



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



XXIX Congreso de Comunicación y Salud

Santiago de Compostela, 10-13 de octubre de 2018

PRÓLOGO

El camino es comunicarte es el lema elegido por el comité del XXIX Congreso del Grupo Comunicación y salud_GPCYS de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), que se celebró en Santiago de Compostela en octubre de 2018.

Un congreso como punto de encuentro, de diálogo, para compartir y experimentar con todos los aspectos de la comunicación.

Talleres centrados en conversaciones difíciles que necesita de habilidades comunicativas especiales, aquellas de especial complejidad como compartir malas noticias, hablando del duelo o de las donaciones, el abordaje de errores clínicos, o el paciente remitido por el Dr. Google. Comunicación en paciente con características particulares, como adolescentes, niños, ancianos o personas con deficiencias sensoriales, o acompañados de intérpretes.

Sin olvidar los temas de Decisiones compartidas y empoderamiento, la Entrevista motivacional, o la docencia en comunicación. Un espacio de encuentro específico para la investigación, el encuentro de la red de investigación en comunicación y salud, RICYS.

Y como en cualquier congreso del GPCYS contamos con talleres creativos e innovadores que ponen en valor la comunicación.

Dra. María Fernández García
Vicepresidenta JP semFYC
Enlace de JP GPCYS_semFYC

Mejor Resultado de Investigación

ARMONIZANDO LAS COMPETENCIAS COMUNICACIONALES EN EL PREGRADO DE MEDICINA. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Antoni Plana Blanco, Miquel Buti Sole, Antoni Lafarga Giribets, Araceli Fuentes Botargues, Eugeni Paredes Costa, Eduard Peñascal Pujol

Facultad de Medicina. Universitat de Lleida. Lleida.

Objetivos: Evaluar mediante un conjunto de pruebas clínicas objetivas y estructuradas (ECOE) la adquisición de objetivos competenciales del alumno del segundo curso Grado de Medicina, permitiendo valorar sus competencias en habilidades comunicacionales.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: Facultad de Medicina, Aula de Habilidades. Prueba ECOE de carácter práctico que valora la asignatura de Comunicación y Medicina Comunitaria mediante resolución de tres casos clínicos (entrevistas clínicas / estaciones simuladas con actores y observadores) relacionados con malas noticias, negociación y conflictividad. Participan 91 alumnos de forma consecutiva. Habilidades evaluadas: comunicativas, razonamiento clínico, abordaje familiar y/o comunitario y técnicas de entrevista adquiridas en el practicum como en talleres en la asignatura de Comunicación y Medicina Comunitaria.

Resultados: Valoración global de la prueba 7,89/10. Reconocen habilidades técnicas en negociación 78% de los alum-

nos, en comunicar malas noticias un 62% y en el manejo del paciente conflictivo en consulta un 87% de ellos. El 82% de los alumnos presentan unas habilidades comunicacionales en relación a la entrevista clínica superior al 75%. Son capaces de reconocer: estructura entrevista clínica, tipología de relación asistencial, comunicación no verbal, empatía, calidez, concreción, respeto, presión del tiempo y gestión del “minuto de oro”.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran un grado de adquisición de las habilidades comunicacionales óptimo en un entorno clínico. Dado que el objetivo de la asignatura se centra en el área competencial de la comunicación, estos resultados parecen coherentes con el diseño de la misma.

Aplicabilidad: “Adiestrar en el demostrar y saber hacer”. Actualmente el ejercicio de la medicina clínica es cada vez más complejo. Muchos de los pacientes que interactúan con los servicios sanitarios de la comunidad sufren enfermedades crónicas, que a menudo consultan por más de una patología y que presentan además problemas de carácter holístico precisando de un abordaje biopsicosocial de este tipo de enfermos. En este contexto, los estudiantes de medicina no sólo deben saber diagnosticar y tratar enfermedades, sino que deben saber reconocer y manejar de forma integrada, desde una vertiente global las diferentes situaciones que presentan estos enfermos complejas. La docencia en los adultos debe situarse en escenarios casi-reales y basada en las necesidades del que aprende. La utilización de metodologías comunicacionales que promueven el aprendizaje y la reflexión facilitan una formación realmente centrada en el que aprende y con nuestro rol de formador-mentor que actúa más como facilitador. El aprendizaje de las competencias transversales o genéricas en el mismo momento que la resolución de casos clínicos que simulan un entorno complejo ayuda al alumno a la toma de decisiones, asumiendo al mismo tiempo un cierto grado de incertidumbre, situaciones que lo acercan de manera bastante realista a su futura praxis en la sociedad. Resumiríamos nuestra experiencia como aquellas competencias comunicacionales que les permiten identificar y priorizar problemas de salud con impacto en la narrativa de los pacientes para practicar habilidades semiológicas e instrumentales básicas, imprescindibles y habituales.

Palabras clave: *Comunicación personal. Pedagogía. Formación académica.*

Mejor Proyecto de Investigación

MIEDO A LA MUERTE Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE AP DEL ÁREA DE SALUD DE LA ISLA DE MALLORCA

Maria Josep Ferrá Serra¹, Pilar Andreu Rodrigo², Raquel Rodríguez Quitana³, Rosa Duro Robles⁴, Josefa Pades Jiménez⁵, Patricia Palmer Muntaner⁶, Antonia Pades Jiménez⁷

¹CS Serra Nord. Sóller (Illes Balears). ²Hospital Universitari Son Espases. Palma (Illes Balears). ³Hospital Sant Joan de Déu. Palma (Illes Balears). ⁴Servei de Salut de les Illes Balears. Palma (Illes Balears). ⁵Centro de Salud y Ciudad:

CBS Valldargent. Palma (Illes Balears). ⁶CS Escola Graduada. Palma (Illes Balears). ⁷Universitat de les Illes Balears. Palma (Illes Balears).

Introducción: La muerte es la pérdida irreversible de la capacidad para integrar y coordinar las funciones del organismo, físicas y mentales. Es un hecho universal, inevitable, que resulta natural, desconocido y en ocasiones agresivo. Su imprevisibilidad es una de las características más angustiantes. La cultura determina la forma de aceptar el proceso de muerte. En la sociedad actual la persona ya no es el protagonista de su propia muerte, sino que es llevado a cabo por la decisión de los profesionales sanitarios. A propósito de ello, se detecta miedo a la muerte en los propios profesionales y se entiende como una emoción presente y a evitar. El afrontar y manejar esta situación parece que se relaciona con los niveles de inteligencia emocional (IE) percibidos, donde los mejores niveles de IE se asocian a un menor miedo a la muerte. Por esta razón se plantea el proyecto con el objetivo de averiguar el nivel de IE de una población concreta de profesionales del área de Atención Primaria de Mallorca, y su relación con el miedo a la muerte.

Objetivos: Conocer el miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional y otras variables sociodemográficas y laborales de profesionales de la salud de 3 centros de salud del área de atención primaria de Mallorca.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal y correlacional. Emplazamiento: el estudio se llevará a cabo en 3 CS: 2 centros de salud urbanos ubicados en Palma (Escola Graduada y Valldargent) y uno de Part Forana ubicado en el municipio de Sóller. La población de estudio la forman 130 profesionales sanitarios (enfermeras, médicos, pediatras, matronas, y auxiliares de enfermería). Criterios de inclusión: aceptación voluntaria de la participación en el estudio. Estar trabajando en el CS un mínimo de 6 meses. Criterios de exclusión: aquellos profesionales que no acepten participar de forma voluntaria en el estudio. Estar trabajando menos de 6 meses. No se tendrán en cuenta las encuestas que no están bien cumplimentadas. Instrumentos: se aplicarán de manera autoadministrada, por escrito y anónima diferentes cuestionarios: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) para medir la inteligencia emocional. Adaptación de Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995). Finalidad: evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida (atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional). Cuestionario de Miedo a la muerte de Collet-Lester. Cuestionario sobre variables sociodemográficas y laborales diseñado *ad hoc*. Edad del profesional, sexo, experiencia laboral, creencia religiosa y en caso afirmativo si es practicante, categoría profesional, ámbito laboral, formación en cuidados paliativos.

Aplicabilidad: Averiguar las emociones relacionadas con el objeto de estudio. Generar espacios de reflexión a nivel profesional sobre el tema. Identificar las necesidades formativas a nivel de competencias emocionales. Incorporar una línea concreta de educación emocional en profesionales de la salud en la formación continuada y de postgrado, justificada para identificar emociones incómodas como “el miedo de enfrentar la muerte”, ya que *a priori* puede afectar a la calidad del cuidado y atención prestada (conductas de evitación y bloqueos) y generar respuestas negativas en los profesionales (ansiedad).

Aspectos ético-legales: Se solicita previamente el consentimiento informado tras informar del estudio y solicitar la colaboración garantizando el anonimato. Se aplican los criterios éticos propios de investigaciones de este tipo atendiendo a normativa ética de la comisión de investigación del Gabinete técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

Palabras clave: *Miedo a la muerte. Actitudes ante la muerte. Inteligencia emocional. Habilidades sociales. Personal de salud.*

Mejor Caso Clínico

LA HE QUERIDO MÁS QUE A MI PROPIA MADRE

Pablo Fabuel Ortega, Noelia Almendros Lafuente,
Laura Martínez Gálvez

CS Vistalegre-La Flota. Murcia.

Introducción: Elisa es una mujer de origen latinoamericano que llegó a España hace 11 años. Abandonó su país en busca de un futuro mejor y desde entonces ha estado cuidando de la familia Martínez, siendo cuidadora interna primero de Juan, que falleció a causa de cáncer hacía 5 años y, después, de nuestra paciente Josefa, ahora ingresada en la Unidad de Cuidados Paliativos. Josefa, paciente de 90 años, pluripatológica, con situación basal deteriorada en las últimas semanas, ha salido de la UCI hace 5 días con insuficiencia respiratoria grave por decisión de limitación de esfuerzo terapéutico.

Discusión y resultados: Es viernes, día de descanso de Elisa, pero ella siempre ha cuidado de Josefa y se niega a dejarla sola: “la he querido más que a mi propia madre”. Elisa nos comenta y reconoce la crítica situación entre lágrimas mientras almohadilla con cariño los soportes de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) que presionan la piel de Josefa. Corroboramos que estamos ante una situación de final de la vida y que es dicha VMNI la que la mantiene respirando a Josefa. Debemos, por tanto, informar y tomar una decisión terapéutica que consiga confortarla lo máximo posible. Sin embargo, Elisa no es una familiar; Josefa tiene 3 hijos y son ellos quienes legalmente deben tomar la decisión de continuar con una molesta VMNI o no. Ante la disyuntiva, sugerimos a los hijos que Elisa participe en la conversación, lo cual aceptan. Ella admite la necesidad de que esté lo más tranquila posible y, para ello, la VMNI no es una opción. Los hijos reconocen el peso de la opinión de Elisa y aceptan retirarla. La paciente fallece 3 días después sin dolor, agitación ni disnea acompañada de sus hijos y Elisa, que agradece haber formado parte del final de la vida de Josefa.

Conclusiones: Los cuidadores forman parte del final de la vida de nuestros pacientes y su inclusión en la toma de decisiones consensuado con la familia puede ayudar tanto al apoyo familiar como facilitar el proceso de duelo de todas las partes.

Aplicabilidad: Los profesionales de la salud atendemos en numerosas ocasiones los últimos días de nuestros pacientes y, del mismo modo, a las personas que también los rodean. No se nos debe olvidar que dentro del concepto de familia se incluye también aquellas personas sin vínculo de paren-

tesco que realizan funciones o roles familiares; desde grupos de amigos hasta el personal de una residencia. Por tanto, los cuidadores y cuidadoras son también elemento de este proceso vital estresante. Como tales, la mayoría se sobrepondrán efectivamente al duelo, sin embargo, las circunstancias pueden dar lugar a un duelo de riesgo o un duelo complicado. Hemos de resaltar que, para el cuidador o cuidadora, el fallecimiento de la persona que es cuidada puede suponer no solo el proceso de adaptación emocional de la pérdida sino también el de un cambio en la relación con la familia, en su condición de empleada y, en ocasiones, de su lugar de residencia. Incluirlos en este proceso puede ayudar no solo a la toma de decisiones, sino también a facilitar la expresión de emociones, planificación de su futuro y a mostrarles nuestra accesibilidad. Es decir, incluirlos nos ayuda a atender de manera global sus duelos.

Palabras clave: *Cuidadores. Toma de decisiones. Cuidados paliativos.*

Mejor Experiencia

SIMULACIÓN CLÍNICA SOBRE INFORMES DE INCIDENTES CRÍTICOS CON RESIDENTES

Milagros Oyarzabal Arocena, Ana Patricia Crespo Mateos,
Maravillas Torrecilla Abril, Esther Cartagena Martínez,
Pedro Lozano Gago, Clara Isabel Pérez Ortiz

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Alicante.

Introducción: Los informes sobre incidentes críticos (IIC) que realizan los residentes de primer año (R1) de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante (UDM AFyC_Alicante) como actividad formativa, describen situaciones complejas, que les producen un impacto emocional negativo y expresan su necesidad de formación, prioritariamente, en habilidades de comunicación.

Objetivos: Implementar una experiencia de simulación clínica sobre los IIC presentados por los residentes, (nivel III pirámide Miller), con observación estructurada, para optimizar el aprendizaje en habilidades de comunicación.

Descripción: Los residentes participaban voluntariamente. Firmaban el consentimiento informado autorizando ser grabados en vídeo. Los actores eran colaboradores docentes entrenados. En cada ejercicio participaba el Tutor del residente. Al realizarlo en sus centros de salud, sólo tenían que abandonar su actividad asistencial el tiempo estimado de 1,30 horas por simulación. La experiencia ha sido apoyada por el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica (ISA-BIAL)-Fundación FISABIO. Fases del ejercicio: 1. Reunión de todos los participantes, información de la dinámica y las fases de la actividad, presentando la planilla de observación estructurada que se utilizaría en cada simulación, para que todos conocieran los descriptores de las dos competencias a valorar: Profesionalismo-Habilidades humanísticas y Habilidades de comunicación. 2. Videograbación de la simulación del incidente. 3. Visionado de la videograbación, debriefing y elaboración por el residente de una nueva estrategia de

abordaje y gestión del incidente. 4. Repetición de la simulación con videograbación, visionado y análisis posterior.

Conclusiones: Los residentes valoraron la experiencia muy positivamente, destacando el aprendizaje en la gestión de sus emociones, adquisición de habilidades de comunicación, mejora de su capacidad reflexiva y razonamiento en la toma de decisiones

Aplicabilidad: La implementación de nuevas metodologías docentes en formación especializada como la simula-

ción, con actividades supervisadas y participativas con sus Tutores, mejora el aprendizaje en un entorno emocional seguro.

Palabras clave: *Entrenamiento de simulación de alta fidelidad. Desempeño y análisis de tareas. Comunicación de Salud.*