

XXXIV Congreso de Comunicación y Salud

Girona, del 20 al 22 de marzo de 2025

MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de la percepción en la comunicación médico-paciente de los residentes en la consulta en solitario (Oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1157

Teresa San Martín de Juan^a, Iratxe Doñabeitia Ramos^a y María Viguera Elías^b

^a CS Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja (España)

^b CS de Lardero. La Rioja (España)

OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar la percepción y satisfacción de los residentes, adjuntos jóvenes y tutores sobre las dificultades de comunicación médico-paciente que surgen durante las consultas realizadas en solitario. Se busca determinar la frecuencia de dichas dificultades y recopilar recursos comunicativos disponibles frente a estos retos. Los objetivos secundarios incluyen analizar las diferencias de percepción según el perfil profesional, identificar herramientas empleadas para abordar las dificultades y elaborar un documento práctico que agrupe estas estrategias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y observacional mediante un cuestionario.

Se llevará a cabo en el marco del Servicio Riojano de Salud (SERIS), en el ámbito de la Atención Familiar y Comunitaria.

Se incluirán residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, adjuntos jóvenes (con la finalización de la residencia hace menos de 5 años) y tutores.

De una población estimada de 300 posibles participantes, el tamaño muestral calculado es de 119 respuestas, asumiendo un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 7%.

Se invitará a participar en el cuestionario a través del correo electrónico oficial.

El cuestionario consta de 38 preguntas, divididas en preguntas cerradas, de escala Likert y abiertas para recoger información sobre las percepciones, la frecuencia de las dificultades y los recursos utilizados.

Variables:

Principal: percepción de las dificultades comunicativas en las consultas en solitario mediante la presencia/ausencia de dificultades y la frecuencia en una escala de Likert.

Secundarias:

- Rol profesional (residente, adjunto joven, tutor).
- Año de residencia (R1, R2, R3, R4).
- Años como tutor (para tutores).
- Año de finalización de residencia (para los adjuntos).
- Frecuencia de las dificultades en doce situaciones específicas.
- Recursos empleados para abordar las dificultades comunicativas (respuesta abierta).
- Percepción de la formación en la comunicación (sí/no) y sugerencias para mejorarla (respuesta abierta).

Se realizará un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se resumirán mediante frecuencias y porcentajes; las cuantitativas se expresarán como medias y desviaciones estándar. Las respuestas abiertas serán analizadas mediante una categorización consensuada.

El estudio puede estar limitado por un tamaño muestral reducido, un sesgo de selección, un sesgo de autorreporte, cierta falta de homogeneidad en la interpretación de las preguntas y la naturaleza transversal del diseño, que no permite evaluar cambios en el tiempo. Además, al centrarse en un único sistema sanitario los resultados podrían no ser generalizables a otros contextos.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que este estudio proporcione información clave sobre las dificultades comunicativas de los residentes en las consultas en solitario, lo que permitirá optimizar los programas formativos en la comunicación médico-paciente. Los recursos recopilados se compartirán con los residentes, lo que fomentará su confianza y mejorará la calidad de la atención en Atención Primaria.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El estudio se llevará a cabo tras la aprobación del Comité de Ética e Investigaciones Clínicas, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos. La participación será voluntaria, se garantizará la confidencialidad y el anonimato de los datos. El envío del cuestionario incluirá información sobre el propósito del estudio y el consentimiento implícito para el uso de los datos.

FINANCIACIÓN

No precisa de financiación.

CEI

En proceso de autorización.

MEJOR RESULTADO DE INVESTIGACIÓN

Percepción de los residentes sobre la agresividad. Resultados preliminares (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1158

Maria Alpiste Gruas^a, Maria del Carmen Pérez Pérez^b, Felipe Saadjan Maldonado^a, Miquel Massons García^c y Josep Massons Cirera^a

^a EAP Ronda Prim. Mataró. Barcelona (España)

^b EAP Llefia. Badalona. Barcelona (España)

^c Hospital Clínico de Barcelona. Barcelona (España)

OBJETIVOS

1. Valorar el nivel de respuestas a un cuestionario autorreflexivo sobre la agresividad.
2. Conocer las opiniones de los residentes sobre la agresividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo.

La población de estudio son residentes de una unidad docente (mir R3-R4 y eir R2), que participaron en un taller sobre el abordaje de la agresividad. Se les pidió responder un cuestionario anónimo y voluntario diseñado para fomentar la reflexión sobre las reacciones agresivas propias y en el ámbito laboral, el conocimiento de los protocolos de actuación y autoevaluar las habilidades de manejar estas situaciones. El cuestionario incluyó preguntas de escala (1-10) y abiertas.

RESULTADOS

Participaron 25 residentes (68% MIR, 80% mujeres, 65% menores de 30 años). Todos completaron el cuestionario, y el 90% respondió las preguntas abiertas. La percepción promedio de agresividad fue de 2,8/10 (rango 1-6). La importancia de la agresividad en el trabajo de 6,1/10 (rango 1-10) (mujeres 6,9 y los hombres 4,8) El 95% sufrió agresiones verbales y el 12% físicas. Las causas principales sería las discrepancias y el tiempo de espera. Consideran que es más frecuente en Atención Primaria (AP). El 95% desconocía los protocolos. La percepción de su capacidad para manejar situaciones agresivas es 5,1/10 (rango 1-6). Estrategias de manejo más mencionadas: evitar discusiones (56,5%), asertividad (56,5%), pedir ayuda o formación (39%) y controlar el tono de voz (39%).

CONCLUSIONES

La respuesta al cuestionario fue muy elevada, incluyendo las preguntas más autorreflexivas. La percepción de su propia agresividad es baja, mientras que consideran la importancia de las interacciones agresivas en el trabajo como moderada, aunque con gran variabilidad.

Desconocimiento generalizado sobre los protocolos de actuación. Los participantes conocen formas de manejo, pero muchos creen que necesitan ayuda o formación. Consideramos interesante ampliar la muestra para seguir profundizando en este tema.

CEI

Se ha presentado al Comité de Ética de Investigación de nuestra institución.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Abrazando el alma con la naturaleza (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1159

Quionia Villar Lázaro^a, Gemma Grabalosa Grabalosa^a, Laura Teixidor Reixach^b, Ferran Campillo López^b y Ramón Ramírez Berengué^a

^a ABS Garrotxa. Olot. Girona (España)

^b ABS Sant Joan Les Fonts i ABS Vall d'en Bas-Hostoles. Sant Joan Les Fonts. Vall d'en Bas. Hostoles. Girona (España)

OBJETIVOS

El estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa grupal de inmersiones guiadas en la naturaleza en pacientes con ansiedad, depresión o estrés, con el fin de disminuir los síntomas de manera sostenida a lo largo de seis meses. Además, se busca valorar el impacto de la interacción con la naturaleza en la mejora de la salud mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, longitudinal y experimental, con un grupo control. El estudio se realiza en el contexto de la Atención Primaria (AP). La muestra está compuesta por adultos con diagnóstico de ansiedad, depresión o estrés, seleccionados de una comarca, que consienten participar en el estudio firmando un consentimiento informado. El número de sujetos necesarios es de 166, y los participantes se asignan mediante una aleatorización consecutiva a un grupo de intervención o control. La evaluación de la efectividad se mide mediante la escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21, que se aplica a los pacientes al inicio, a las ocho semanas y a los seis meses.

El grupo de intervención realiza actividades guiadas en entornos naturales periurbanos, donde se enfocan en ejercicios de apertura sensorial, e introspección, con el fin de fomentar la comunicación con la naturaleza y consigo mismos. Los resultados se comparan con el grupo de control, que no recibe la intervención.

Las entrevistas y evaluaciones se realizan en los ambulatorios de la comarca.

El análisis estadístico se realiza utilizando el programa R, con pruebas como la de Fisher, Chi2 y Wilcoxon. El objetivo principal de la intervención es una mejora significativa de al menos tres puntos en la puntuación de uno de los parámetros de la escala DASS-21, lo que indicaría una reducción significativa en el sufrimiento emocional de los pacientes del grupo intervención.

En cuanto a las variables independientes y covariables, se estudian factores como el tipo de intervención (sí/no), el nivel de bienestar emocional, el apoyo social, los antecedentes médicos, la actividad física, entre otros. También se analizan otras variables demográficas como la edad, el sexo, el estado civil y el nivel educativo.

Las limitaciones del estudio incluyen el muestreo consecutivo, lo que podría disminuir la validez externa, la dificultad para reclutar pacientes en áreas rurales o alejadas, y las variaciones climáticas que pueden afectar a la intervención al aire libre. Además, se reconoce que el estudio no incluirá a pacientes menores de 30 años con estas patologías.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los hallazgos podrían aplicarse a poblaciones similares con acceso a espacios naturales cercanos.

Este enfoque innovador en la comunicación con la naturaleza podría ofrecer una alternativa eficaz en el manejo de los trastornos mentales comunes, sin efectos secundarios, alineándose con las recomendaciones de la OMS para la integración de espacios naturales en el cuidado de los problemas cotidianos.

El estudio podría influir en las políticas urbanísticas y de cuidado de la salud.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAPJGol) 4R23/501 y se realiza conforme a las buenas prácticas clínicas y la Declaración de Helsinki.

FINANCIACIÓN

Los investigadores del proyecto somos profesionales que trabajamos en la sanidad pública de forma multidisciplinar. Así como los profesionales que reclutan a los pacientes.

CEI

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAPJGol) con el código 4R23/501.

Counselling grupal para profesionales de Atención Familiar y Comunitaria: impacto en la gestión emocional y el burnout (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1160

Marta Llobet Ribas^a

^a CAP Vallcarca Sant Gervasi. Barcelona (España)

OBJETIVOS

- Evaluar el impacto del *counselling* grupal en la gestión emocional y la prevención del *burnout* en el personal de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Analizar los cambios en el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal antes y después de la intervención.
- Comparar los resultados con un grupo control sin intervención.
- Fomentar las habilidades de comunicación y apoyo grupal en el ejercicio profesional.
- Evaluar la evolución del *feedback* y la cohesión grupal a lo largo de las sesiones.
- Medir la inteligencia emocional (TMMS-24) y el manejo del conflicto (TKI) tras la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y lugar de realización

- Estudio cuasiexperimental pre-post con el grupo de control desarrollado en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en España.
- Intervención online, o presencial, con dos grupos de *counselling* grupal.

Criterios de selección y muestreo

- Participantes: 16 médicos/as y enfermeros/as divididos en dos grupos de intervención de 8 personas, con un grupo de control de 16 participantes.
- Criterios de inclusión: profesionales de la Medicina y Enfermería que actualmente ejerzan en los centros de Atención Primaria (CAP) de España.
- Criterios de exclusión: profesionales que no puedan asistir con regularidad a las sesiones.

Intervención

- Duración: 9 sesiones de octubre 2024 a febrero 2025, con una frecuencia quincenal (2 h/sesión).
- Formato: sesiones online o presencial facilitadas por dos expertas en *counselling* grupal.
- Contenido:
 - Sesión 1: introducción con dinámicas grupales y una cápsula con teórica *feedback*.
 - Sesiones pares (2, 4, 6, 8): análisis de los casos clínicos aportados por los/las participantes.
 - Sesiones impares (3, 5, 7): dinámicas y cápsulas teóricas específicas (DISC, cohesión grupal, gestión emocional).
 - Sesión 9: cierre del grupo mediante una reflexión y dinámicas grupales.

Mediciones y variables

- *Burnout* (Maslach Burnout Inventory – MBI).
- Gestión del conflicto (Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument – TKI).
- Inteligencia emocional (Trait Meta-Mood Scale – TMMS-24).
- Análisis cualitativo: observaciones de las sesiones registradas en el diario de campo.

Análisis estadístico

- Comparación pre-post con pruebas estadísticas de diferencia de medias (T de Student / U de Mann-Whitney según la normalidad).
- Análisis cualitativo de los registros de la sesión mediante la categorización temática.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que el *counselling* grupal ayude a reducir el *burnout* y mejorar la regulación emocional en el personal médico y de enfermería de Atención Familiar y Comunitaria.

El estudio puede servir como modelo para futuras intervenciones en los profesionales de Atención Primaria (AP), y puede favorecer la implementación de estrategias de supervisión emocional dentro del sistema sanitario.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Se garantiza la confidencialidad y el anonimato de los datos. Todas las personas participantes han firmado un consentimiento informado. El estudio sigue los principios de la Declaración de Helsinki.

FINANCIACIÓN

El estudio se desarrolla sin financiación externa, con recursos propios del equipo investigador.

CEI

En curso.

Escuchar para empoderar: experiencias de personas con multimorbilidad en su interacción con el sistema sanitario (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1161

Valeria Pacheco Huergo^a, Vanesa Ramos García^b, Débora Koatz^c, María Victoria Martínez López^d, Lilisbeth Perestelo Pérez^e y Ana Isabel González González^f

^a Gerència d'Atenció Primària Barcelona Muntanya-Dreta. Barcelona (España)

^b Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife (España)

^c Avedis Donabedian Research Institute (FAD). Barcelona (España)

^d Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife (España)

^e Red de Investigación de Cronicidad en Atención Primaria y Promoción para la Salud (RICAPPS). Madrid (España)

^f International Projects Unit. Subdirección General de Investigación y Documentación. Viceconsejería de Sanidad de Madrid. Madrid (España)

OBJETIVOS

Explorar las experiencias de las personas de mediana edad con multimorbilidad, analizando su interacción con los profesionales de la salud y el sistema sanitario, para diseñar herramientas que mejoren su empoderamiento y atención sanitaria, lo que incluye un «Mapa del viaje del paciente».

MATERIAL Y MÉTODOS

- Investigación cualitativa basada en la cocreación.
- Contextualización temporal y espacial: octubre 2023 – mayo 2024; comunidades autónomas de Canarias y Madrid en los niveles de Atención Primaria y hospitalaria.
- Criterios de selección y proceso de captación: pacientes de 30 a 60 años con dos o más enfermedades crónicas y profesionales de la salud involucrados en su atención. Los participantes fueron seleccionados intencionalmente para incluir cierta diversidad en el género, la edad y la especialización profesional.
- Técnicas de recogida de información: entrevistas semiestructuradas y sesiones colaborativas.
- Mecanismos de garantía de saturación: saturación teórica alcanzada mediante un análisis iterativo y la triangulación de datos.
- Estrategia y marco teórico del análisis: análisis temático realizado por tres investigadoras independientes para asegurar la validez y confirmabilidad de los resultados.
- Limitaciones: la naturaleza exploratoria y el tamaño reducido de la muestra restringen la generalización de los hallazgos.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Los hallazgos de esta fase del estudio tienen una aplicabilidad directa en la mejora de los modelos de atención para las personas con multimorbilidad. La identificación de necesidades clave, como la información clara y personalizada, la mejor coordinación entre los profesionales y el soporte emocional proporcionan una base sólida para diseñar intervenciones centradas en el paciente. Estas estrategias pueden integrarse en políticas sanitarias y programas de formación, lo que promueve un cuidado más humano, participativo y eficiente.

El enfoque en la cocreación permite desarrollar herramientas y modelos aplicables en diversos contextos, adaptables a diferentes sistemas de salud y poblaciones. Esto fomenta la creación de servicios integrados que aborden desafíos como los tiempos de espera, la comunicación interprofesional y el impacto emocional de las enfermedades crónicas.

Además, estos resultados tienen un potencial transformador al empoderar a los pacientes y fortalecer su participación activa en el proceso de toma de decisiones sobre su salud, un aspecto crucial para mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos.

La transferencia de este conocimiento a las comunidades virtuales en el ámbito de la salud contribuirá a la implementación de estrategias más efectivas, sostenibles y adaptadas a las necesidades específicas de los usuarios y grupos que participan en estos entornos digitales.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Aprobación por el Comité de Ética correspondiente. Consentimiento informado firmado por todos los participantes. Los datos fueron anonimizados de acuerdo con las normativas de protección de datos.

FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) a través del proyecto «PI22/00691 (Canarias) y PI22/01124 (Madrid)», cofinanciado por la Unión Europea.

CEI

Dictamen del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de D. Roberto Collado Borrell, secretario técnico del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife), Fernando Alberto Hidalgo Figuerola – FEA Farmacología Clínica.

Estudio cuasiexperimental antes-después sobre la eficacia de la simulación en la formación sanitaria de residentes en nuestra área de salud (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1162

Elena Muñoz Alonso^a, José Rodríguez Sanz^b, Marta Rodríguez Delgado^b y Ana Isabel Rivera Blanco^c

^a CS de Carbonero El Mayor. Carbonero El Mayor. Segovia (España)

^b CS Segovia III. Segovia (España)

^c CS Segovia I. Segovia (España)

OBJETIVOS

Principal: que los sanitarios en formación especializada en nuestra área de salud adquieren habilidades en la comunicación de malas noticias y la resolución de situaciones difíciles con el uso de la simulación clínica.

Secundarios:

- Aumentar la confianza e incrementar el nivel de satisfacción de los sanitarios en formación especializada en nuestra área de salud.
- Mejorar la seguridad del profesional y del paciente cuando se enfrentan a la comunicación de malas noticias y situaciones difíciles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental antes-después en el que se medirá el efecto de la intervención (aprendizaje mediante técnicas de simulación), antes y después de su desarrollo, en los residentes sanitarios en formación de nuestra área de salud. Además, se medirá el grado de satisfacción de los participantes al recibir la formación mediante una simulación.

Se diseñarán dos escenarios (malas noticias y situaciones difíciles), en los que participarán todos los residentes, que serán separados por categoría profesional.

Se analizará la intervención mediante la escala General Self-Efficacy Scale (GSES), que deberán rellenar antes y después de la intervención, y la Escala de Satisfacción con la Experiencia de Simulación (Satisfaction with Simulation Experience Scale, o SSES), que completarán al finalizar.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

El aprendizaje mediante una simulación en las ciencias de la salud puede utilizarse durante las diferentes fases de la formación sanitaria (grado, posgrado y formación continuada). Además, es una ayuda fundamental para asegurar el aprendizaje del estudiante y del sanitario, y para mejorar la seguridad del paciente y disminuir o evitar los errores que se producen durante la práctica asistencial.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Se entregó el consentimiento informado a todos los participantes.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CEI

Aprobación de la Comisión de Investigación y con número de registro 030/24. No precisa el dictamen de un Comité de Ética de la Investigación (CEI).

Evaluación de la gamificación en el aprendizaje de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes de grado (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1163

Alba Martínez Satorres^a, Anna Escalé Besa^b, Anna Ruiz Comellas^c, Pablo Pires Núñez^d, Andrea Marón López^a y Pablo Pino Prieto^e

^a EAP Passeig Sant Joan. Barcelona (España)

^b EAP Navàs-Balsareny. Barcelona (España)

^c EAP de Sant Joan de Vilatorrada. Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona (España)

^d SEXIT. Barcelona (España)

^e EAP Raval Nord. Barcelona (España)

OBJETIVOS

El proyecto evalúa la eficacia de la gamificación en la enseñanza de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los estudiantes del Grado en Medicina. Sus objetivos son:

- Mejorar el aprendizaje, el trabajo cooperativo y el desarrollo integral de los estudiantes.
- Comparar el impacto de un taller gamificado (*escape room* en videojuego) con el método convencional (clase magistral + taller).
- Evaluar la satisfacción y motivación de los estudiantes respecto a ambas metodologías.

Entre los objetivos específicos se incluyen:

- Adquirir conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, la barrera y la higiene menstrual.
- Conocer la diversidad, la orientación y las prácticas sexuales.
- Aprender sobre las ITS y sus métodos de prevención.
- Identificar situaciones de violencia.
- Conocer las vías de acceso a la atención sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: ensayo clínico aleatorizado con dos grupos (control y experimental).

Lugar: universidad.

Población:

- Referencia: estudiantes de primer curso de cualquier grado de la universidad.
- Estudio: estudiantes de primer curso de Medicina.

Muestreo: aleatorización simple con el software RStudio 4.2.1.

Intervención:

- **Grupo de intervención:** taller gamificado en formato *escape room* digital (1 hora).
- **Grupo de control:** taller convencional con una clase magistral presencial (2 horas).
- Ambos grupos recibirán los mismos contenidos, pero con diferente metodología.
- Mediciones:
 - Cuestionarios pre y posintervención sobre los conocimientos en ITS.

- Encuesta de satisfacción y motivación (escala Likert).

Análisis estadístico:

- Variables cuantitativas: media, desviación típica, pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilks).
- Comparación de grupos: pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, chi-cuadrado y test exacto de Fisher.
- Significación estadística: $p < 0,05$.

Limitaciones:

- Posible sesgo de autoselección en los participantes.
- Las diferencias individuales en las habilidades digitales pueden influir en los resultados.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Si se confirma que la gamificación mejora el aprendizaje y la motivación, el taller se integrará en el currículo de primer curso de los grados en Ciencias de la Salud y Educación de la universidad. Se prevé implementarlo anualmente en combinación con cribados de las ITS dentro de la comunidad universitaria.

Se puede replicar en otras universidades y centros de formación profesional.

ASPECTOS ETICOLEGALES

- Cumple con las directrices de la Declaración de Helsinki y la legislación española (Ley 14/2007 de Investigación Biomédica).
- Se garantiza la confidencialidad de los participantes conforme al RGPD y la LOPD-GDD.
- Participación voluntaria y anónima con el consentimiento informado previo.
- Datos anonimizados y almacenados en servidores seguros de la universidad.
- No se prevé la cesión de datos a terceros ni transferencias internacionales.
- El proyecto será evaluado por el Comité de Ética de la Investigación de la universidad.

FINANCIACIÓN

El proyecto cuenta con el apoyo del Programa PIRE (Projectes d'Innovació i Recerca Educativa) de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC).

CEI

Se ha presentado al Comité de Ética de la Investigación de la universidad, que evaluará el proyecto durante el mes de febrero del 2025.

Intervención de la práctica centrada en la persona para profesionales de Atención Primaria: una aproximación basada en las narrativas de los pacientes (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1164

María Elisa Torres Tejera^a, Vinita Mahtani Chugani^b, Emilio J. Sanz Álvarez^c, María Dolores Marrero Díaz^d y Víctor Expósito Duque^e

^a CS Valterra. Arrecife. Las Palmas de Gran Canaria (España)

^b Médica investigadora. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife (España)

^c Dirección General del Paciente y Cronicidad. Servicio Canario de la Salud. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife (España)

^d EAP La Laguna. Santa Cruz de Tenerife (España)

^e Técnico superior-investigador. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife (España)

OBJETIVOS

General: desarrollar y evaluar una intervención formativa en formato MOOC para los profesionales de Atención Primaria (medicina y enfermería) que promueva una práctica centrada en la persona.

Específicos:

- Diseñar e implementar una actividad formativa basada en las narrativas de los pacientes.
- Evaluar la efectividad de la intervención en la mejora de la práctica clínica.
- Realizar una evaluación cualitativa del impacto percibido de la formación.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio es de tipo mixto cuanti-cualitativo, con un enfoque convergente, evaluando de forma paralela y fusionando los resultados cuantitativos y cualitativos. Se estructura en tres fases principales:

- Fase 1: Diseño de la intervención formativa. Se desarrollará un curso en formato MOOC (Massive Open Online Course) utilizando las narrativas del proyecto DIPEX para fomentar el aprendizaje basado en las experiencias reales de los pacientes. El contenido se organizará en cuatro módulos temáticos que abordarán aspectos esenciales de la atención centrada en la persona (ACP): individualidad del paciente, integración biopsicosocial, colaboración médico-paciente y comunicación empática. La intervención incluirá recursos interactivos, multimedia y actividades reflexivas.
- Fase 2: Implementación y evaluación basal. Se invitará a los médicos y enfermeros de Atención Primaria de Canarias a participar, cumpliendo los criterios de inclusión (contrato vigente y acceso al curso). Los participantes completarán los cuestionarios validados (PPOS y ACPAPS) antes del curso para medir la situación inicial. La inscripción requerirá el consentimiento informado, lo que garantizará el anonimato.
- Fase 3: Evaluación del impacto. Al finalizar el curso, se evaluarán los cambios en la práctica clínica mediante cuestionarios y documentos reflexivos. Los datos cuantitativos analizarán la

variación antes-después en las puntuaciones de los cuestionarios, mientras que los datos cualitativos, recogidos mediante reflexiones y ensayos finales, se procesarán en un análisis final.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la calidad de la atención sanitaria promoviendo una práctica más personalizada, empática y verdaderamente centrada en las necesidades y valores de cada persona.

Fomentar un impacto significativo en la relación médico-paciente, fortaleciendo la confianza mutua y mejorando la experiencia de ambas partes en el proceso asistencial.

Ampliar la aplicabilidad del modelo formativo, pues posibilitará su adaptación y replicación en otras regiones o contextos sanitarios, consolidándolo como una herramienta versátil para transformar la práctica clínica.

ASPECTOS ETICOLEGALES

- Consentimiento informado de los participantes.
- Garantía de anonimato y disociación de los datos en las respuestas de los cuestionarios.
- Acreditación del curso y certificación para los participantes.

FINANCIACIÓN

No, pendiente de beca.

CEI

Sí.

La comunicación intercultural sanitaria femenina (Intercomsalud) (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1165

Carmen Pena Díaz^a, Raquel Lázaro Gutiérrez^a, Fe Amalia García Santiago^a, Jonay Ojeda Ojeda^a, Elena Mansilla Aparicio^a y Marta Cortés León^a

^a Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid (España)

OBJETIVOS

- Analizar el papel de la competencia intercultural en las interacciones de los profesionales sanitarios con mujeres no españolas, y cómo afecta a la comunicación.
- Diseñar e implementar acciones formativas desde una perspectiva interlingüística e intercultural.
- Contribuir a mejorar la prestación de la asistencia sanitaria a la población extranjera haciendo más eficaz la comunicación entre los pacientes y el personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, con una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa), en un hospital terciario.

Se incluirán mujeres que no hablen español, de entre 18 y 50 años, que acudan al servicio de ginecología, y los sanitarios que las atienden.

Para el estudio cuantitativo se encuestarán 60 pacientes y a 20 sanitarios para establecer la percepción de la comunicación en ambos grupos, y para el cualitativo (grabación de las consultas y entrevistas posteriores) se harán 2 grupos focales (de 10 pacientes y 5 sanitarios). La triangulación de los métodos (etnografía reflexiva en el vídeo, grupos de discusión y observación participante) incluirá la creación de un corpus, que consistirá en:

1. Consultas clínicas grabadas en vídeo.
2. Reuniones de los grupos focales grabadas en vídeo.

Para probar las herramientas metodológicas se llevarán a cabo estudios piloto con participantes femeninas, que se analizarán antes del estudio propiamente dicho. Para los estudios piloto se grabará en vídeo a tres pacientes (de diferentes orígenes e idiomas, posiblemente árabe, francés y chino) y a un clínico de la unidad de Ginecología y Obstetricia en sus consultas clínicas. En la siguiente cita, un intérprete intercultural e interlingüístico (PSIT) en cada idioma mediará el intercambio. El objetivo de la grabación en vídeo es recopilar información de las consultas clínicas reales con y sin intérpretes, así como a través de la observación participante. Esta última se utilizará para observar al sujeto de la investigación, los pacientes, y a los clínicos en sus consultas, con el fin de obtener un recuento sistemático de los comportamientos y sistemas de ideas relativos a la comunicación y la competencia intercultural. La observación participante nos permitirá describir en profundidad y nos ayudará a comprender el comportamiento humano. Además, también se utilizará la reflexividad de la práctica como forma de recopilar datos. Para ello, se pedirá al clínico que observe secuencias de cómo actuó en las sesiones de interpretación y que reflexione sobre lo que vio/oyó.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro proyecto pretende contribuir a la mejora del tratamiento de los pacientes extranjeros a través de los intérpretes. El Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital se verá beneficiado de la participación en sus consultas de intérpretes con este tipo de pacientes.

ASPECTOS ETICOLEGALES

Todos los datos serán tratados de forma anónima y cumpliendo las directrices éticas tanto de la Universidad de Alcalá como del Hospital Universitario La Paz. Contamos con la autorización de los Comités de Ética de la Investigación (CEI) de ambas instituciones.

FINANCIACIÓN

Proyectos de generación de conocimiento, Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023 (código: PID2022-137506OB-I00).

CEI

CEI de la Universidad de Alcalá.

CEI del Hospital Universitario La Paz.

Violencia de género en Atención Primaria (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1166

Cristina Luna García Lepe^a

^a Hospital de Palamòs. Girona (España)

OBJETIVOS

El propósito de este estudio fue determinar y analizar el conocimiento de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) sobre el manejo de la violencia de género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en centros de AP dirigido a los profesionales sanitarios. Los criterios de selección fueron basados en la categoría profesional. Inclusión: médicos/as en los centros participantes, enfermeros/as, matrones/as, ginecólogas/os, psicólogas/os, referentes del bienestar emocional. Se incluyeron 67 profesionales de AP. Los datos se obtuvieron de forma anónima a través de encuestas que se distribuyeron mediante REDCap.

Salidas principales del estudio: detección de los casos de violencia de género, conocimiento sobre el manejo de la violencia de género. Medidas principales del estudio: formación sobre la violencia de género, conocimiento de los protocolos sobre violencia de género, experiencia en el manejo y detección de la violencia de género, categoría profesional, años de experiencia, demografía.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, la formación, la experiencia previa, el conocimiento y la identificación de casos de violencia de género. Se realizará un análisis inferencial mediante un análisis de la varianza y modelos de regresión lineal para analizar los factores asociados al conocimiento y la formación de los profesionales, la identificación de casos de violencia de género y la experiencia en relación con el manejo. Los resultados con un p-valor <0,05 serán considerados estadísticamente significativos. Los datos se analizarán en Rstudio 2023.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

La violencia de género atenta contra los derechos humanos de las mujeres y representa un problema social y cultural que deriva de una estructura patriarcal caracterizada por unas relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres.

En general, el número de mujeres muertas por violencia de género en España se ha mantenido relativamente estable entre la cifra de 50 y 76 de forma anual. Las mujeres que sufren malos tratos hacen un mayor uso de los servicios sanitarios. La AP se considera un ám-

bito privilegiado de intervención y abordaje de la violencia machista dado su carácter universal, y debería ser el punto clave para el acceso y la detección de estos casos; a pesar de ello solo se detectan un 5-15% del total estimado de casos de violencia de género.

Se trata de una problemática compleja y muy grave que requiere un abordaje integral coordinado. En este contexto, el colectivo de profesionales de la salud tiene un papel fundamental en la prevención, la detección, la atención y la recuperación de las mujeres en situación de violencia de género. Sin embargo, se desconoce cuál es el conocimiento de nuestros profesionales sanitarios respecto a la violencia de género.

Este estudio permite describir la experiencia, el conocimiento y la formación de los profesionales en relación con la violencia de género y su detección. Esto permitirá definir nuevas líneas de actuación, mejorar la formación, los recursos disponibles y avanzar en la detección de los casos de violencia de género.

ASPECTOS ETICOLEGALES

El estudio se realizará en cumplimiento de la Declaración de Helsinki de acuerdo con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

FINANCIACIÓN

Este estudio no requiere financiación.

CEI

Este estudio de investigación está aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos CEIm GIRONA, en la reunión del 21/05/2024 (Acta 6/2024) (código CEIM: 2024.078), cumpliendo con las normas de Buenas Prácticas Clínicas (BPC) (CPMP/ICH/135/95).

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Adaptación cualitativa de la escala CICAA para consultas entrevistas clínicas audiograbadas mediante metodología Delphi (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1167

Asunción Samper Hernández^a, Jesús González Lama^b, José Joaquín Mira Solves^c y María Nieves Barragán Brun^d

^a Unidad de Corta Estancia. Hospital General Universitario de Elche. Alicante (España)

^b CS Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba (España)

^c Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante (España)

^d CAP Vallcarca. Barcelona (España)

OBJETIVOS

El propósito de este estudio es adaptar una escala ampliamente validada en español para evaluar las habilidades comunicativas en las entrevistas clínicas grabadas en vídeo, como es la escala CICAA a entrevistas audiograbadas. Se realiza para ello una primera validación cualitativa con el fin de evaluar la validez aparente de contenido y de consenso.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio tipo Delphi. Los criterios de selección de los participantes incluyeron representantes activos del Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) con experiencia docente y/o investigadora. A quienes aceptaron participar en el estudio se les entregó una propuesta de una escala modificada, adaptada a las grabaciones de audio, para que pudieran modificar o eliminar los ítems que consideraban. En una segunda ronda, la versión modificada con las respuestas de los participantes se reenvió a los expertos para que sopesaran la importancia de cada ítem, en una escala ordinaria del 1 (menos importante) al 5 (el más importante). Para incluir el ítem de la escala definitiva CICAA-Audio se utilizó un punto de consenso del 70% de los expertos con una puntuación de 3 o más en esta escala.

RESULTADOS

Se recibieron un total de 29 respuestas en la primera ronda y 19 en la segunda. Todos los participantes fueron médicos y médicas de familia pertenecientes al Grupo Programa Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (sem-FYC). Se alcanzó el consenso en el 100% de los ítems.

CONCLUSIÓN/ES

Una escala validada para evaluar las habilidades comunicativas en las entrevistas clínicas grabadas en audio podría ser de gran utilidad en este estudio, y es el primer paso en la validación de la escala CICAA-Audio, que se completará mediante una validación cuantitativa con entrevistas clínicas.

CEI

Este estudio cuenta con la valoración positiva del Código de Investigación Positiva de la Universidad Miguel Hernández.

Atención centrada en la persona en médicos de familia de un municipio. Un estudio piloto (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1168

Alba Sánchez Molina^a, Juan Francisco Menárguez Puche^a, M.^a Mercedes Tárraga Aguilar^a, Blas Serrano Costa^a, Cristina Alcázar Pérez^a e Isidro de la Ossa Guirao^b

^a CS Profesor Jesús Marín López. Molina Sur. Murcia (España)

^b CS Vistabella. Murcia (España)

OBJETIVOS

Describir el modelo de atención centrada en la persona (ACP) auto-percibido por los médicos de familia (MF) de un municipio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo. Municipio de 77.493 habitantes atendidos por 43 MF de dos centros de salud (CS). Se recogió información sociodemográfica, y sobre la experiencia profesional, docencia y formación previa en comunicación.

Variable principal: cuestionario ACPAPS validado en MF españoles. Valora la ACP que realiza un MF con sus pacientes. Consta de 37 ítems respondidos mediante escalas Likert (rango = 1-5). Valoración sumatoria de cinco dimensiones: médico como persona (MCP), paciente como persona (PCP), abordaje bio-psico-social (ABPS), compartir poder y responsabilidad (CPR) y alianza terapéutica (AT).

Los datos de cada MF que participaron voluntariamente fueron anonimizados. Limitaciones: posible efecto Hawthorne. Tamaño muestral limitado. Autovaloración subjetiva de conducta.

Se realizó una estadística descriptiva, bivariante y multivariante (regresión múltiple).

RESULTADOS

Respondieron al cuestionario 39 MF y 4 MIR (tasa respuesta = 90,7%). Edad media = 47,1 ± 14,2 años. 67,4% mujeres. 44,2% > 55 años. El 14% llevaban más de 15 años trabajando en el mismo CS. Un 73,8% tenía formación en comunicación.

Puntuación global ACPAPS = 4,19 (DE = 0,85). Dimensiones: MCP = 3,84, DE = 0,95. PCP = 3,26, DE = 1. ABPS = 4,33, DE = 0,52. CPR = 3,57, DE = 1,17. AT = 4,23, DE = 0,84.

La docencia, género y tutorización no se relacionaron con mejor ACP. Formación en comunicación se relacionó con mejor ACPAPS global, PCP, PRC, AT y ABPS ($p < 0,05$). Mayores de 55 años obtuvieron mayor puntuación en el cuestionario global y todas sus dimensiones (no significativo). Los MF con más años de experiencia realizaban más CPR ($p < 0,02$). Longitudinalidad (> 15 años en CS) se relacionó con mejor CPR.

Se confirmaron dos modelos explicativos significativos: a) dimensión ABPS ($p = 0,034$). R² que explica el 31% de variabilidad b) dimensión CPR ($p = 0,022$). R² que explica el 34% de variabilidad. En ambos modelos resultó significativa la formación en comunicación ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La edad y longitudinalidad se relacionaron con mejor ACP global y CPR.

El factor más importante para desarrollar el ACP es la formación previa en comunicación.

CEI

Autorización del CEIC Hospital Morales Mesguer, código de protocolo 12/25.

Eficacia de la simulación en la formación sanitaria de residentes en nuestra área de salud: primeros resultados (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1169

Elena Muñoz Alonso^a, Marta Rodríguez Delgado^b, Ana Isabel Rivera Blanco^c y José Rodríguez Sanz^b

^a CS de Carbonero el Mayor. Segovia (España)

^b CS Segovia III. Segovia (España)

^c CS Segovia I. Segovia (España)

OBJETIVOS

Mejorar las habilidades de los residentes sanitarios en nuestra área de salud en la comunicación de las malas noticias y la resolución de situaciones difíciles con una simulación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó una simulación de malas noticias y situaciones difíciles para los residentes sanitarios. Se les entregó dos encuestas: General Self-Efficacy Scale (GSES) antes y después de desarrollar la simulación y la Escala de Satisfacción con la Experiencia de Simulación (SSES). Además, recogimos la experiencia profesional y la especialidad mir, eir u otros (PIR o FIR).

RESULTADOS

Eficacia de la intervención: escala GSES (N = 26).

GSES-pre: rango observado 23-40 puntos (mediana 31,5). Un 25% supera los 34,25. La media es 31,73 (± 4,62).

GSES-post: rango observado 26-40 puntos (mediana 33,5). Un 25% supera los 37,25. La media es 33,27 (± 4,55).

Se aprecia un incremento tanto en la media (33,27 vs 31,73) como en la mediana (33,5 vs 31,5).

Se aplicó el test de Wilcoxon determinando una significación estadística con $p < 0,05$ (ZW = 1,86; p-valor exacto unilateral = 0,032). Se refrendó con el test paramétrico de Student MR ($t = 2,02$; P-valor unilateral = 0,027) y se calculó el tamaño del efecto (R² = 0,140). Se

ha observado que en un 46,2% de los participantes aumenta su puntuación total GSES tras la intervención.

No hay una significación estadística en relación con la experiencia profesional y especialidad, pero el tamaño del efecto ($R^2 = 0,053$) es moderado en la experiencia profesional (mejorando tanto en aquellos con más experiencia como en los que menos) y grande ($R^2 = 0,185$) en la especialidad (mejora en *mir* y *eir*).

Satisfacción con la experiencia de simulación: escala SSES ($N = 18$). Alto grado de satisfacción (todos los valores se concentran entre 4 y 5). Destaca la autoconfianza más elevada en los participantes con menos experiencia con respecto a los de más experiencia ($R^2 = 0,208$; grande) y mayor puntuación en *mir* frente a *eir* ($R^2 = 0,134$; grande).

CONCLUSIONES

La simulación mejora la autoconfianza en los participantes, siendo esta más clara en los que menos experiencia profesional tienen. Se necesita un mayor tamaño de N para conseguir mayor significación estadística.

CEI

Aprobación de la Comisión de Investigación con número de registro 030/24.

Entrevista clínica: escuchar para transformar. Encuestas que optimizan la relación médico-paciente (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1170

Analia Coronel^a, Melisa Borturo Gnesotto^a, Patricia Lorena Zarratea^b y María Florencia Montori^a

^a Observatorio de Comunicación en Salud de la Universidad Nacional A. Jauretche. Buenos Aires (Argentina)

^b Área de Comunicación Social y Telemedicina del Hospital Alta Complejidad en Red el Cruce. Buenos Aires (Argentina)

OBJETIVOS

Escuchar y entender a los pacientes de un hospital para fortalecer la relación médico-paciente.

Medir la calidad del servicio hospitalario.

Mejorar la adherencia al tratamiento y promover la prevención.

Diseñar estrategias comunicacionales efectivas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudios como el de Doyle *et al.* (2023) destacan que evaluar sistemáticamente la satisfacción aumenta la capacidad hospitalaria para responder a las necesidades del paciente, lo que favorece una cultura de mejora continua y atención centrada en la persona.

Esta estrategia proporciona información esencial basada en la evidencia, permitiendo transformar la relación médico-paciente en un vínculo que permite escuchar para entender, entender para acompañar.

El diseño muestral, no probabilístico y basado en la saturación teórica, certificado por normas IRAM ISO 9001: 2015, incluyó a pacientes de consultorios externos, atención a adultos mayores, hospitalización y telemedicina. Los datos, obtenidos mediante constructos diseñados *ad hoc* y analizados con el modelo SERVQUAL, evalúan aspectos como tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

RESULTADOS

En la organización estudiada, la transición hacia las herramientas digitales han sido clave para aumentar la tasa de respuesta. La implementación de la plataforma digital elevó la participación del 25% en 2021 al 53% en 2023, pasando de 812 envíos y 203 respuestas presenciales a 10.605 envíos y 5.621 encuestas digitales respondidas.

CONCLUSIONES

Las encuestas son más que una herramienta de medición; son un canal para construir una gestión hospitalaria eficiente y centrada en las personas. Escuchar permite entender, y entender posibilita acompañar, estableciendo vínculos sólidos y sostenibles entre el sistema de salud y los pacientes.

Gordofobia: ¿somos conscientes de lo que hacemos? (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1171

Paula Coll-Vinent Silva^a y Alexi Tena Domingo^a

^a CAP Vallcarca i Sant Gervasi. Barcelona (España)

OBJETIVOS

Explorar las percepciones y prácticas de los profesionales sanitarios en relación con el peso corporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: transversal descriptivo.

Material: encuesta online de 22 preguntas cerradas, dos de ellas de respuesta múltiple.

Ámbito de realización: médicos y enfermeros de Atención Primaria y Hospitalaria.

Número de participantes: 114.

RESULTADOS

El 77,7% de los encuestados niegan ser gordofóbicos. Pese a ello, el 92,9% reconocen haber podido usar lenguaje estigmatizante, el 85,3% asocia la obesidad con la palabra culpa, y el 53,6% acepta tener prejuicios con los pacientes gordos.

Por otro lado, más de la mitad de los profesionales usan herramientas en la consulta diaria, como el seguimiento de peso anual y el IMC, que no han demostrado aportar un beneficio en el seguimiento de los pacientes. Y solamente el 9,8% de los encuestados abordan el tema del peso después de que el paciente pregunte directamente, y hasta el 33,9% menciona la gordura como problema, aunque no tenga relación alguna con el motivo de consulta.

CONCLUSIONES

La gordofobia es una forma de violencia estructural y simbólica, y como tal las personas que componen la sociedad participan de ella. Los médicos y enfermeros no somos una excepción, y eso hace que perpetuemos comportamientos en la consulta que impactan directamente en la salud de las personas gordas.

En la encuesta solamente un 12,5% afirma haber recibido formación específica para el manejo del paciente con sobrepeso, pese a que más de la mitad de la población adulta en España presenta exceso de peso, ya sea en forma de sobrepeso u obesidad.

Es fundamental la formación en los sesgos y enfoques no centrados en el peso para mejorar la salud de los pacientes (al 59,8% de los encuestados les gustaría recibirla), entre otras posibles propuestas de mejora como el cambio en la comunicación clínica, e inclusión de otros indicadores de salud más allá del peso y/o IMC.

Habilidades comunicacionales de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. ¿Sabemos cómo están? (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1172

Idaria Fuentes Angulo^a, Lourdes Garcia Martínez^b,
Herminia Moreno Martos^b y Manuela Zapata Martínez^b

^a CS El Alquíán. Almería (España)

^b CS Virgen del Mar. Almería (España)

OBJETIVOS

- Evaluar el nivel de asertividad de los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Analizar la empatía de los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo transversal, realizado en Atención Primaria (AP).

- Criterios de selección: especialistas internos residentes de la Unidad Docente (UD).
- Número de sujetos incluidos: 98.
- Número de sujetos que responden: 45.
- Intervenciones: usamos dos escalas, Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), y The Jefferson Scale of Physician Empathy (versión revisada) a través de una encuesta de Google.
- Variables: edad, sexo, año de residencia, te consideras asertivo, empático.
- Análisis estadístico: análisis univariable con v. cualitativas (distribución de frecuencias) y v. cuantitativas (medias).
- Limitaciones: no querer participar y contestar las encuestas aquellos que estén más motivados.
- Aspectos éticolegales: el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio. Se envió el proyecto a la Comisión de Investigación del distrito.

RESULTADOS

45 respuestas (46% del total de residentes), 78% mujeres, edad media 30 años, más del 50% se considera asertivo y más del 75% se considera un profesional empático.

Medias: asertividad: 54,07 (puntuaciones por encima de la media, lo que indica que no tienen problemas de expresión en sus relaciones interpersonales). Asertividad Indirecta: 39,51 (puntuaciones por debajo de la media, indica que son personas capaces de expresarse abiertamente, sin necesidad de hacerlo de manera indirecta). No asertividad: 35,98 (puntuaciones por debajo de la media, por lo que son capaces de expresar sus deseos, opiniones y sentimientos). Media de empatía de 6,02 (1-7).

CONCLUSIONES

- Las puntuaciones obtenidas en la dimensión asertividad están por encima de la media, por lo tanto, la mayoría de los residentes son asertivos, no tienen problemas de expresión en sus relaciones y son capaces de expresar sus sentimientos, emociones, deseos y opiniones de forma directa.
- La puntuación de los residentes en cuanto a la empatía es alta.

Versión preliminar del instrumento ACP-OF (atención centrada en la persona con orientación familiar) (oral)

DOI: 10.55783/rcmf.19E1173

Ander Portugal Martínez^a, Sandra López Caballero^b, Jesús Martín Treviño Theriot^c, Juan Carlos Arboniés Ortiz^d y Margarita López Rey^b

^a CS Zuazo. Barakaldo. Bizkaia (España)

^b CS la Paz-Cruces. Barakaldo. Bizkaia (España)

^c CS de Balmaseda. Bizkaia (España)

^d UD Multiprofesional Familiar y Comunitaria de Gipuzkoa. Gipuzkoa (España)

OBJETIVOS

Desarrollar un instrumento que mida los componentes de la atención centrada en la persona con orientación familiar (ACP-OF) para evaluar las interacciones en las consultas de Medicina de Familia (MF).

PACIENTES Y MÉTODOS

Entre julio 2024 y enero 2025, el equipo investigador se reunió en un centro de salud (CS) en 9 sesiones grupales de 3 horas. Visualizó un total de nueve videgrabaciones (VG) de consultas simuladas seleccionadas por conveniencia por los tutores.

Se evaluaron las VG con base en dos ejes: según su nivel de atención (0: ausencia de interacción, 1: centrado en la enfermedad, 2: intercambio colaborativo de información, 3: manejo de emociones, 4: intervención psicosocial, 5: terapia familiar) y la orientación familiar observada (A: paciente, B: contexto familiar y C: familiar acom-

pañante). Cada apartado incluye subcriterios siguiendo el marco teórico de Marvel et al. (1994).

Los investigadores pusieron en común sus observaciones en cada subcriterio. Cuando hubo discrepancias se visualizaba la VG iterativamente hasta llegar a un consenso.

En los casos de mayor controversia sobre el lenguaje verbal y no verbal que emplearon en la interacción, se emplearon varias sesiones para evaluar una VG. Se transcribió cada VG mediante un software de Inteligencia Artificial (Sonix®). Las actas de las reuniones recogen el desarrollo del proceso.

RESULTADOS

Mediante el proceso de consenso se pudieron delimitar mejor los niveles de orientación familiar observados en las VG. Las particularidades diferenciales entre los niveles y entre los subcriterios de cada nivel se ilustraron con fragmentos de las VG. Cada nivel de orientación está compuesto por un *continuum* de criterios (mínimos y máximos) en los tres enfoques. Es preciso que al menos un subcriterio sea observable para estar en ese nivel y/o enfoque concreto.

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado una versión inicial de un instrumento de medición basado en los componentes de la ACP-OF que pretende evaluar las competencias clínicas de los MF.

CEI

Pendiente de aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm).