sanitaria, sino también a ser curado, y que cualquier fracaso terapéutico siempre se debe a un error o negligencia (ya sea humana o del sistema) que merece castigo penal y resarcimiento civil.

4. Temor a expresar las propias emociones: los profesionales de la salud (especialmente los médicos) tienen dificultades para expresar sus propios sentimientos ante los pacientes. Estas trabas provienen de su formación específica. Son entrenados para permanecer en calma, para poder pensar de forma clara y lógica, incluso en las situaciones más urgentes. Así, una mayoría de médicos consideran cualquier reacción emocional (enojo, ansiedad excesiva, etc.) como una actuación poco profesional capaz de debilitar nuestra «imagen» frente al paciente o la familia. Dado que la conexión empática con el paciente requiere la participación emocional del médico, la dificultad para expresar sentimientos actuará a modo de barrera comunicativa.

Sánchez; Aguirre; Córdoba; Campos y Arboleya (2009) realizaron una investigación sobre la calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F. Se utilizó dos cuestionarios con 17 reactivos, con preguntas dirigidas para analizar cómo es la comunicación enfermera-paciente. Se recopilaron 244 encuestas aplicadas a los pacientes y 15 encuestas aplicadas a enfermeras, en las cuales se detectó que 173 (71%) pacientes y 12 (80%) enfermeras opinaron que la atención que proporcionan las enfermeras en cuanto a la comunicación es buena, 43 (18%) de pacientes y 2 (13%) de enfermeras mencionaron que es regular y finalmente 8 (3%) de pacientes y 1 (7%) enfermera encuestada refirió que la atención es mala. Conclusiones. La enfermera del primer nivel de atención tiene carencias para proporcionar una atención de calidad, entre ellas se encuentra tiempo limitado con el paciente, ya que su labor está reducida a la toma de signos vitales y somatometría, sin embargo, durante este corto tiempo la enfermera tiene la oportunidad de resolver dudas y temores de los pacientes y proporcionar la información que el usuario de los servicios de salud solicite en ese momento.

Cófreces, Ofman y Dorina (2010) en “La comunicación en la relación médico-paciente”, el objetivo del trabajo fue presentar los principales hallazgos de estudios teóricos y empíricos sobre la comunicación en la relación médico-paciente y su impacto en la satisfacción y adherencia del paciente al tratamiento médico, a partir

de la literatura científica publicada entre 1990 y 2010 en la sociedad occidental. Se realizó la búsqueda del material bibliográfico en bases de datos y bibliotecas, durante el periodo febrero – noviembre de 2012. Se consultaron 143 artículos en total y fueron seleccionados 63. El principal aporte de esta revisión, cuyas principales conclusiones fueron: 1) en la relación médico-paciente se destaca la correlación entre la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos; 2) en la interacción médico – paciente, la satisfacción del enfermo y la adherencia al tratamiento son fenómenos multidimensionales, en los que inciden múltiples cuestiones; 3) se halló un mayor riesgo de abandono al tratamiento en sistemas de salud con una atención centralizada, alta demanda, poco personal, demoras y atención menos personalizada; y 4) altos niveles de adherencia se asociaron con modelos de comunicación que consideran las actitudes, creencias, preferencias de los pacientes y permiten un proceso de negociación con mayor acuerdo y comprensión.

Canovaca (2010) concluye que los oncólogos han sido los especialistas que más se han ocupado del problema de la mejora de las habilidades de comunicación. Al igual que se usa un protocolo para tratar patologías complejas, como la parada cardíaca o la cetoacidosis diabética, un grupo de oncólogos, liderados por Walter F. Baile y Robert Buckman, tuvieron la idea de aplicar un protocolo a la comunicación de malas noticias en Medicina. Este protocolo estipula que todo médico debe: i) tener la certeza del diagnóstico, ii) estructurar su mensaje, iii) detectar a qué miembro de la familia es prudente comunicar el mensaje, iv) tener tacto y criterio, v) estar preparado para absolver toda duda y preguntas, vi) derivar de ser el caso, al área de apoyo psicológico, etc.

Trujano, Soria, Vega, Nava y Saavedra. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Participaron 200 pacientes. Se usó una Escala de Adherencia Terapéutica y un cuestionario diseñado para evaluar la relación médico-paciente. Los resultados indicaron que los enfermos de consulta pública fueron más adherentes. Se encontraron diferencias estadísticas significativas para algunos ítems del cuestionario. Cuando los pacientes reciben

información sobre el tratamiento son más adherentes que cuando el médico les explica sobre su enfermedad.

2.1.1.2 Antecedentes Nacionales

Díaz (2006) ha estudiado los factores del paciente en la recepción de una mala noticia. Es muy difícil para el médico estimar el impacto que una enfermedad grave va a tener sobre un determinado paciente desde su propio conocimiento de esa enfermedad. Muchos pacientes asumen con total naturalidad enfermedades o minusvalías que para nosotros serían muy duras de sobrellevar. Un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de informar es la edad del paciente. Los ancianos con una menor capacidad para asimilar información compleja con mucha frecuencia tienden a malinterpretar los mensajes suministrados por el médico. Existe una gama de «*pacientes-problema*», cuyo anómalo perfil psicológico puede significar un auténtico hándicap no sólo para la comunicación de malas noticias, sino meramente para entablar una razonable relación médico-enfermo: el agresivo, el manipulador, el litigante, el no cooperador o el drogadicto. Por esto, es muy importante que el médico, antes de comenzar a hablar, explore qué sabe, qué está dispuesto a saber y cuál es el estado de ánimo del paciente ante el anuncio de su dolencia. Existen técnicas que se detallarán más adelante que pueden facilitar esta incómoda tarea.

Benítez (2009) también ha estudiado las reacciones de los pacientes ante las malas noticias y ha propuesto un protocolo médico. El protocolo que se describe a continuación es un procedimiento práctico, ágil y dinámico, pensado para su utilización en el día a día y que está planeado para conseguir un cuádruple objetivo:

1. Reunir toda la información disponible del enfermo y de su enfermedad. Esto permitirá al médico determinar lo que sabe el paciente y sus expectativas con respecto al diagnóstico adverso.

2. Suministrar información inteligible en consonancia con las necesidades y deseos del paciente.
3. Aportar habilidades de comunicación que permitan reducir el impacto emocional que la mala noticia tiene sobre el receptor.
4. Consensuar un plan de tratamiento que permita un alto grado de cooperación del paciente.

Torres (2010) menciona que todo médico y comunicador médico debe reconocer cuánto quiere saber el paciente. En esta etapa se trata de definir qué grado de información quiere tener el paciente sobre lo que le está pasando. Dicho de otro modo, el objetivo es hacer concordar, en lo posible, lo que queremos decirle al paciente con lo que éste quiere saber acerca de su enfermedad. Las personas se enfrentan a las malas noticias de forma diferente dependiendo de su cultura, raza, creencias religiosas o nivel socioeconómico. Aunque la mayoría de los pacientes querrán conocer todos los detalles sobre su enfermedad y pronóstico, otros no mostrarán ningún interés y presentarán típicas conductas de evitación. Esto no deberá preocuparnos, porque es un derecho del enfermo declinar recibir información y porque se considera un mecanismo de defensa psicológicamente comprensible. Las siguientes son ejemplos de preguntas para completar el objetivo de este paso:

1. ¿Qué quiere saber sobre su enfermedad?
2. ¿Le gustaría que le dijese todos los detalles de su proceso? En caso contrario, ¿hay alguien a quien preferiría que yo se lo contase?
3. ¿A usted qué le interesa saber del procedimiento a que va a ser sometido?

Zeithaml, Parasuraman y Berry (2014) realizan una de satisfacción aplicada en los usuarios de consultorios externos. La muestra estuvo constituida por 337 usuarios. El instrumento que se utilizó es la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en

los ES y Servicio Médico de Apoyo (SMA), la misma que incluye 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidos en 5 criterios de evaluación de la Calidad. La Satisfacción ha incrementado de un 19.4% a 35.80%. - La Dimensión que presenta mayor insatisfacción es Capacidad de Respuesta (80.3%), seguida de la dimensión Fiabilidad (68%).

Francisco García (2015) médico del Hospital Nacional “Cayetano Heredia”, comenta que podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro. El resultado es un desarreglo emocional o de comportamiento que persiste un tiempo después de que la mala noticia es recibida. La reacción de un paciente determinado ante una mala noticia va a depender básicamente de su personalidad, creencias religiosas, apoyo familiar percibido y el marco antropológico-cultural en el que vive. Es por tanto un fenómeno individual modulado en la perspectiva sociocultural. En nuestras actuales sociedades, cada vez más multiculturales, este último factor empieza a tener una importancia creciente. Existe, sin duda, una gradación en las malas noticias. No es lo mismo tener que decir a unos padres que el hijo accidentado presenta una lesión cerebral irreversible o la revelación de un diagnóstico de cáncer de pulmón a un adulto de mediana edad, que comunicar a la familia que el comportamiento extravagante del abuelo es debido a un Alzheimer. En ocasiones la cualidad adversa de una noticia médica tiene que ver más con la inoportunidad biográfica de la misma o con una incompatibilidad laboral que con la gravedad del caso en sí mismo. Sendos ejemplos de esto último serían: la necesidad de una intervención quirúrgica coincidente con la fecha de la boda de una hija o el diagnóstico de una arritmia a un piloto de aviación.

2.1.2. Bases teóricas científicas

2.1.2.1. La Comunicación Interpersonal

2.1.2.1.1 Definición de comunicación interpersonal

Interiano (1999) dice que la comunicación interpersonal efectiva es orgánica y no mecánica y genera nuevas maneras de conducta y nuevas posibilidades para el desarrollo de los participantes. Es el tipo de comunicación bidireccional en el cual se lleva a cabo un proceso de intercambio de información, sentimientos, emociones, etc., entre personas o grupos.

Según Velásquez (1999) *“Para que exista una verdadera comunicación entre dos personas o en grupos pequeños, que todos estos tengan la posibilidad de intercambiar constantemente sus roles de comunicadores y receptores simultáneamente, verse a la cara cuando están hablando y compartir un mismo espacio físico y/o psicológico común”*. (p.15).

2.1.2.1.2 Tipos de lenguaje que actúan en la Comunicación Interpersonal

Según Hernández (2008) manifiesta que existen 3 tipos de comunicación interpersonal:

- a) **Comunicación Verbal**, lo que decimos con las palabras.
- b) **Comunicación no Verbal**, lo que decimos con los gestos de la cara y del cuerpo, así como con nuestra imagen.
- c) **Comunicación Paraverbal**, lo que decimos con la calidad y cualidad de la voz. Es importante mencionar que el 80 % de nuestros mensajes se transmiten a través del lenguaje no verbal y de la voz, es decir por medio de nuestros gestos, muecas y demás expresiones corporales que enfatizan el contenido del mismo. El

conocimiento o contenido se comunica a través de las palabras, del discurso, mientras que las emociones lo hacen a través del cuerpo y de la voz.

2.1.2.1.3 Interpersonal.

Según Hernández (2009), existen factores en la comunicación interpersonal como:

- a) **Las fuerzas propulsoras:** son los motivos que inducen a los individuos a desplazarse de un lugar a otro. Estos motivos pueden ser negativos o positivos. Podrían ser llamadas también fuerzas trascendentes y se manifestarían por las acciones de las personas a favor o en contra de los demás.

- b) **La simpatía:** demostrada por una persona hacia los demás es una fuerza positiva; el interés es igualmente una fuerza positiva. La animadversión, el egoísmo son fuerzas negativas. Existen tantas fuerzas propulsoras, como actividades realicen los seres humanos, a favor o en contra de sus semejantes.

- c) **Las fuerzas inducidas:** son las fuerzas que ejercen otras personas hacia un individuo en particular. Puede llamarseles también, fuerzas inmanentes. La colaboración, el aprecio, la amistad, la simpatía, de un receptor a un emisor serán fuerzas inducidas.

- d) **Las valencias:** es la concentración de fuerzas propulsoras o inducidas. Es decir, que las valencias pueden ser de doble vía y pueden ser así mismo, positivas o negativas. Las valencias positivas son satisfactores de necesidades y las negativas son atentatorias contra nuestro espacio vital y nuestra estabilidad emocional. (p. 34)

2.1.2.1.4. Niveles de la comunicación interpersonal

Según Hernández (2009), existen 2 niveles de comunicación interpersonal como:

- a) **Nivel de contenido:** transmite información verbalmente: “lo que dije”

- b) **Nivel de relación:** define el tipo de relación que se establece: “cómo lo dije”.

2.1.2.1.5. Teorías de la Comunicación Interpersonal

La comunicación interpersonal tiene una poderosa influencia sobre la conciencia humana, ya que es fundamental para el control y el desarrollo de las relaciones (Aladro, 2009).

Según Garza (2009) dentro del desarrollo del campo académico de la comunicación interpersonal, ubica 6 enfoques teóricos: constructivismo, reducción de la incertidumbre, habilidades/competencias para la comunicación interpersonal, desarrollo de las relaciones, adaptación interpersonal, comunicación mediada por ordenador y el dialéctico, propuesto por Martín Serrano (1982).

a) Las teorías constructivistas

Según Berger (2005) Abordan la producción del mensaje desde el punto de vista cognitivo tratando de demostrar la relación entre el grado de complejidad cognitiva que manejan los individuos y el grado en el cual ellos son capaces de generar mensajes eficaces para el logro de sus objetivos.

b) Teoría de la reducción de la incertidumbre (TRI)

Se interesan por el cómo la incertidumbre juega un papel importante en el desarrollo de las relaciones, tomando como objeto de análisis a la Teoría de la reducción de la incertidumbre de Charles Berger y Richard Calabrese (1975). También llamada “teoría de la interacción inicial”, Proviene de la perspectiva socio-psicológico. Aborda el proceso básico de cómo adquirimos conocimiento acerca de otras personas.

Su objetivo es explicar cómo se utiliza la comunicación para reducir la incertidumbre entre extraños que establecen una primera interacción y en el desarrollo de su relación.

Según Berger las personas tienen la necesidad de explicar y de predecir lo que ocurre en sus primeros encuentros comunicativos. Y lo hace mediante dos subprocesos:

- **Predicción:** Es la capacidad de prever las opciones de comportamiento con más posibilidades de ser elegidas entre las opciones que dispone uno mismo o un compañero de relación.
- **Explicación:** Se refiere a los intentos de interpretar los significados de acciones pasadas en una relación.

La TRI utiliza como medio a la comunicación interpersonal, y ésta es un proceso que incluye etapas de desarrollo.

Según Berger éstas son:

- **Fase de entrada:** Es la etapa inicial de una interacción entre extraños. Gobernada por normas implícitas y explícitas.
- **Fase personal:** Los interactuantes comienzan a actuar más espontáneamente y a revelar más información de sí mismos.
- **Fase de salida:** Los individuos toman decisiones si desean seguir interactuando con ese compañero en el futuro.

c) Habilidades y competencias para la comunicación interpersonal.

Según Garza (2009) Bajo la perspectiva de las habilidades y competencias para la comunicación interpersonal se han desarrollado las teorías que investigan sobre el concepto de “competencias de comunicación interpersonal”, así como los estudios que tratan de identificar las competencias o habilidades que la persona debe de poseer para ser un efectivo o competente comunicador interpersonal (Redmond, 1995), el modelo relacional de competencias (Brian H. Spitzberg y William R. Cupach, p. 59).

d) Teoría del desarrollo de las relaciones

La aproximación teórica desde el desarrollo de las relaciones recorre varios enfoques antes mencionados, pero este conjunto de teorías se enfoca principalmente a la vida de una relación, desde su inicio hasta su disolución, estudiando los efectos que la comunicación tiene sobre el desarrollo de las relaciones y cómo el desarrollo de las relaciones afecta a la comunicación (Redmond, 1995).

e) Teoría de la adaptación interpersonal

La aproximación teórica de las teorías de la Adaptación interpersonal, se abocan a explicar porque cada uno de los individuos envueltos en una interacción social alteran sus conductas verbales y no verbales en respuesta de las acciones del otro (Berger, 2005).

f) La comunicación mediada por ordenador

La comunicación mediada por computadora (Computer - Mediated Communication – CMC) es un término amplio que se extiende con cada innovación tecnológica, la mayoría de las recientes investigaciones sobre la CMC han tratado de analizar los efectos sobre la comunicación mediada tecnológicamente en comparación con la comunicación cara-a-cara, otras se han concentrado en estudiar los efectos psicológicos potencialmente dañinos del empleo del Internet (Berger, 2005).

g) El enfoque dialéctico

Serrano (1982, citado por Garza s/f) Bajo el enfoque dialéctico, “La dialéctica es una lógica que se aplica al análisis de los sistemas finalizados que cambian a lo largo de la historia” (p. 59).

2.1.2.1.6. Habilidades de comunicación del personal médico.

Canovaca Vega (2010) las define como aquellas conductas e instrumentos técnicos utilizados por el médico en la entrevista, para la ejecución de tareas. Incluye principalmente técnicas de apoyo narrativo (contacto visual facial, facilitaciones, señalamientos); técnicas de información (ejemplificación, información por escrito, racionalización del tratamiento, complemento visual táctil); y técnicas de negociación (respuesta evaluativa, paréntesis, doble pacto, cesión intencional). (p. 24)

Así mismo, De La Rosa Legón (2010) sostiene que para lograr el éxito en la persuasión de los pacientes el equipo de salud debe tener conocimientos científicos sólidos y el profesional debe tener conciencia de su competencia comunicativa, lo que incluye la esfera afectiva motivacional (motivos, propósitos, expectativas y vivencias de ambos actores sociales), donde la subjetividad de los profesionales y los pacientes es un elemento esencial. Teniendo en cuenta esto, Alonso y Fuentes (2008) proponen que para lograr un buen clima comunicacional es necesario ofrecer un adecuado marco de confidencialidad, brindar tiempo y espacio, voz suave, pausada, mirada sincera, escucha activa, silencios terapéuticos y gestos reafirmantes del espacio.

Se logra así menor tensión y ansiedad, y mayor exposición de contenidos. En la búsqueda de las habilidades comunicativas que deben desarrollar los profesionales de la salud, aparentemente no existe una clasificación clara de las características deseables para un adecuado desempeño del médico en su práctica clínica. Sin embargo, Dubé (2000) describe las que consideran necesarias para el médico que labora en el primer nivel de atención médica.

a) Habilidades de comunicación básicas:

- Abrir y cerrar la entrevista. Iniciar con una pregunta abierta.
- Habilidad para obtener y cuestionar datos.
- Habilidad para organizar la entrevista.
- Responder a las emociones y otras habilidades de la relación.

b) Habilidades de comunicación intermedias:

- Manejo de la violencia.
- Negociación para cambios de conductas indeseables.

c) Habilidades de comunicación avanzadas:

- Habilidad para dar malas noticias.
- Historia espiritual del paciente.
- Decisiones avanzadas.
- Dilemas éticos.
- Confrontación del alcohólico con su diagnóstico.

2.1.2.2. Relación Médico - paciente.

2.1.2.2.1 Definición

Sánchez (2002), la consideran como una de las relaciones humanas más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico.

2.1.2.2.2. La comunicación con el paciente

Anzieu (1971, citado por Blásquez 2012) La comunicación puede definirse como el conjunto de los procesos físico y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o varias personas, con el objetivo de alcanzar determinados objetivos (p. 55). Este contexto exige de los profesionales de medicina y de enfermería lleven una comunicación óptima con el paciente que, por un lado, permita completar la información del historial del mismo y por otro favorezca una atención más eficiente.

Travaline, Ruchinskas y D'Alonzo, (2005, citado por Blásquez 2012), menciona que en la práctica médica es esencial la comunicación verbal y no verbal que se establece en el encuentro con el paciente (p. 56). Las palabras, por sí solas, quieren

decir cosas, pero la forma de emitirlas (gestos, miradas, tonos, contexto, posturas corporales, etc.), determina completamente el contenido del mensaje y, en consecuencia, la repercusión del mismo (Llacuna, 2000).

Por tal motivo, es importante tener en cuenta que la conducta no verbal se manifiesta a través de cinco dimensiones:

- 1) Kinestésias (gestos, movimientos corporales, etc.).
- 2) Paralenguaje (forma en que decimos las cosas: voz, silencios.).
- 3) Proxémia (uso del espacio social y personal).
- 4) Factores ambientales.
- 5) La percepción del uso del tiempo (puntualidad, momento de iniciar la conversación o los temas, etc.).

Así mismo Rodríguez (2004) establece ligeras variaciones: la cinésica (incluye también las expresiones faciales y la mirada o el movimiento de los ojos), la *proxémica*, el *paralenguaje*, el tacto y los factores físicos y ambientales (matizan el mensaje).

2.1.2.2.3 La comunicación interpersonal en la relación médico - paciente.

Según la OMS (1978) en la declaración de Alma – Ata declara que: La atención primaria debe estar orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

Blázquez (2012) menciona que en los últimos años se está produciendo un aumento de estudios sobre la comunicación de los profesionales de la salud hacia los pacientes. Así mismo considera que el nuevo perfil del paciente demanda mayor nivel formativo, mayor exigencia de información, mostrando mayor exigencia de los pacientes en la defensa de sus derechos. (p. 52).

Calderón (2007) manifiesta que la interacción que se lleva a cabo entre el médico y el paciente, constituye una de las variedades de relaciones humanas en la que deben cumplirse las mismas funciones de la comunicación para que sea exitosa y efectiva. Tiene la particularidad de ser el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. Siendo el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina (p.35).

2.1.2.2.4. La importancia de la comunicación médico – paciente en el proceso terapéutico.

Por su lado Sánchez (2002), la consideran como una de las relaciones humanas más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico.

El poeta y escritor Álvaro Mutis, refiere *“mientras que el médico no sea mi amigo, y no esté a mi lado, y no juegue conmigo el arduo y bastante dudoso juego de la vida, no hay relación posible, y estoy casi seguro de que no me podrá curar. En cambio, si se crea esa complicidad, yo comienzo a curarme, y creo que todos los pacientes comenzamos a curarnos”* (2015, p. 117).

Arzate, Ochoa y Alvarado (2012) manifiestan que la experiencia clínica muestra que el diagnóstico de cáncer, tratamiento y controles posteriores, suelen afectar en distinto grado la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente y su familia (tanto física como emocional y socialmente). El diagnóstico de cáncer es descrito por los pacientes, como un proceso largo, doloroso y muy difícil de vivir.

Al respecto de la salud mental Musselman y Porter (1995, citado por Arzate, Ochoa y Alvarado 2012) ante el diagnóstico de cáncer suele generarse una reacción de shock, incredulidad y ansiedad muy intensa en la que se involucran una serie de respuestas emocionales como sentimientos de profunda tristeza, una expectativa de vida con dolor, *disforia*, *anhedonia*, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, sensación de culpa,

dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones y pensamientos e ideación suicida.

Así mismo, es común observar que el paciente y/o la familia no entiende o no recuerda la información que el médico le proporciona durante la consulta. Esto puede deberse a distintas razones, que a continuación se enumeran:

- 1) El médico continúa empleando términos técnicos en sus explicaciones, lo cual dificulta la comprensión de la información.
- 2) El enfermo de cáncer, en general, y mayormente al principio del proceso de enfermedad, se encuentra bajo una situación de crisis en la cual humanamente, no es posible asimilar fácilmente la información y en muchas ocasiones esto no es tomado en cuenta.
- 3) Existe una carencia de componentes básicos de la comunicación como lo son: contacto visual, tono de voz adecuado, un saludo, guardar silencio, respeto y honestidad, escucha activa, establecimiento de una atmósfera de confianza y seguridad, etc.

Y si a esto, agregamos el tiempo tan limitado para la atención de cada paciente, la relación médico-paciente-familia puede verse seriamente afectada. Consecuencias como sensación de abandono y desamparo, pueden ser experimentadas por el paciente y la familia, quienes de principio creen se ha dictado una sentencia de muerte (p.41 y 42).

2.1.2.2.5. Modelos de comunicación médico – paciente

Al revisar la literatura, se plantean los siguientes modelos de relación médico-paciente. Sánchez (2002) y Ordóñez y Lacasta (2005), refieren cuatro modelos principales de relación médico-paciente, como los aceptados en la actualidad:

1) **Modelo Paternalista o Instrumental.** Es el clásico modelo de relación, en el cual se considera al enfermo como un ser frágil e inmaduro al que se debe guiar. El médico activamente selecciona la intervención que le permita cumplir con su objetivo, sin considerar en lo absoluto las preferencias del paciente, el médico toma la decisión terapéutica al objetivar los valores y decidir por el enfermo. El paciente no interviene.

2) **Modelo Informativo.** También llamado método científico, técnico o del “consumidor-usuario”. El experto (médico) informa sobre diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas, observa regularmente los valores del paciente, pero no decide por él.

3) **Modelo Interpretativo.** Se proporciona información, opciones y consecuencias. Se ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores, se recomienda el tratamiento en relación con éstos. Su papel es simplemente consultivo. El paciente decide en función de los valores interpretados.

4) **Modelo Deliberativo, Participativo o Colaborativo.** Se discuten y desarrollan valores con el paciente, se le ayuda a elegir entre determinados valores relacionados con la salud. Se emplea la persuasión moral pero no la manipulación. Se recomiendan tratamientos respetando los valores, y se coadyuva al paciente en la selección adecuada del plan médico a seguir. La decisión la toma el paciente, con base en la información recibida. El médico y el enfermo dilucidan, pero el paciente decide, desarrolla e identifica a través de una discusión en colaboración con su médico, las mejores alternativas para él.

Según Sánchez (2007), refiere que los elementos que facilitan al médico una buena relación médico-paciente son: conocimientos médicos sólidos, autoconfianza fundada en la competencia, control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad, lo que actualmente se ha descrito como “Medicina Asertiva”.

Ordoñez y Lacasta (2005), sugieren el modelo deliberativo (participativo o colaborativo) como el más adecuado. El tipo de relación que se establezca es un proceso que determinan el médico, el paciente y la familia. No todos los pacientes

optan por el mismo modelo, o en algún momento pueden desear un cambio según las circunstancias en la evolución de la enfermedad. En esos casos, el profesional de la salud tiene que adaptarse a los requerimientos del paciente. Así también lo menciona Ramiro (2006) el médico debe tener la capacidad y responsabilidad de adoptar un estilo para cada tipo de paciente en particular. Pues ocurren factores psicológicos, familiares, sociales y ambientales diferentes, que requieren de una relación médico-paciente-familia individualizada.

Por consiguiente, la relación con el paciente debe basarse en la confianza, respeto, conocimiento mutuo y reconocimiento de las ventajas, que para ambos supone trabajar de forma colaborativa, pues esto permitirá dar un diagnóstico y tratamiento precisos.

Así mismo, Epstein, Campbell, Cohen-Cole, McWhinney y Smilkstein (1993, citado por Hernández, 2006) plantean 4 modelos de comunicación:

1) **Modelo de las tres funciones del médico:** que consiste en recolectar información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.

2) **El modelo clínico centrado en el paciente:** el cual presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez más a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar “conflictivos”, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral.

3) **El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente:** desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

4) **El modelo del autoconocimiento del médico:** el cual parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, sin embargo, el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino servir de medio para ser más acorde con la experiencia del paciente. Como podrá observarse, en todos los modelos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes.

2.1.2.2.6 El rol del médico

De esta manera, el rol del médico determinado por Sánchez (2002), y Donovan (2000), es el de ser y estar disponible y preparado (en la curación o paliación y cuidado afectivo) como:

- Persona preparada en su campo de acción, que conozca los síntomas físicos, costumbres y perspectivas acerca de la salud.
- Persona con sentido común basado en la evidencia científica y experiencia clínica.

- Persona preparada para dar información al paciente a cualquier grado en que él desee ser informado (diagnóstico, pasos a seguir, tratamiento, pronóstico, riesgos, alternativas terapéuticas y precauciones). Fuente de información honesta, útil, clara, sencilla, actualizada y comprensible.
- Apoyo para evaluar la calidad de la información, para distinguir entre información correcta e incorrecta.
- Persona accesible, ya sea telefónicamente o vía e-mail.
- Fuente de apoyo y ánimo continuos, dejando saber que el dolor, la ira, la preocupación, el estrés y la desesperación son normales, y pueden expresarse con confianza en su presencia.
- Persona que escuchará, comprenderá lo que están tratando de explicarle, estimulará preguntas y alentará una esperanza genuina de que aún se puede tener una vida plena y valiosa.
- Persona capaz de explorar alternativas con el paciente en una atmósfera de seguridad y confianza mutua. Persona comprometida para tratar al paciente desde el principio hasta el fin, aun cuando la cura no sea probable.
- Persona comprometida e interesada en conocer el problema del paciente, el significado que da a la enfermedad, lo que el paciente sabe, averiguar si el paciente o la familia tienen conceptos erróneos acerca de la enfermedad o situación.
- Persona a quien su competencia profesional puede ser desafiada. Persona que no tiene todas las respuestas.
- Persona sensible a las necesidades particulares de cada paciente o situación.

2.1.2.3. Comunicación Verbal

Ileana María Petra Micu (2012), manifiesta que: “La comunicación verbal es un intercambio de ideas e información. Diariamente compartimos nuestros pensamientos, preguntamos y respondemos cuestiones. El preguntar es una habilidad fundamental en la salud. El uso del lenguaje, tanto de terminología médica como el lenguaje del diario, sirve para ofrecer una información clara de los deseos, necesidades, percepciones, conocimientos y estados afectivos. Las características de una buena comunicación son: la precisión, la eficiencia y el apoyo. Su uso depende de contar con bases teóricas y prácticas del idioma y aprender a aplicarlas a nivel de la clínica con los pacientes, familiares, colaboradores, pares y la sociedad.”

En la comunicación interpersonal transmitimos nuestro mensaje a través de la palabra oral o escrita, sin embargo, en cualquier caso, estas deben seguir pautas de manera ordenada para ser un mensaje transmitido con claridad y calidad.

Meneses Roger (2011), manifiesta que: “La lengua es el ordenamiento mental de los planteamientos verbales convencionales que permite la interacción con otros, por medio de los mensajes. Las estructuras lingüísticas, en esta etapa del proceso comunicativo mantienen un patrón general sistemático.

El habla es la parte psicofísica del proceso comunicativo. Es la parte concreta, tangible mediante algunos de los sentidos de los intervinientes en el proceso comunicativo. Es la forma de expresión de cada individuo.”

Se debe tener una buena estructura básica que facilite la comprensión del receptor tratando los temas de forma ordenada y relacionando las ideas. Es necesario respetar una lógica que despierte el interés durante la comunicación interpersonal.

2.1.2.4. La Comunicación verbal clara

Cinabal y María del Carmen Arce (1991), manifiesta que: “Las personas que desean obtener la información que necesitan de otros, tiene que comunicarse con claridad. Como seres humanos, sin comunicación no podríamos sobrevivir.

Para tener la capacidad de dar información a los otros, tenemos que tener las ideas claras, a fin de poder comunicarlas con claridad. Necesitamos lograr que los otros sepan qué está sucediendo dentro de nosotros, es decir:

- Lo que hemos aprendido o lo que queremos saber.
- Lo que esperamos de otros.
- Cómo interpretamos lo que otros hacen.
- Cuál es la conducta que nos agrada y la que nos desagrada.
- Cuáles son nuestras intenciones.
- Cuál es la imagen que los otros nos dan de nosotros mismos.”

Nosotros como seres humanos, en nuestra relación interpersonal diaria, necesitamos saber qué es lo que piensan los demás y lo que sienten para poder tener las ideas claras llegando a una comunicación exitosa.

2.1.2.5 La coherencia

López (2017), manifiesta que: “La coherencia en la comunicación es un factor decisivo. Muchos mensajes pierden su eficacia, no resultan creíbles o confunden a los oyentes porque la manera en que transmitimos, los movimientos corporales o el tono de voz no son los correctos. Si no existe una coherencia entre lo que decimos,

la posición y uso del cuerpo en el momento de decirlo y nuestro tono de voz, el mensaje llegará de una forma confusa y distorsionada.”

La coherencia es una característica fundamental para todos nosotros como personas que estamos en constante comunicación. Lo más importante de todo lo que transmitimos, es que sea convincente, a la vez esto se traduce en claridad, y por consiguiente, si es claro es porque es coherente.

María del Carmen Gonzales (1997) manifiesta que: “Las ideas que expresamos oralmente deben tener una secuencia lógica, es indispensable interrelacionarlas y conectarlas debidamente. No se puede abordar un tema mientras que el anterior no se haya concluido y exteriorizado con claridad. Los comentarios fuera de tema distraen y hacen perder la coherencia.” (p. 197).

Nosotros como personas hablamos de manera coherente, en la medida que vamos desarrollando las expresiones de nuestras ideas y esta a su vez se conecta en cadena a través de un medio conductor lógico.

2.1.2.6 Vocabulario

“Es el conjunto de palabras de una lengua que una persona conoce o emplea” (Real Academia Española, 2001).

Podemos manifestar que es la selección o repertorio de palabras que expresan de manera adecuada el contenido de nuestro mensaje, considerando el grado social psicológico y cultural, que los receptores posean.

Es muy importante que, al hablar, debe utilizarse un léxico que el receptor pueda entender. Si el vocabulario es muy deficiente, está limitado y no deja llevar bien la claridad del mensaje. Cuando hay un bajo nivel de vocabulario se puede notar que la persona se siente insegura al hablar, repite mucho las palabras, y causa que digan otra cosa que en realidad no es lo que querían expresar.

Según Konstant (2007), manifiesta que: “Existen tres niveles diferentes de vocabulario conocidos: El vocabulario hablado (generalmente es el más limitado de los tres), el vocabulario escrito y el vocabulario reconocido (el más extenso de los tres). La mayoría de las personas usan entre 2000 y 12000 palabras en su lenguaje oral. El vocabulario escrito es más grande que el hablado porque tenemos más tiempo para pensar lo que queremos decir y podemos repasar lo que hemos escrito y corregir el texto hasta sentirnos satisfechos con él [...] Sin duda el vocabulario más extenso a nuestra disposición es el vocabulario reconocido. Está formado por las palabras que reconocemos dentro de un contexto pero que no usamos comúnmente.” (p. 51-52).

No hablamos y escribimos igual. Hay un registro oral y otro escrito y, dentro de cada uno de ellos, el registro que adoptamos es diferente para dirigirnos a familiares, amigos, personas mayores o niños, personas a quienes debemos respeto o les reconocemos superioridad, teniendo en cuenta que el vocabulario empleado en la comunicación se produce dentro de un contexto, y la diversidad de situaciones obliga al emisor a adaptarse a ellas: El éxito de la comunicación dependerá mucho de del nivel de comprensión y expresión que tengamos.

2.1.2.7 Comunicación no verbal

Santos, C.C.V. y Shiratori, K. (2008) refiere que: “La comunicación no verbal entiende las expresiones emitidas por las actitudes corporales, que no se puede transmitir con palabras. Esta forma de comunicación es, en la mayoría de las veces, emitida por el cuerpo sin que nosotros seamos conscientes de eso que estamos emitiendo.

La forma de comunicación no verbal gana importancia porque puede confirmar o negar el mensaje transmitido a través de la expresión verbal y también por el hecho de estar siempre presente, esté la comunicación verbal siendo emitida o no.”

La comunicación no verbal es la manera más improvisada que tenemos los seres humanos para mostrar nuestro estado de ánimo, lo hacemos de manera

inconsciente. Cada gesto, movimiento corporal y manejo adecuado de espacio complementa a todo lo que decimos con palabras.

Flora Davis (2010) manifiesta que: “En el proceso comunicacional la entrada de información visual es preponderante con respecto a la auditiva, de manera que la discrepancia entre conducta no verbal y verbal es de 5 a 1 a favor de la primera, es decir, que en cada comunicación que hacemos a un paciente tiene cinco veces más importancia lo que le transmitimos corporalmente que lo que le transmitimos verbalmente.”

El lenguaje corporal, las posturas e incluso los gestos faciales son claves para lograr una comunicación eficaz, no tan solo en el día a día si no también durante la comunicación entre médico y paciente.

María del Carmen Vidal y Benito (2010), manifiesta que: “La comunicación no verbal cumple diversas funciones en el proceso de intercambio de información.

La postura y actitud corporal, la gestualidad facial, la motilidad, las exclamaciones, la risa, el llanto expresan los sentimientos y las emociones.

No se necesita la palabra para que el interlocutor comprenda lo que le está ocurriendo al otro.

La comunicación no verbal puede acompañar a las expresiones verbales acentuándolas y reafirmando o bien puede ser discordante con ellas.

Un discurso sobre temas trágicos puede asociarse a inexpresividad facial o a gestos no correspondientes como sonrisas o risas.

Estas expresiones funcionan por lo tanto aportando validez o invalidando los mensajes verbales lo que a su vez influye en la regulación de la interacción.

El lenguaje no verbal se relaciona con el papel que un individuo juega en el grupo social en el que está inserto, y también con la posición que ocupa.”

Las Miradas, gestos o posturas corporales pueden transmitir más que muchas palabras, generar impacto o provocar diversas reacciones durante la interacción de dos o más personas, en este caso entre el médico y su paciente y lograr una sincronización entre ambos.

2.1.2.8 Los gestos

María Valls Arnau (2014) manifiesta que: “Los gestos son formas de comunicación no verbal que se producen por el movimiento de las articulaciones, músculos de los brazos, manos o partes de la cabeza, tales como labios, ojos, lengua o fosas nasales.”

En tiempos donde la comunicación es la base de la sociedad, controlar nuestra gesticulación es clave para conseguir éxitos, esto ayuda a saber en qué momento dejarlos fluir o saber transmitirlo en situaciones adecuadas.

Vidal y Benito, María del Carmen (2010) menciona que: “En algunos grupos sociales la gesticulación es de mal gusto, mientras que, en otros, por el contrario, lo es el ser impasible. Pero si bien es cierto que los grupos humanos varían en su gestualidad, existen gestos con significado universal tales como levantar el brazo con el puño cerrado como representación de amenaza, darse la mano como saludo pacífico, colocar el dedo índice perpendicular a los labios cerrados significando silencio, etc.

También existen variaciones propias de cada individuo. La tarea del médico consiste en detectar las variaciones de lo esperable según las circunstancias, teniendo en cuenta los hábitos y estilos propios de los grupos de pertenencia.”

Para una comunicación efectiva entre el médico y su paciente, es esencial hacer uso de gestos y movimientos universales tales como el saludo inicial para lograr una confianza y emplear el uso del dedo índice para captar la atención del paciente.

Ekman y Friesen (1969), menciona que: “Los humanos realizamos cinco tipos de gestos diferentes:

1.- Gestos emblemáticos

Tienen una traducción verbal concreta sin necesidad de usar palabras, y son perfectamente comprendidos sin más explicación. Uno de los más populares y universales es la típica señal con el puño cerrado y el pulgar hacia arriba, para indicar que todo va bien. Otros gestos emblemáticos tienen un alcance más limitado en función de la cultura, como llevar la mano a la sien para saludar o colocarla en el pecho como expresión de respeto al oír el himno nacional.

2.- Gestos ilustradores

Son los que acompañan el discurso, forman parte de este y lo enriquecen. Se emplean para representar visualmente lo que se dice. Están estrechamente asociados a la credibilidad. Se disparan de forma automática, unas milésimas de segundo antes que las palabras a las que van vinculados. Forman parte de nuestra personalidad, por lo que debemos tener mucho cuidado a la hora de cambiarlos intencionadamente, para no resultar artificiales.

3.- Gestos reguladores

Son los que utilizamos para facilitar el flujo de la comunicación y para interactuar con los demás. Con ellos indicamos, por ejemplo, que hemos terminado de hablar o que esperamos una respuesta. Ofrecer la mano para saludar, o levantarla para “frenar” a nuestro interlocutor, son gestos ilustradores frecuentes.

4.- Gestos adaptadores

Son aquellos movimientos que realizamos tocando nuestro propio cuerpo o manipulando algún objeto, como ajustarnos los puños de la camisa o llevarnos la mano a la boca. Están vinculados fundamentalmente al manejo de las emociones. Se incrementan con la tensión y el estrés -como los típicos tics nerviosos-. También nos sirven para controlar o disimular nuestro estado emocional, o para ayudarnos en la concentración.

5.- Gestos manifestadores de afecto

También están vinculados a las emociones, pero se diferencian de los adaptadores por su papel en la socialización: nos sirven para comunicar a los demás nuestros sentimientos. Se aprecian fácilmente por las expresiones faciales que los acompañan, y por los movimientos de las extremidades superiores y la postura corporal de acercamiento.”

En los médicos es importante tomar en cuenta todos estos tipos de gestos, ya que, durante la consulta todos los gestos que realice de manera voluntaria o involuntaria, va a formar un concepto que será buena o mala para el paciente al interpretar el mensaje.

2.1.2.9 La expresión corporal

Motos, Mateu, López, Sánchez, Grasso (2006), sostienen que: “La expresividad corporal se materializa cotidianamente a través de una gran cantidad de gestos involuntarios, naturales, expresando a menudo nuestros sentimientos más íntimos mediante gestos instintivos. Cuando observando estos gestos incontrolables, tomamos conciencia del efecto que producen sobre los demás y empezamos a utilizarlos deliberadamente para obtener las reacciones esperadas, los vamos precisando y acabamos por utilizarlos sin apercibirnos de ello. Los movimientos corporales.” (p. 92).

Ser expresivo es transmitir información sin hacer uso de la palabra. Son muchos los movimientos que el hombre utiliza para comunicarse, mezclando la postura, expresiones faciales, miradas que transmiten o quieren decir en conjunto algo. La posición corporal indica el estado emotivo de cada persona y nos hace saber si está segura de sí misma o no.

2.1.2.9.1 Tipos de movimientos corporales

- **La postura**

Blández (2003) manifiesta que: “Entendidas de forma global, envían mensajes, que en la mayoría de las ocasiones están cargados de un componente afectivo o emocional. Es a través de ellas como se establecen relaciones de empatía. Las actitudes posturales, junto con los gestos forman parte del lenguaje de nuestro cuerpo”. (p. 152).

En el caso de los médicos hacia sus pacientes es importante considerar que se debe mantener una postura recta, el cual demuestra que están prestando atención al paciente.

- **Expresiones faciales y miradas**

Según Ekman Paul (2014), menciona que: “La mirada expresa emociones y ha detectado la participación de la mirada en la configuración de seis emociones básicas: la sorpresa, el miedo, el enfado, la rabia, la felicidad y la tristeza.”

Durante el proceso terapéutico, mostrar por parte del médico una mirada a los ojos se traduce sinceridad y confianza hacia los pacientes.

Blández (2003), sostiene que: “La mirada y el rostro son los principales protagonistas de nuestra forma de expresarnos y comunicarnos.

La mirada es el medio más eficaz que tenemos para comunicarnos corporalmente. Tiene un alto poder comunicativo. [...]. [...]. La expresión del rostro ocupa un segundo lugar en importancia, en nuestro lenguaje corporal. La cara es la encargada de informarnos sobre las emociones y las actitudes del as personas.” (p.150-151).

Los gestos en nuestro rostro indican afecto, pasión o emotividad. El rostro al hablar realiza expresiones inconscientes y con ellos se registran los momentos emotivos de tristeza, alegría, miedo, etc.

- **Movimientos de manos**

Lora Sevastían (2012), sostiene que: “Gesticular implica el movimiento del rostro, de las manos o de otras partes del cuerpo con las que se expresan diversos afectos del ánimo. Junto con la cara, las manos son la parte del cuerpo que más significado (o afectos del ánimo) añade a nuestras conversaciones. Con las manos marcamos tamaños, indicamos direcciones, mostramos nuestras emociones y hacemos toda una serie de mímicas que, inconscientemente, enriquecen aquello que decimos con las palabras. Un golpe de puño sobre la mesa expresando furia; el pulgar hacia arriba indicando aprobación (al menos en ciertos países occidentales); las palmas de las manos abiertas (junto con la cara de póker) en señal de incredulidad. Y entre gesto y gesto, las manos se mueven al ritmo de nuestra voz, como si bailaran, para aportar mayor fuerza a lo que estamos intentando transmitir.”

Si bien es cierto la comunicación tiene que ser fluida, pues esta a su vez, tiene que mantener una coordinación entre lo que dices, cómo te mueves y cómo haces uso de los movimientos de las manos para lograr así exteriorizar los sentimientos que se deseamos transmitir.

2.1.2.10 La Proxemia

Karla RM Coulombier Vado (2015), manifiesta que: “Esta disciplina estudia el espacio y la distancia que guardan las personas al comunicarse verbalmente. Esta distancia depende de varios factores, como la personalidad, la edad, la cultura.”

La proxemia permite crear entre el médico y paciente un marco de interacción acorde a una distancia física.

Edward Hall (1986) manifiesta que: “La territorialidad del ser humano es la prolongación del cuerpo, marcado por signos táctiles, visuales, vocales y Olfativos.

Al estudiar la interrelación entre tales espacios, se mencionan las distancias, clasificadas en cuatro tipos. La distancia íntima, en la cual la presencia del otro puede significar invasión, pues, en general elegimos quién podrá introducirse en nuestro espacio personal a esa distancia. La visión, el olfato, la temperatura del cuerpo del otro, el ritmo de la respiración, el olor y el hálito son señales inevitables de sentirlos. La distancia personal, trata del límite del alcance físico con relación a los otros. En ella, los trazos del otro surgen con claridad y es a esa distancia que discutimos los asuntos personales. La distancia social, donde los pormenores más sutiles del rostro no se distinguen, pero la textura de la piel continúa a percibirse. Y la distancia pública, situada fuera del círculo inmediato de referencia del individuo.”

Es importante conocer los “límites” a los que podemos llegar al acercarnos, nos ayudará a ser más asertivos a la hora de comunicarnos. En algunas situaciones, cuidando de no invadir el espacio de una persona que está alterada, o acercándonos un poco más a alguien que necesite nuestro apoyo.

2.1.2.11 La comunicación paraverbal

Acuña Nathaly (2005), manifiesta que los elementos paraverbales del lenguaje oral son la entonación, las pausas, los énfasis; es decir, aquellos recursos que nos permiten decir algo en tono de pregunta, de exclamación o de afirmación; en un tono irónico o no convencional; expresar un silencio o interrupción, indicar el cambio de turno de los interlocutores, etc.

Es importante el contenido y relación que tienen cada mensaje que se menciona porque ayudará a armar y formar el concepto de lo que deseamos transmitir.

2.1.2.12 La vocalización

Mauricio Pilleux (1977) manifiesta que: “La vocalización se define como sonidos que no tienen la estructura de la lengua pero que tiene valor comunicativo, estas se subdividen en:

- Los caracterizantes vocales como la risa controlada y abierta, llanto sollozo, bostezo, lamento, eructo, aclararse la garganta, etc.
- Los agregados vocales, que abarcan el complejo de sonidos que, más que modular las emisiones fonéticas, la acompaña. Tales segregados vocales pueden variar de una lengua a otra.
- Los cualificadores vocales, que pueden ser de intensidad, tono de la voz, extensión del discurso.”

Todas estas características son importantes durante la consulta médica, porque los ayuda a captar la atención de sus pacientes logrando que se interese aún más por solucionar su problema de salud.

Sebastián Lora (2013), manifiesta que: “Hay dos contextos en los que una adecuada vocalización cobra especial importancia:

- Ponente local (hablando en su propio idioma), público extranjero.
- Ponente extranjero (hablando en idioma extranjero), público local.”

Es importante manejar una buena vocalización, sobre todo cuando es adaptada a un contexto social, ya que esta será de fácil comprensión para el receptor, mejorando a través de una buena puesta en práctica de técnicas y recomendaciones que nos permiten tener una buena vocalización.

2.1.2.13 La modulación

Gonzales (1997) afirma que: Una vez que hemos logrado una buena dicción, necesitamos dominar nuestra voz, moldearla, timbrarla, hacer que responda efectivamente al estado de ánimo o al sentido de las ideas que estamos expresando. [...] La intensidad de la voz es también parte de la modulación, debemos reconocer y emitir varios volúmenes y velocidades, bajo, medio, alto o fuerte, grave, agudo, lento, apresurado.” (p. 201).

La modulación de la voz es un factor determinante en la comunicación interpersonal, siempre y cuando sepamos como usarlo, en qué momento subir y bajar la intensidad. En el caso de los médicos con sus pacientes deberán utilizar una modulación de voz baja y pausada que muestre tranquilidad y confidencialidad hacia los pacientes.

2.1.2.14 Ritmo y silencio

“Es la velocidad a la que hablamos en función de la idea, con la que decimos cada concepto en forma individual. [...] En la expresión oral la velocidad es según el estado de ánimo, la intención que se requiere dar a las palabras”. (Botello, 2007, p.119).

Durante la consulta entre médico y paciente es importante utilizar un ritmo de voz lento pero fluido, que ayude a que el paciente logre un mayor alcance de entendimiento. Recordemos que no todas las personas con las que nos comunicamos tienen la habilidad y facilidad de captar y comprender rápido.

“El uso del silencio o de la pausa es una de las principales armas que tiene todo orador en su arsenal para el dominio del ritmo en la comunicación oral (Urcola, 2003, p. 65).

El ritmo y el silencio permite que los pacientes puedan distinguir qué partes de tus mensajes son más importantes para ellos y permitirles procesar el concepto de manera clara y rápida.

2.1.3 Definición de términos básicos

2.1.3.1 Comunicación

El término comunicación procede del latín *communicare* que significa “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”. La comunicación es la acción de comunicar o comunicarse, se entiende como el proceso por el que se trasmite y recibe una información. Todo ser humano y animal tiene la capacidad de comunicarse con los demás.

Para que un proceso de comunicación se lleve a cabo, es indispensable la presencia de seis elementos: que exista un emisor; es decir, alguien que transmita la información; un receptor, alguien a quien vaya dirigida la información y que la reciba; un contacto por medio de un canal de comunicación, que puede ser muy variado: el aire por el que circulan las ondas sonoras, el papel que sirve de soporte a la comunicación escrita, la voz, etc. Así mismo, que exista una información o mensaje a transmitir; un código o sistema de signos común al receptor y al emisor, donde el mensaje va cifrado, los signos pueden ser no lingüísticos (símbolos, señales e iconos) y lingüísticos (escrituras, sonidos, concepto asociado, sentido, etc.); y por último, que el mensaje tenga un referente o realidad, al cual alude mediante el código.

2.1.3.2 Comunicación interpersonal

Se da entre dos personas que están físicamente próximas. Cada una de las personas produce mensajes. Es una relación de intercambio por medio de la cual dos o más personas comparten su percepción de la realidad.

2.1.3.3 Distrito de El Agustino

El Agustino es un distrito de la provincia de Lima, ubicada en el departamento homónimo, en el Perú. Limita con el distrito de San Juan de Lurigancho por el norte; con Ate y Santa Anita por el este; con La Victoria y San Luis por el sur; y con el Cercado de Lima por el oeste.

2.1.3.4 Hospital “Hipólito Unanue”

El Hospital “Hipólito Unanue” es aquel nosocomio reconocido como Institución pública de salud, de carácter estatal, ubicado en la Av. César Vallejo 1390 en el distrito de El Agustino; y que cuenta con los Servicios de Gastroenterología, Cardiología, Nefrología, Enfermedades infecciosas y tropicales, Dermatología, Endocrinología, Hemodiálisis, neurología, Geriátrica, Reumatología, Oncología, Hematología, Cirugía Pediátrica y Cirugía general y Digestiva.

2.1.3.5 Pacientes oncológicos

Se conoce como oncología a la especialidad médica que se especializa en el análisis y el tratamiento de tumores tanto benignos como malignos. El concepto posee su origen en la lengua griega y está compuesto por los vocablos *onkos* (traducido como “masa”, “tumor”) y la palabra griega *logos* (en español, “estudio”). La oncología, por lo tanto, se encarga de detectar, combatir y controlar el cáncer. En el caso del tratamiento, contempla la posibilidad de someter al paciente a una cirugía y a terapias no quirúrgicas, como lo son la quimioterapia y la radioterapia.

Por otra parte, la oncología se ocupa de ofrecer cuidados paliativos a quienes padecen enfermedades terminales, indaga sobre las cuestiones éticas asociadas a la atención de los individuos con cáncer y aborda los exámenes genéticos focalizados en la detección de tumores.

Por lo tanto, el paciente oncológico es aquella persona aquejada con algún tipo de enfermedad relacionada con el cáncer.

2.1.3.6 Satisfacción

Satisfacción, del latín *satisfactio*, es la acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. Este verbo refiere a pagar lo que se debe, saciar un apetito, sosegar las pasiones del ánimo, cumplir con ciertas exigencias, premiar un mérito o deshacer un agravio.

La satisfacción, por lo tanto, puede ser la acción o razón con que se responde a una queja o razón contraria.

2.1.3.8 Trato médico-paciente

Es la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad (aguda o crónica). Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Esta relación puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

CAPÍTULO III: Hipótesis y variables de la Investigación

3.1. Variable de la Investigación

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE”.

3.2. Operacionalización de variables

La Operacionalización de la variable de estudio, se encuentra detallado en el cuadro de la página siguiente.

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	CATEGORÍAS	INDICADORES
LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO- PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	Comunicación Verbal	- Claridad - Coherencia - Vocabulario
	Comunicación no verbal	- Gestos - Expresión corporal. - Proxemia
	Comunicación paraverbal	- Vocalización - Modulación - Uso de ritmos y silencio

Fuente: datos tomados desde la matriz de consistencia

CAPÍTULO IV:

Marco Metodológico de la Investigación

4.1. Metodología de Investigación

4.1.1 Hipótesis

4.1.1.1 Hipótesis General

H₀: La comunicación interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es de nivel bajo.

H₁: La comunicación interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es de nivel medio.

H₂: La comunicación interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es de nivel alto.

4.1.1.2 Hipótesis Secundarios

4.1.1.2.1 Sub-Hipótesis 1

H₀: el nivel de comunicación verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es bajo.

H₁: el nivel de comunicación verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es medio.

H₂: el nivel de comunicación verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es alto.

4.1.1.2.2 Sub-Hipótesis 2

H₀: el nivel de comunicación no verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es bajo.

H₁: el nivel de comunicación no verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es medio.

H₂: el nivel de comunicación no verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es alto.

4.1.1.2.3 Sub-Hipótesis 3

H₀: el nivel de comunicación paraverbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es bajo.

H₁: el nivel de comunicación paraverbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es medio.

H₂: el nivel de comunicación paraverbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es alto.

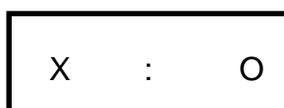
4.1.2. Tipo y Nivel de Investigación

Es una investigación de tipo básica en el nivel descriptivo dado que se basa en la identificación, clasificación y análisis científico desde el punto de vista de las Ciencias de la Comunicación del caso de la comunicación interpersonal del trato de médico-paciente oncológico en un Hospital de carácter estatal.

4.1.3. Método y diseño de Investigación

En la presente investigación, se utilizará el Método inductivo, realizando el análisis de cada categoría e indicadores de la comunicación interpersonal del referido Hospital, hasta arribar a conclusiones generales al finalizar dicho análisis.

Siendo la presente investigación de tipo básica en el nivel descriptivo, le corresponde el siguiente diseño:



Dónde:

X : Muestra de la investigación.

O : Aplicación del Formulario de Cuestionario en escala de valoración.

4.1.4. Población y Muestra

4.1.4.1 Población

La población del presente trabajo estuvo constituida por los usuarios del Centro Oncológico del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo de enero – marzo de 2017, que asciende a la suma de 300 pacientes.

4.1.4.2 Muestra

De la población total de 300 pacientes del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino, **la muestra determinada es de 100**, la cual fue establecido a través de una muestra al azar o aleatoria, utilizando como criterio la llegada de los pacientes a los consultorios en un lapso de una semana.

4.1.4.2.1 Criterios de selección

a) Criterios de Inclusión

- ✓ De sexo femenino y masculino.
- ✓ Mayores de 30 años de edad y menores de 50 años de edad.

b) Criterios de Exclusión

- ✓ Los que no oscilen entre el rango de 30 a 50 años de edad.
- ✓ Se eliminarán todos aquellos cuestionarios que no estén completos.
- ✓ Cuestionario que tenga más de una opción marcada por ítem.

4.1.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Encuesta en su forma: Escrita (Cuestionario) para los datos recopilados en los Formularios de Cuestionario en escala de valoración.

- Cuestionario en escala de valoración del 1 al 5.

CAPÍTULO V:
Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

Los resultados obtenidos producto de la aplicación del instrumento de investigación tipo Formulario de preguntas de la técnica del cuestionario en escala de valores de resultados del 1 al 5.

VARIABLE DESCRIPTIVA:
LAS COMUNICACIÓN
INTERPERSONAL EN EL TRATO
MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS

Tabla 2

Resultados del Cuestionario. Categoría 1.

PRIMERA CATEGORÍA: COMUNICACIÓN VERBAL			
PREGUNTAS	SÍ	NO	CONCLUSIÓN
1.- ¿El médico que lo atendió se expresó con claridad durante la consulta?	17%	83%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no se expresan con claridad durante la consulta.
2.- ¿El lenguaje empleado por el médico que lo atendió fue adecuado para su entendimiento?	33%	67%	Los pacientes consideran en su mayoría que el lenguaje empleado por los médicos que son atendidos no es adecuado para su entendimiento.
3.- ¿El médico que lo atendió adaptó su mensaje a una manera fácil de entender?	16%	84%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no adaptaban su mensaje a una manera fácil para poder entenderlos.
4.- ¿El vocabulario empleado por el médico le fue sencillo y fácil de entender?	44%	56%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no emplearon un vocabulario sencillo ni fácil de entender.
5.- ¿El médico que lo atendió se mantuvo sin dificultades para hablar?	81	19%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos se mantuvieron sin dificultades para hablar.
TOTAL	1	4	Los pacientes consideran en su mayoría que el nivel de comunicación verbal empleado por el médico asistencial es de Nivel Bajo

Tabla 3

Resultados del Cuestionario. Categoría 2

SEGUNDA CATEGORÍA: COMUNICACIÓN NO VERBAL			
PREGUNTAS	SÍ	NO	CONCLUSIÓN
6.- ¿Durante la consulta el médico le observa atentamente al hablar y escuchar?	39%	61%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no les observan atentamente al hablar y escuchar.
7.- ¿El médico por el cual fue atendido realizaba expresiones corporales durante su consulta?	47%	53%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no realizan expresiones corporales durante su consulta.
8.- ¿Sintió que el médico fue afectivo con UD. durante la consulta?	12%	88%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no muestran ser afectivos.
9.- ¿El médico por el que fue atendido realizaba gestos durante su conversación en la consulta?	56%	44%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos realizan gestos durante la conversación en la consulta.
10.- ¿Durante la consulta, la distancia física que tuvo con el doctor fue adecuada para poder prestarle mejor atención?	65%	35%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos mantienen una distancia adecuada para poder prestarle mejor atención.
TOTAL	2	3	Los pacientes consideran en su mayoría que el nivel de comunicación no verbal empleado por el médico asistencial es de Nivel Bajo

Tabla 4

Resultados del Cuestionario. Categoría 3

TERCERA CATEGORÍA:			
COMUNICACIÓN PARAVERBAL			
PREGUNTAS	SÍ	NO	CONCLUSIÓN
11.- ¿El médico vocalizó las palabras correctamente?	32%	68%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no vocalizan las palabras correctamente.
12.- ¿El médico mantuvo fluidez durante su conversación?	34%	66%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no mantienen fluidez durante su conversación.
13.- ¿El médico aplicó una adecuada dicción durante la explicación de su mensaje?	17%	83%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no aplican una adecuada dicción en la explicación de su mensaje.
14.- ¿El tono de voz empleado por del médico fue adecuado durante la conversación?	59%	41%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por la que son atendidos emplean el tono de voz adecuado durante la conversación.
15.- ¿El médico aplicó un ritmo y silencio adecuado durante su conversación?	29%	71%	Los pacientes consideran en su mayoría que los médicos por los que son atendidos no aplicaban un ritmo y silencio adecuado durante su conversación.
TOTAL	1	4	Los pacientes consideran en su mayoría que el nivel de comunicación paraverbal empleado por el médico asistencial es de Nivel Bajo

Tabla 5

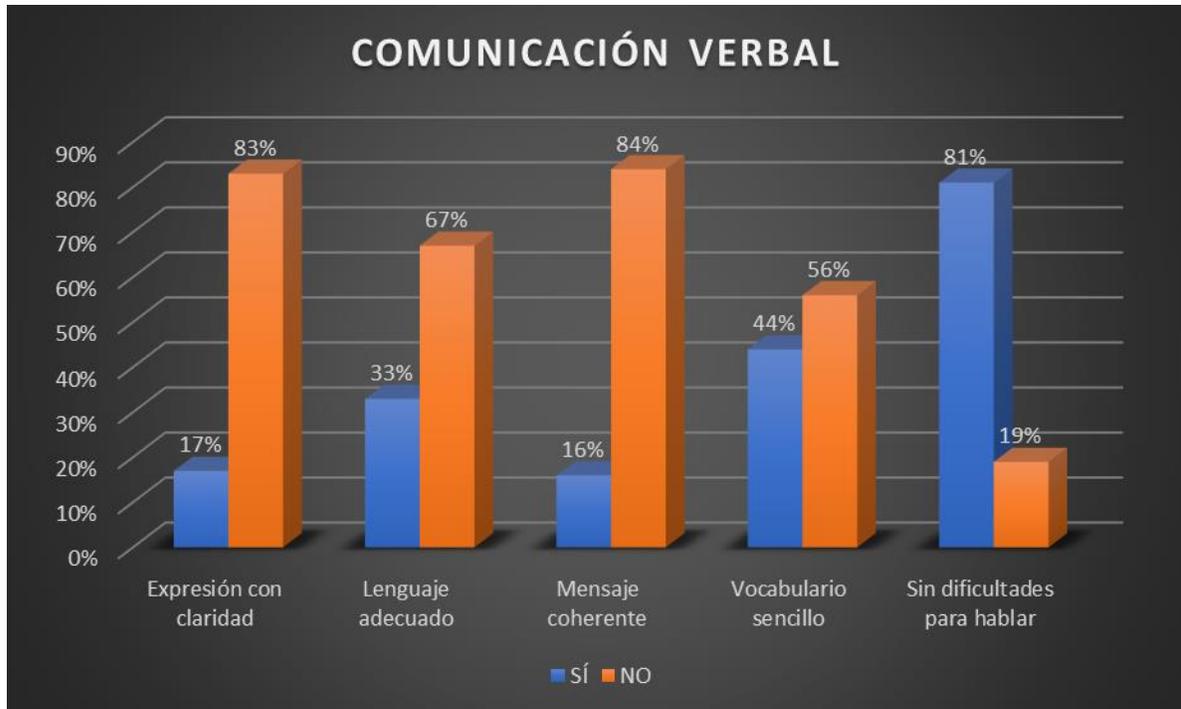
Rango de resultados.

RANGO DE RESULTADOS	
"Sí" de 1 a 2	Nivel bajo
"Sí" de 3 a 4	Nivel medio
"Sí" 5	Nivel alto

El rango de resultados de la encuesta en la escala de valoración es de la siguiente manera:

Tabla 6

Resultados en tabla dinámica: Comunicación verbal



Según el gráfico, podemos observar que el mayor resultado negativo (No = 84%), nos indica que los médicos no mantienen coherencia en su mensaje. Sin embargo, el resultado con mayor satisfacción (Sí = 81%) nos indica que el médico se mantiene sin dificultades para hablar.

Tabla 7

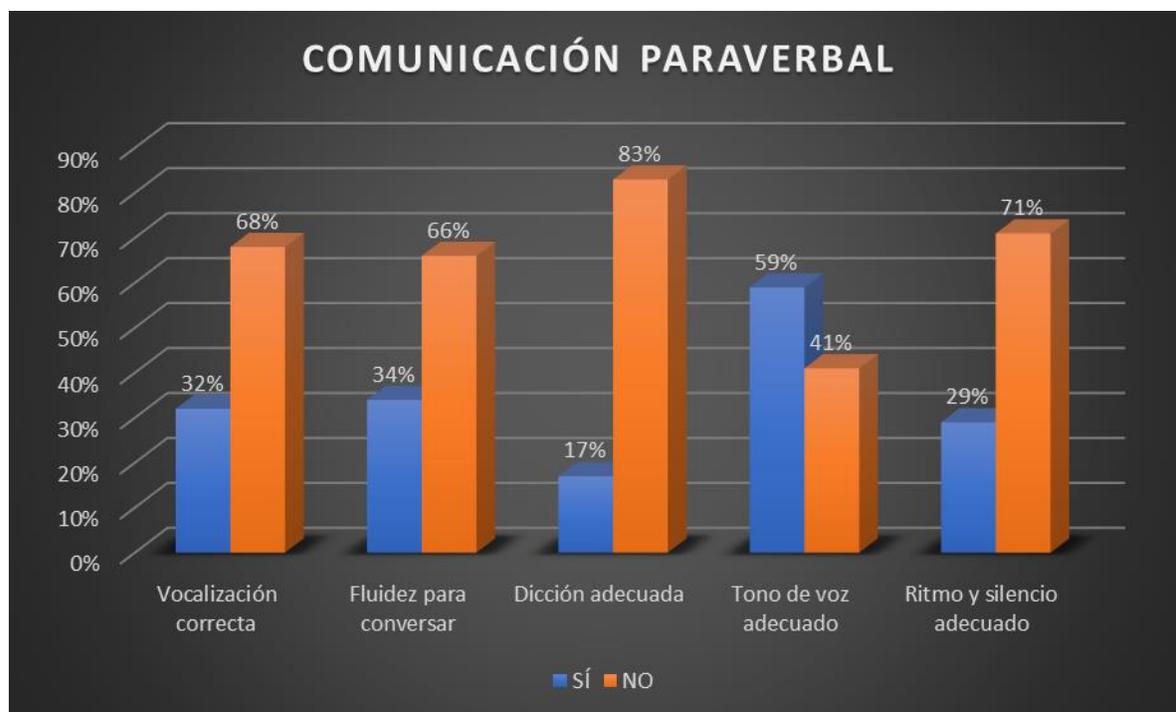
Resultados en tabla dinámica: Comunicación no verbal



Según el gráfico, podemos observar que el mayor resultado negativo (No = 88%), nos indica que los médicos no son afectivos. Sin embargo, el resultado con mayor satisfacción (Sí = 65%) nos indica que la distancia física que mantiene el médico con su paciente es adecuada para comunicarse durante su consulta.

Tabla 8

Resultados en tabla dinámica: Comunicación paraverbal



Según el gráfico, podemos observar que el mayor resultado negativo (No = 83%), nos indica que el médico no está empleando una dicción adecuada. Sin embargo, el resultado con mayor satisfacción (Sí = 59 %) nos indica que el tono de voz empleado por parte del médico es adecuado para su comunicación.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Los pacientes consideran en su mayoría, que los médicos por los que son atendidos no se llegan a expresar con claridad, el lenguaje usado no es el adecuado; no hay coherencia en lo que dice y su vocabulario no es sencillo ni fácil de entender. Por lo que se concluye que el nivel de **comunicación verbal** del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, **es bajo**.

SEGUNDA

Los pacientes consideran en su mayoría, que los médicos por los que son atendidos no les observan con atención, no se expresa corporalmente y mucho menos son afectivos durante su consulta. Por lo que se concluye que el nivel de **comunicación no verbal** del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, **es bajo**.

TERCERA

Los pacientes consideran en su mayoría, que los médicos por los que son atendidos no vocalizan correctamente las palabras y mantienen problema de fluidez verbal, así como también su dicción, ritmo y silencio no son aplicados adecuadamente. Por lo que se concluye que el nivel de **comunicación paraverbal** del médico percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, **es bajo**.

CUARTA

La Comunicación Interpersonal en el trato médico – paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, **es bajo**.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se debe plantear una política de acciones remediales para los médicos, tales como: Prácticas de lectura tonal y retroalimentación verbal; tendentes a mejorar la claridad, el lenguaje y el vocabulario; logrando que todos estos factores tengan coherencia durante el proceso terapéutico, para mejorar el **nivel de comunicación verbal del médico** percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino.

SEGUNDA

Se debe tomar en cuenta que la expresión no es sólo una cuestión de palabras, cuando nos relacionamos con los demás hay otros factores que influyen globalmente en cómo percibimos y cómo somos percibidos. El médico tiene que ser capaz de leer las señales emocionales del paciente en las expresiones faciales, en los movimientos corporales, en el tono de la voz, en la mirada, etc., y debería igualmente aprender a usar estos mismos canales para relacionarse con sus pacientes, aplicando charlas, conferencias y Storytelling (videos de casos reales), y así mejorar el **nivel de comunicación no verbal**.

TERCERA

Se debe aplicar talleres que despierten habilidades en los médicos como: buena vocalización, dicción y fluidez, ya que con ella podemos expresarnos de una manera más clara y precisa, siendo de fácil comprensión para el paciente; mejorando así el **nivel de comunicación paraverbal**.

CUARTA

Se debe implementar charlas e inducciones que mejoren y refuercen la comunicación interpersonal de los médicos con sus pacientes. De esta manera el médico logre mostrar un interés sincero por su paciente y transmitirlo por medio de expresiones. Las personas escuchan viendo a la cara siempre, por lo que el personal de salud debe cuidar que sus expresiones tengan relación con sus palabras, esto se traducirá en una mejor conexión, una mejor comunicación y en consecuencia la satisfacción por parte del paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Albrecht, K. (1992). *Servicio al cliente Interno*. (1a ed.) Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Anzieu, D. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapelusz.

Berger, P. L. y Luckmann T. (1976). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

Blández (2003), Los lenguajes de la expresión. Ministerio de educación, cultura y deporte. Madrid, España. p 150-151

Blández (2003), Los lenguajes de la expresión. Ministerio de educación, cultura y deporte. Madrid, España. p 152

Bobadilla, A y Martinez, C. (1998). *Características que se relacionan con la Satisfacción Usuaría en el Centro de Salud Mental de la Comuna La Pintana*. (Tesis de Licenciatura). Santiago de Chile, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Botello (2007). El don de la palabra en sus labios, voz, imagen y comunicación. Panorama editorial. México, DF. p 119.

Canovaca, AM. (2010). *Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario*. Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

Cinabal y María del Carmen Arce, (1991). *La relación enfermera-paciente*. Universidad de Alicante, España.

Deming, Edwards W. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis*. Bogotá, Colombia: Ediciones Díaz de Santos.

Donabedian, A. (1990). *Garantía y Monitoría de la Calidad de Atención Médica: un texto introductorio*. México D.F., México: Instituto Nacional de salud Pública de México.

Donovan K, Premi JN. (2000). *La comunicación de malas noticias*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Dr. Juan Carlos L. y Dr. Augusto Flores C. (2008). *La relación médico-paciente, crisis y aprendizaje*.

Flora Davis (2010). *La Comunicación no verbal*. España: FGS

García, F. (2015). *Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud*. Lima, Perú: S.Ed.

Gilmore C. y De Moraes, H. (1996). *Manual de gerencia de la calidad*. Washington D.C., E.U.: OPS PALTEX

Gonzales Carmen (1997). *La comunicación efectiva*. México. Grupo editorial ISEF. p 197

Gonzales Carmen (1997). *La comunicación efectiva*. México. Grupo editorial ISEF. p 201

Hernández, R.; Fernández C.; & Baptista, P. (1996). *Metodología de la Investigación*. México, México D.F.: McGraw Hill.

Horovitz, J. (1991). *La Calidad del Servicio. A la Conquista del Cliente*. Mc. Graw-Hill. Interamericana de España S.A.

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa, Portugal: Edinova.

Jones, K. (1998). Trust. En: *Routledge Encyclopaedia of Philosophy*. London: Routledge.

Konstant (2007). *Técnicas de lectura rápida*. Editorial Amat. Barcelona, España. p. 51-52.

Meranil, L. (1979). *Diccionario de psicología*. (3ra. ed.) Tomo 7. México D.F., México: Grijalbo.

McLeod ME. Doctor-patient relationship: perspectives, needs, and communication. *The American Journal of Gastroenterology*.1998;93 (5): 676-80.

Motos, Mateu, López, Sánchez, Grasso (2006). *La inteligencia corporal en la escuela*. Editorial Grau. España. p. 92

Ordóñez G. y Lacasta, R. (2005). *Cómo dar malas noticias. Diálogo terapéutico y preguntas difíciles*. Madrid: Manual SEOM de Cuidados Continuos.

Urcola (2003) *Cómo hablar en público y realizar presentaciones profesionales*. Esic Editorial. Madrid. p 65.

Redmond, M. V. (1995). *Interpersonal Communication*. Washington D.F., E.U.: Hartcourt Brace College Publishers.

Spitzberg, B. y Cupach W. (2002). *Interpersonal Skills*. En M. L. Knapp y J. A. Daly (Editores), *Handbook of Interpersonal Communication*. Washington D.F., E.U.: Sage Publications.

Velásquez, C. (1999). *Semiótica, teoría de la mentira La comunicación*. (2ª ed.). Madrid, España: Ediciones de la Posguerra.

FUENTES HEMEROGRÁFICAS

Aladro, X. (2009). Espacio interpersonal y sistemas de conducta colectivos. *Palabra clave*, 12(2), 325-337.

Alonso, S; Fuentes, J. et al. (2008). Como interpretar la comunicación no verbal. Actualizaciones. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. (5) pp. 275-81.

Berger, Ch. R. (2005). Interpersonal Communication: Theoretical Perspectives, Future Prospects. *Journal of Communication*, 55 (3). 415-447.

Biscaia, J. L. (2000). Qualidade em Saúde: uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*. (1):6-10.

Calnan, M, y R Rowe. «Researching trust relations in healthcare: conceptual and methodological challenges» *Journal of Health Organisation and Mangement*, 2006: 20 (5):349-58.

- Díaz Narváez, Víctor Patricio et al. Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Arch. argent. pediatr.* [Online]. 2014, vol.112, n.1, pp. 41-49. ISSN 0325-0075.
- Dubé C, O'Donnell J, Novack D. (2000) Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine* 2000; 75 (7): p. 45-54.
- Interiano, Carlos, (1999) Elementos de persuasión fundamentos sociológicos de la persuasión. Guatemala, 6ª. Edición Editorial Estudiantil Fénix Capítulo IV. Pág. 63-69. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Llacuna, J. (2000). La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7(9), 576-587.
- Martínez R, García M. (2007). La compasión, sentimiento convertido en acción para el cuidado de un paciente con inmunosupresión. *Desarrollo Científ Enferm.* enero-febrero; 15(1):39.
- Mauricio Pilleux (1977). Documento lingüísticos y literarios. Instituto de Lingüística y Literatura, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Austral de Chile. p 37-38
- McDaniel J, Musselman DL, Porter MR, et al. (1995). Depression in Patients with Cancer: Diagnosis, Biology, and Treatment News and Views. *Arch Gen Psychiatry*; 5:89-99.
- Puentes-Rosas E., Gómez-Dantés O., Garrido-Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios de salud en México. *Rev Panam Salud Publica*.2006,19(6): 394-402.

- Ramiro, J. (2006). La relación médico-paciente: ¿una necesidad olvidada? *Rev GinecolObstetMex*; 74:429-434.
- Ronald M, Epstein T, Campbell L, Steven A, Cohen-Cole R, McWhinney I, Smilkstein G. (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. *J. FamPract*; 37(4): 377-387.
- Rodríguez, J.J. (2004). Comunicación no verbal. Formación Médica Continuada en *Atención Primaria*, 11(8), 433-442.
- Sánchez GJM, Rivera CAE, Hernández GLE, et al. La Relación médico paciente y la comunicación deben estar asociados a la Ética Médica. *Revista Calimed* 2002; 8(1):21-27.
- Sánchez, J. (2007). La Relación Médico-Paciente. Algunos factores asociados que la afectan. *Rev CONAMED*; 12(1):20-28.
- Santos, C.C.V. y Shiratori, K. (2008). La comunicación no verbal: Su importancia en los cuidados de enfermería. *Revista Enfermería Global*.
- Scambler, G, y N Britten. System. (2001). Lifeworld and doctor-patient interaction: issues of trust in a changing world. En: *Habermas, Critical theory and Health*, de G Scambler. London: Routledge.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*.2000;49(9): 796-804.
- Vidal-Pineda, L. & Reyes, H. (1993). Diseño de un Sistema de Monitoreo para el Desarrollo de Programas de Garantía de Calidad. *Salud Pública. Méx.* 35(3): 326-331.

Yolanda L. (2006). Humanización en el cuidado del Paciente Oncológico. Artículo especial. 85: 27-30

FUENTES DE INTERNET

Acuña Nathaly (2005), Lengua Castellana y Comunicación. Recuperado de:
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiOnoryrvfYAhUR0IMKHWPpBsoQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fdlenguaje.wikispaces.com%2Ffile%2Fview%2FComunicaci%25C3%25B3n%2Bparaverbal.pdf&usq=AOvVaw0B0xH8MohU5WoeQUNrTLjf>

Blázquez, Alberto; Feu, Sebastián; Ruiz, Eulalio, Gutiérrez Juana. (2012). *Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria*. Recuperado de: http://www.aecs.es/3_1_7.pdf

Cabello, Emilio. (2001) Calidad de la Atención Médica ¿Paciente o cliente? Rev. Med Hered. Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300005

Calderón, Ariel. (2007) *Influencia de la Relación Médico Paciente en el desarrollo de los valores ético-profesionales de los estudiantes del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria*. Municipio Caroní. Estado Bolívar. Tesis de Maestría. Escuela de salud pública. Recuperado de:
<http://files.sld.cu/reeducmedica/files/2011/05/29-tesis-ariel-calderon-rodriquez.pdf>

Cerezo, P. (1996). La Calidad del Servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente. Telework Spain Internet. Recuperado de <http://www.ctv.es/users/ges.world/2.htmx>

Cófreces, Pedro; Ofman, Silvia Deborah y Dorina Stefani (2010) *La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010* Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA - UBA) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4, pp. 19-34, 2014. Recuperado de: <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/53>

Diario La República. <http://archivo.larepublica.pe/16-08-2014/foro-por-el-dia-de-la-salud-y-el-buen-trato-al-paciente-trato-temas-de-cobertura-y-se-escucharon-ped>

Diario La República. <http://archivo.larepublica.pe/16-08-2014/foro-por-el-dia-de-la-salud-y-el-buen-trato-al-paciente-trato-temas-de-cobertura-y-se-escucharon-ped>

Donatella Pironi (2014). La importancia de escuchar al activamente al paciente. Recuperado de: <http://www.dentaldoctorsinstitute.com/co.472.289.65.1.1-la-importancia-de-escuchar-activamente-a-los-pacientes.html>

Edward Hall (1986). La dimensión oculta. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/186605070/Edward-Hall-1986-a-Dimensao-Oculta>

Ekman y Friesen (1969). Los 5 tipos de gestos y su influencia en la comunicación no verbal. Recuperado de: <http://www.analisisnoverbal.com/tipos-de-gestos-en-comunicacion-no-verbal/>

Ekman Paul (2014). Las seis emociones básicas. Recuperado de: <http://www.serperuano.com/2014/03/paul-ekman-las-6-emociones-basicas/>

García, F. (2006). Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*; 30(9): 452-459. Recuperado de: <http://www.elsevier.es>

Garza Guzmán, María Rosalía. (2009). La comunicación interpersonal dentro del campo académico de la comunicación: pautas para una sistematización. *Global Media Journal*, Sin mes, 49-70. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68712864004>

Hernández, I., Fernández, M., Irigoyen, A. y Hernández, H. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos de medicina familiar*. Vol.8 (2) p. 137-143. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>

Ilena María Petra Micu (2012). La enseñanza de la comunicación en la medicina. *Rev. Investigación en educación médica*. Recuperado de: <http://riem.facmed.unam.mx/node/285>

Karla RM Coulombier Vado (2015). La creatividad como estilo de vida. Recuperado de: <https://mundogestalt.com/la-creatividad-como-estilo-de-vida-3/>

Legón, M.; Vega, N. y B, L. (2010) El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418873018>

López Cambronero (2017). La Coherencia en la comunicación. Recuperado de: <https://es.linkedin.com/pulse/la-coherencia-en-comunicaci%C3%B3n-es-fundamental-marcelo-l%C3%B3pez-cambronero>

Lora Sebastián (2012), Presentaciones y lenguaje corporal: El uso de las manos al hablar en público. Recuperado de: <https://sebastianlora.com/blog/presentaciones-y-lenguaje-corporal-2-el-uso-de-las-manos-al-hablar-en-publico/>

María Valls Arnau (2014). La importancia de los gestos. Recuperad de: <https://mvallsa.wordpress.com/2014/04/03/la-importancia-de-los-gestos/>

Marvin, A. (2009). Las comunicaciones interpersonales como herramienta para Sinergia en la cultura organizacional a los docentes de la Escuela de ciencias de la comunicación. Tesis de Licenciatura. Universidad de San Carlos Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/16/16_0676.pdf

Matilla, K. (s/f). Los modelos de planificación estratégica en la teoría de las Relaciones Públicas. Editorial UOC. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=AJ0jL3FcYioC&pg=PA40&lpg=PA40&dq=Teor%C3%ADa+de+la+reducci%C3%B3n+de+la+incertidumbre&source=bl&ots=cGlireTTOG&sig=-T5a0qpfWy3SwrkIchi7ARvYUWQ&hl=es-419&sa=X&ei=zJBXVdrhOOSOsQSHt4HwCQ&ved=0CFMQ6AEwCA#v=onepage&q=Teor%C3%ADa%20de%20la%20reducci%C3%B3n%20de%20la%20incertidumbre&f=false>

Mejía S. Un buen trato en las instituciones de salud. Rev. De enfermería de Colombia. 2005; 8 (2): [18 - 21]. Consultado, Agosto 11, 2008. Recuperado de: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-bueno.htm>.

Meneses Roger (2011). Comunicación oral y escrita. Guía de estudio UNED. Recuperado de: <https://www.uned.ac.cr/ecsh/images/documentos/LitGramma/guiADIDActica-709-2012-3.pdf>

Neeli M . Bendapudi, Leonard L. Berry, Keith A. Frey, Janet Turner Parish, William L. Rayburn (2006). La conducta médica ideal según los pacientes. Recuperado de: <http://www.condignidad.org/la-conducta-mca-ideal-segos-pacientes.html>

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado de: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Organización Mundial de la Salud (2011). OMS advierte aumento de enfermedades crónicas en países en desarrollo. Centro de noticias ONU. Recuperado de: http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=20939#.VVe1xPI_Oko

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_spain.pdf

Real Academia Española (2001). <http://lema.rae.es/drae2001/>

Sánchez, P.; Aguirre, H.; Córdoba, M.; Campos-Castolo, M. y Arboleya, H. (2009). La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F. *Revista CONAMED*. Supl 1: 20-28. Recuperado de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59706&id_seccion=699&id_ejemplar=6038&id_revista=41

Trato adecuado: preguntas y respuestas. Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Recuperado de: www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/preguntastrato.pdf.

Travaline, J.M., Ruchinkas, R., y D'Alonzo G. (2005). Patient-physician communication: Why and how. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1), 13-18. Recuperado de: <http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093086>

Trujano, R.; Vega, Z.; Nava, C. y Saavedra, K. (2011). INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DEL PADECIMIENTO EN ENFERMOS CRÓNICOS. Liberabit. Revista de Psicología, Sin mes, 223-230. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68622584011>

Vidal y Benito, María del Carmen (2010), Relación médico paciente. Recuperado de: <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/capitulos.htm>

Weinsinger H. Inteligencia emocional; (2010). Consultado, marzo 16, 2010. Recuperado de: http://www.inteligenciaemocional.org/habilidades_practicas/empatia.htm

Zeithaml, A.; Parasuraman y Berry, L. (2014). Encuesta de satisfacción. aplicada en los usuarios de consultorios externos – 2014. Hospital María Auxiliadora. Recuperado de: <http://www.hma.gob.pe/calidad/INFOR-15/SERVQUAL-14/SERVQUAL-CONSULTORIOS-2014.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL “HIPOLITO UNANUE” DEL DISTRITO DE EL AGUSTINO: ENERO – MARZO 2017

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE	CATEGORIAS	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
¿Cómo es la Comunicación Interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017?	Describir cómo es la Comunicación Interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017.	La comunicación interpersonal en el trato médico-paciente en pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es de nivel bajo.	<p>VARIABLE DESCRIPTIVA</p> <p>LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS</p>				
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS SECUNDARIOS	HIPÓTESIS SECUNDARIOS		Comunicación verbal del médico	- Claridad - Coherencia - Vocabulario	Cuestionario escala de valoración	Formulario de Cuestionario en escala de valoración
¿Cuál es el nivel de comunicación verbal del médico percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017?	Describir el nivel de comunicación verbal del médico percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017.	El nivel de comunicación verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es bajo.		Comunicación no verbal del médico	- Gestos - Expresión corporal - Proxemia		
¿Cuál es el nivel de comunicación no verbal del médico percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017?	Describir el nivel de comunicación no verbal del médico percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017.	El nivel de comunicación no verbal del médico, percibida por los pacientes Oncológicos del Hospital “Hipólito Unanue” del distrito de El Agustino en el periodo enero – marzo 2017, es bajo.		Comunicación paraverbal del médico	- Vocalización - Modulación - Usos de ritmos y silencios		

ANEXO N° 2:

FORMULARIO DE CUESTIONARIO EN ESCALA DE VALORACIÓN

**LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO-
PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL
“HIPOLITO UNANUE” DEL DISTRITO DE EL AGUSTINO:
ENERO – MARZO 2017**

Estimado paciente, el presente es un formulario de cuestionario de datos de carácter anónimo, que forma parte de un estudio para mejorar los servicios que brinda el médico y el Hospital “Hipólito Unanue”. Le solicitamos responder marcando sólo una alternativa (Sí) o (No) en cada una de las respuestas. Muchas gracias.

PRIMERA CATEGORÍA: COMUNICACIÓN VERBAL		
PREGUNTAS	SÍ	NO
1.- ¿El médico que lo atendió se expresó con claridad durante la consulta?		
2.- ¿El lenguaje empleado por el médico que lo atendió fue adecuado para su entendimiento?		
3.- ¿El médico que lo atendió adaptó su mensaje a una manera fácil de entender?		
4.- ¿El vocabulario empleado por el médico le fue sencillo y fácil de entender?		

5.- ¿El médico que lo atendió se mantuvo sin dificultades para hablar?		
PRIMERA CATEGORÍA: COMUNICACIÓN NO VERBAL		
6.- ¿Durante la consulta el médico le observa atentamente al hablar y escuchar?		
7.- ¿El médico por el cual fue atendido realizaba expresiones corporales durante su consulta?		
8.- ¿Sintió que el médico fue afectivo con UD. durante la consulta?		
9.- ¿El médico por el que fue atendido realizaba gestos durante su conversación en la consulta?		
10.- ¿Durante la consulta, la distancia física que tuvo con el doctor fue adecuada para poder prestarle mejor atención?		
PRIMERA CATEGORÍA: COMUNICACIÓN PARAVERBAL		
11.- ¿El médico vocalizó las palabras correctamente?		

12.- ¿El médico mantuvo fluidez durante su conversación?		
13.- ¿El médico aplicó una adecuada dicción durante la explicación de su mensaje?		
14.- ¿El tono de voz empleado por del médico fue adecuado durante la conversación?		
15.- ¿El médico aplicó un ritmo y silencio adecuado durante su conversación?		

ANEXO N° 3:

VALIDACIÓN DE EXPERTOS



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: **LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN EL TRATO MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DEL DISTRITO DEL AGUSTINO: ENERO – MARZO 2017.**

Agrademos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además pueda hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° ITEM	DIMENSIONES	VALIDEZ DE CONTENIDO		VALIDEZ DE CONSTRUCITO		VALIDEZ DE CRITERIO		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	DIMENSIÓN 1							
1	¿El médico que lo atendió se expresó con claridad durante la consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	¿El lenguaje empleado por el médico que lo atendió fue adecuado para su entendimiento?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	¿El médico que lo atendió adaptó su mensaje a una manera fácil de entender?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	¿El vocabulario empleado por el médico le fue sencillo y fácil de entender?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	¿El médico que lo atendió se mantuvo sin dificultades para hablar?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
	DIMENSIÓN 2							
6	¿Durante la consulta el médico le observa atentamente al hablar y escuchar?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	¿El médico por el cual fue atendido realizaba expresiones corporales durante su consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

8	¿Sintió que el médico fue afectivo con UD. durante la consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿El médico por el que fue atendido realizaba gestos durante su conversación en la consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Durante la consulta, la distancia física que tuvo con el doctor fue adecuada para poder prestarle mejor atención?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DIMENSIÓN 3	SI	NO	SI	NO	SI	NO
11	¿El médico vocalizó las palabras correctamente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿El médico mantuvo fluidez durante su conversación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿El médico aplicó una adecuada dicción durante la explicación de su mensaje?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿El tono de voz empleado por del médico fue adecuado durante la conversación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	¿El médico aplicó un ritmo y silencio adecuado durante su conversación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conclusión del Instrumento:

Es viable para su aplicación en su instrumento.

Validado por: *Dr. Alberto Valdivia Portugal*

Profesión: *Abogado*

Lugar de trabajo: *Ministerio de Salud*

Cargo que desempeña: *Consultor de la Dirección General de Prevención de Desastre y Salud.*

Fecha: *15/02/18*

Firma:

[Firma manuscrita]
DNI: *02813231*

N° ITEM	DIMENSIONES	VALIDEZ DE CONTENIDO		VALIDEZ DE CONSTRUCTO		VALIDEZ DE CRITERIO		OBSERVACIONES
		El ítem corresponde a alguna dimensión de la Variable	NO	SI	NO	El ítem contribuye a medir el indicador planteado	NO	
	DIMENSIÓN 1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿El médico que lo atendió se expresó con claridad durante la consulta?	X		X		X		
2	¿El lenguaje empleado por el médico que lo atendió fue adecuado para su entendimiento?	X		X		X		
3	¿El médico que lo atendió adaptó su mensaje a una manera fácil de entender?	X		X		X		
4	¿El vocabulario empleado por el médico le fue sencillo y fácil de entender?	X		X		X		
5	¿El médico que lo atendió se mantuvo sin dificultades para hablar?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
6	¿Durante la consulta el médico le observa atentamente al hablar y escuchar?	X		X		X		
7	¿El médico por el cual fue atendido realizaba expresiones corporales durante su consulta?	X		X		X		

8	¿Sintió que el médico fue afectivo con UD. durante la consulta?	X		X		X		
9	¿El médico por el que fue atendido realizaba gestos durante su conversación en la consulta?	X		X		X		
10	¿Durante la consulta, la distancia física que tuvo con el doctor fue adecuada para poder prestarle mejor atención?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
11	¿El médico vocalizó las palabras correctamente?	X		X		X		
12	¿El médico mantuvo fluidez durante su conversación?	X		X		X		
13	¿El médico aplicó una adecuada dicción durante la explicación de su mensaje?	X		X		X		Siempre y cuando el ambiente de ambiente sobre dicción
14	¿El tono de voz empleado por el médico fue adecuado durante la conversación?	X		X		X		
15	¿El médico aplicó un ritmo y silencio adecuado durante su conversación?	X		X		X		

Conclusión del Instrumento:

Se ajusta a la tesis, el mismo que
continúa a conducir su investigación

Validado por: Mg. Pálor Cruz Gálvez

Profesión: Comunicadora Social

Lugar Sau Miguel - Lima de trabajo:

Cargo Responsable de Toraje Institucional que desempeña:

Fecha: 15.02.18

Firma: [Firma manuscrita]

N° ITEM	DIMENSIONES	VALIDEZ DE CONTENIDO		VALIDEZ DE CONSTRUCTO		VALIDEZ DE CRITERIO		OBSERVACIONES
		El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable	NO	El ítem contribuye a medir el indicador planteado	NO	El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas	NO	
	DIMENSIÓN 1	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿El médico que lo atendió se expresó con claridad durante la consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	¿El lenguaje empleado por el médico que lo atendió fue adecuado para su entendimiento?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	¿El médico que lo atendió adaptó su mensaje a una manera fácil de entender?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	¿El vocabulario empleado por el médico le fue sencillo y fácil de entender?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	¿El médico que lo atendió se mantuvo sin dificultades para hablar?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
	DIMENSIÓN 2	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
6	¿Durante la consulta el médico le observa atentamente al hablar y escuchar?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	¿El médico por el cual fue atendido realizaba expresiones corporales durante su consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

[Handwritten mark]

8	¿Sintió que el médico fue afectivo con UD. durante la consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
9	¿El médico por el que fue atendido realizaba gestos durante su conversación en la consulta?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	¿Durante la consulta, la distancia física que tuvo con el doctor fue adecuada para poder prestarle mejor atención?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
	DIMENSIÓN 3	SI	NO	SI	NO	SI	NO
11	¿El médico vocalizó las palabras correctamente?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	¿El médico mantuvo fluidez durante su conversación?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	¿El médico aplicó una adecuada dicción durante la explicación de su mensaje?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	¿El tono de voz empleado por del médico fue adecuado durante la conversación?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
15	¿El médico aplicó un ritmo y silencio adecuado durante su conversación?	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Conclusión del Instrumento:

La aplicación del Instrumento es
aplicable y por ende viable.

Validado por: Luis Alberto Chaves Lora.

Profesión: Mg en Ciencias en la Comunicación

Lugar Congreso de la República de Trabaja:

Cargo Coordinador Parlamentario que desempeña:

Fecha: 19/09/2018 Firma: 

ANEXO N° 4:

FOTOS

Foto N° 1



Foto N° 2

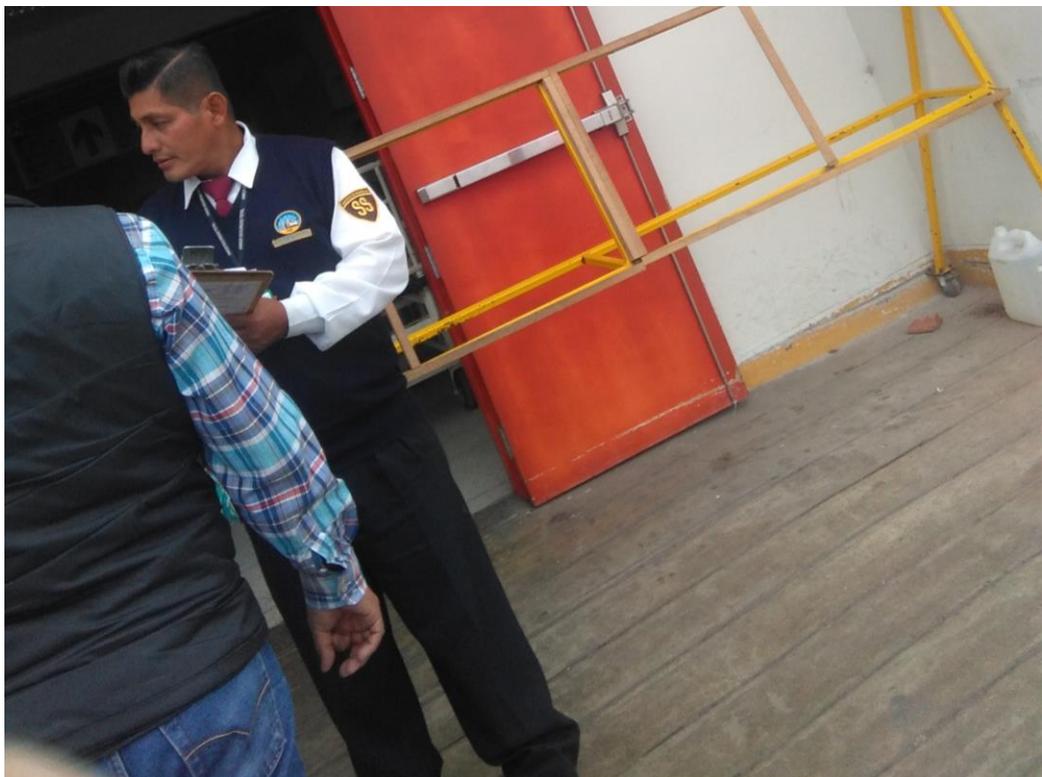


Foto N° 3



Foto N° 4



Foto N° 5



Foto N° 6

