



**Recibido:** Diciembre 1, 2025.  
**Aceptado:** Febrero 18, 2026.  
**Publicado:** Febrero 21, 2026.  
**Editor:** Dra. Mayra Ordoñez Martínez.

#### Como citar:

Placencia-Ibadango M, Vargas-Vera R, Placencia-Ibadango S, Lucero C, Vargas-Silva K. Habilidades comunicativas en la formación médica basada en valor. Percepción de los estudiantes de primer semestre y su impacto en la relación médico-paciente. Actas Médicas (Ecuador) 2026;14(1):61-71.

DOI: <http://doi.org/10.61284/284>

**Hospital Alcívar.**

ISSN-L: [2960-8309](https://doi.org/10.61284/284)

Copyright 2026, Martha Verónica Placencia-Ibadango, Ramón Miguel Vargas-Vera, Silvia Maribel Placencia-Ibadango, Carmen Elizabeth Lucero Novillo, Kalid Stefano Vargas-Silva. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

#### \* Autor de correspondencia

Email: Martha Verónica Placencia-Ibadango  
<marthitaplacencia1975@hotmail.com> Dirección: Ciudadela Universitaria, en la intersección de la Av. Delta s/n y Av. Kennedy, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil, Ecuador. CP 090510. Teléfono [593] 04-220-6950.

# Habilidades comunicativas en la formación médica basada en valor. Percepción de los estudiantes de primer semestre y su impacto en la relación médico-paciente.

Martha Verónica Placencia-Ibadango <sup>1</sup> \*, Ramón Miguel Vargas-Vera <sup>1</sup> , Silvia Maribel Placencia-Ibadango <sup>1</sup> , Carmen Elizabeth Lucero Novillo <sup>1</sup>, Kalid Stefano Vargas-Silva <sup>2</sup> .

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil, Ecuador.
2. Departamento de postgrados, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

## Resumen

**Introducción:** La Medicina Basada en Valor (MBV) prioriza resultados que impactan en la vida del paciente y exige una comunicación clínica de alta precisión. Estas habilidades son determinantes para la adherencia, la toma de decisiones compartidas y la eficiencia del sistema. Pese a su relevancia, suelen descuidarse en la formación inicial. Este estudio evalúa la autopercepción de estudiantes de primer semestre sobre sus competencias comunicativas, con el fin de diagnosticar fortalezas y áreas de mejora necesarias para una práctica médica humanizada y efectiva.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y transversal realizado en la Universidad de Guayaquil (julio-octubre de 2025). Se aplicó un cuestionario de 15 ítems (escala Likert) a una muestra probabilística de 130 estudiantes de medicina (alfa de Cronbach: 0.83), que evaluaba cinco dimensiones de la comunicación clínica. Para mitigar sesgos, se emplearon la validación por expertos y la doble digitación de los datos. El análisis estadístico incluyó promedios ponderados y frecuencias mediante el software SPSS v.26.0, priorizando la consistencia interna y el rigor metodológico.

**Resultados:** Fueron 130 encuestados. El análisis reveló un alto desempeño percibido en la adaptación del mensaje (4.52), la mentalidad abierta (4.38) y la escucha activa (4.36). No obstante, se identificaron debilidades críticas en la gestión de la escucha profunda, específicamente en la planificación de respuestas durante la escucha (3.56), en el manejo de interlocutores difíciles (3.78) y en la objetividad frente a opiniones ajenas (3.72). La mayoría de los estudiantes reconocen la importancia de las habilidades comunicativas, pero reportan deficiencias en su desarrollo formativo. Las puntuaciones más bajas se relacionaron con la práctica sistemática de la escucha activa y la empatía en escenarios clínicos.

**Conclusiones:** Los estudiantes poseen una sólida autopercepción de su adaptabilidad comunicativa, pero presentan deficiencias críticas en la escucha profunda y en el manejo de situaciones complejas. Bajo el modelo de Medicina Basada en Valor, estas brechas limitan la obtención de resultados óptimos. Es imperativo integrar las competencias comunicativas como habilidades técnicas y transversales en el currículo. Fortalecer la escucha activa y la gestión emocional desde etapas tempranas garantizará profesionales capaces de liderar un sistema de salud más efectivo, sostenible y humano.

**Palabras clave:** Comunicación médica; habilidades interpersonales; educación médica; empatía; estudiantes de medicina.



# Communication skills in value-based medical training: First-semester students' perceptions and their impact on the doctor-patient relationship.

## Abstract

---

**Introduction:** Value-Based Healthcare (VBHC) prioritizes outcomes that impact patients' lives and demands high-precision clinical communication. These skills are decisive for treatment adherence, shared decision-making, and system efficiency. Despite their relevance, they are often overlooked in early medical training. This study evaluates first-semester medical students' self-perceptions of their communicative competencies to identify strengths and areas for improvement necessary for a humanized and effective medical practice.

**Materials and Methods:** An observational, prospective, and cross-sectional study was conducted at the University of Guayaquil (July–October 2025). A 15-item Likert-scale questionnaire was administered to a probabilistic sample of 130 medical students (Cronbach's alpha = 0.83) to evaluate five dimensions of clinical communication. To mitigate bias, expert validation and double-entry data verification were employed. Statistical analysis included weighted averages and frequencies in SPSS v.26.0, prioritizing internal consistency and methodological rigor.

**Results:** A total of 130 respondents participated. The analysis revealed high perceived performance in message adaptation (4.52), open-mindedness (4.38), and active listening (4.36). However, critical weaknesses were identified in deep listening management, specifically in planning responses while listening (3.56), managing difficult interlocutors (3.78), and maintaining objectivity toward others' opinions (3.72). Most students recognize the importance of communication skills but report deficiencies in their formative development. The lowest scores were related to the systematic practice of active listening and empathy in clinical settings.

**Conclusions:** Students have a solid self-perception of their communicative adaptability but exhibit critical deficiencies in deep listening and in managing complex situations. Under the Value-Based Healthcare model, these gaps limit the achievement of optimal outcomes. It is imperative to integrate communicative competencies as technical and transversal skills within the curriculum. Strengthening active listening and emotional management from the earliest stages will ensure that professionals are capable of leading a more effective, sustainable, and humane healthcare system.

### Keywords:

Medical communication; interpersonal skills; medical education; empathy; medical students.

---

## Introducción

La Medicina Basada en Valor (MBV) marca un cambio de paradigma en el que se deja de medir el éxito por la cantidad de servicios prestados para medirlo por los resultados que realmente impactan en la vida del paciente. En este modelo, la eficiencia clínica no se limita a la precisión de un diagnóstico o al éxito de una cirugía, sino que se define por la capacidad del sistema para devolver funcionalidad y bienestar al individuo al menor costo posible [1].

Sin embargo, para que esta ecuación de valor sea efectiva, existe un componente intangible pero determinante: la comunicación. No se pueden alcanzar resultados centrados en el paciente si no se comprenden primero sus expectativas, miedos y contexto social. Es aquí



donde las habilidades comunicativas dejan de ser un "complemento amable" para convertirse en una herramienta clínica de alta precisión [2].

La integración de las competencias comunicativas en la MBV se fundamenta en tres ejes críticos: la definición de resultados, en los que el "valor" es subjetivo. Solo a través de una escucha activa y empática, el médico puede identificar qué resultado es prioritario para el paciente (por ejemplo, priorizar la movilidad sobre la ausencia total de dolor). El segundo eje, la adherencia y la autogestión, en la que un paciente que comprende su patología gracias a una comunicación clara presenta tasas más altas de adherencia al tratamiento, lo que reduce complicaciones, reingresos hospitalarios y, por ende, costos innecesarios. El tercer eje es la toma de decisiones compartidas en la que la MBV exige que el paciente sea un actor activo. Esto requiere que el médico domine la expresión verbal y no verbal para transmitir información compleja de forma comprensible, lo que permite tomar decisiones alineadas con los valores del paciente [3].

Diversos estudios han demostrado que una comunicación clínica efectiva mejora la adherencia al tratamiento, reduce los errores médicos y fortalece la satisfacción tanto del paciente como del profesional [3, 4]. Sin embargo, estas competencias no siempre se abordan con la suficiente profundidad en los planes de estudio de medicina, especialmente en las etapas iniciales de formación [5].

El presente estudio parte de la necesidad de promover una enseñanza sistemática de la comunicación clínica desde el inicio de la carrera médica. Para ello, se plantea un diagnóstico formativo a partir de la autopercepción de estudiantes de primer semestre, con el fin de identificar fortalezas y áreas de mejora en sus habilidades comunicativas.

## Materiales y métodos

### Diseño del estudio

Este estudio es observacional, prospectivo. El corte es transversal.

### Escenario

El presente estudio se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil. El período de observación fue del 1 de julio de 2025 al 30 de octubre de 2025.

### Participantes

Se incluyeron estudiantes del primer semestre de la carrera de medicina de la institución.

### Variables

Se aplicó un cuestionario estructurado compuesto por 15 afirmaciones relacionadas con aspectos de la comunicación verbal y no verbal, la escucha activa, la empatía, la adecuación del mensaje y el control emocional [6].

### Fuentes de datos/mediciones

La fuente fue directa. Cada ítem del cuestionario se evaluó mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = no me identifiqué, 5 = me identifiqué totalmente). El instrumento fue diseñado para medir cinco dimensiones: escucha activa, empatía, expresión verbal, expresión no verbal y establecimiento de la relación terapéutica. El cuestionario fue adaptado de modelos existentes en la literatura (Silverman y Makoul) y validado mediante el juicio de expertos (validación de contenido). La consistencia interna del instrumento fue adecuada, con un



coeficiente alfa de Cronbach de 0.83. La aplicación del instrumento se realizó de forma autoadministrada, en formato impreso, durante una sesión académica, lo que garantizó la confidencialidad de los participantes.

### **Sesgos**

Se evitó el sesgo de observación y de selección mediante la aplicación de los criterios de selección de participantes. El investigador principal siempre mantuvo los datos mediante una guía y registros aprobados en el protocolo de investigación para evitar posibles sesgos del entrevistador, de la información y del recuerdo. Se capacitó a los recolectores de información sobre los formularios. Dos investigadores analizaron de forma independiente cada registro por duplicado, y las variables se ingresaron en la base de datos tras verificar su concordancia.

### **Tamaño del estudio**

La muestra fue probabilística. En el año 2023 se matricularon 659 estudiantes en la carrera de medicina en la Universidad de Guayaquil. Con una frecuencia esperada de 11.9%, el límite de confianza del 5% y el nivel de confianza del 95% el tamaño muestral fue de 129 casos. Se usó Epi Info Versión 7.2.7 (CDC, Atlanta, EE.UU., liberado el 9 de marzo de 2025).

### **Variables cuantitativas**

Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes. No se convirtieron las variables recolectadas en escala en variables categóricas.

### **Análisis estadístico**

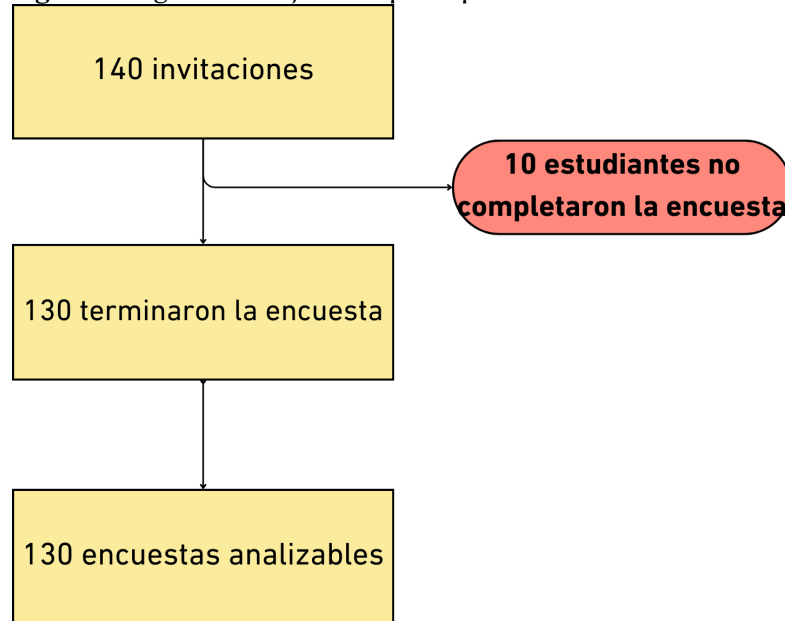
Los datos recolectados se organizaron en frecuencias absolutas y relativas. Se calcularon promedios ponderados por ítem y por dimensión para identificar las fortalezas y debilidades comunicativas del grupo estudiado. El paquete estadístico utilizado fue SPSS Statistics para Windows, versión 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

# Resultados

## Participantes

Un total de 130 estudiantes participaron en el estudio (Figura 1).

**Figura 1.** Diagrama de flujo de los participantes del estudio.



## Descripción de las competencias

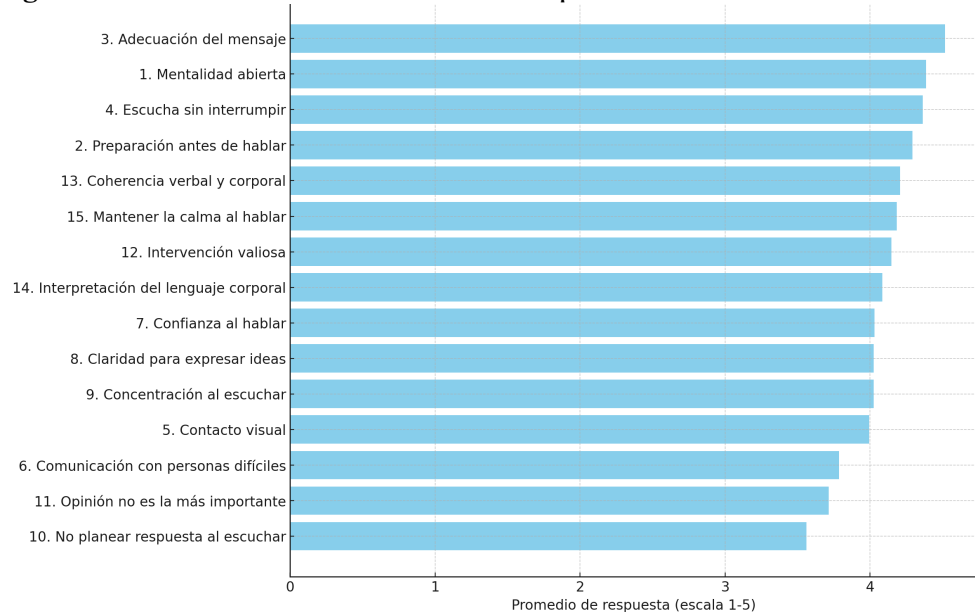
Las competencias con mayor promedio fueron la adecuación del mensaje al interlocutor (4.52), la mentalidad abierta ante distintas opiniones (4.38) y la escucha activa sin interrupciones (4.36). Otros aspectos con puntuaciones elevadas incluyeron la preparación previa a hablar (4.29) y la coherencia entre el lenguaje verbal y el corporal (4.21). En contraste, las habilidades con menor promedio correspondieron a la capacidad de evitar planificar una respuesta mientras se escucha (3.56), al manejo de interlocutores difíciles (3.78) y a la valoración equitativa de otras opiniones (3.72) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Habilidades comunicacionales

Item	Descripción	Promedio	%
3	Adaptación del mensaje al interlocutor	4.52	90.4%
1	Apertura de mente y disposición a cambiar de opinión	4.38	87.6%
4	Escucha sin interrumpir.	4.36	87.2%
2	Preparación antes de comunicar	4.29	85.8%
13	Coherencia entre lenguaje verbal y corporal	4.21	84.2%
15	Mantén la calma al hablar, incluso cuando estés molesto.	4.18	83.6%
12	Intervenir solo con aportes valiosos	4.15	83.0%
14	Entiende el lenguaje corporal de los demás	4.08	81.6%
7	Confianza al hablar y claridad	4.03	80.6%
8	Claridad para expresar ideas	4.02	80.4%
9	Concentración al escuchar	4.02	80.4%
5	Contacto visual adecuado	3.99	79.8%
6	Seguridad al tratar con personas difíciles	3.78	75.6%
11	No consideres que la propia opinión es lo más importante.	3.72	74.4%
10	No planifiques tu respuesta mientras la otra persona habla	3.56	71.2%

Los resultados de mayor puntuación en la encuesta revelan un perfil de competencias que se alinea directamente con los objetivos de la Medicina Basada en Valor. Estos ítems pueden agruparse en tres dimensiones clave que garantizan que el cuidado de la salud sea efectivo y de bajo costo emocional y financiero (Figura 2).

**Figura 2.** Promedio de habilidades comunicativas por ítem.



## Discusión

### Hallazgos principales

Los hallazgos de este estudio, derivados de una muestra de 130 estudiantes de medicina, revelan un perfil de competencias comunicativas, con una marcada inclinación por la adaptabilidad y la apertura relacional, elementos fundamentales en el marco de la Medicina Basada en Valor. Los participantes demostraron un alto desempeño percibido en dimensiones críticas, como la adecuación del mensaje al interlocutor (4.52) y la coherencia entre el lenguaje verbal y el corporal (4.21), lo que sugiere una sólida base para establecer la confianza necesaria en el binomio médico-paciente. Esta sintonía comunicativa es el vehículo primario para identificar los "resultados que importan al paciente", núcleo de la MBV. Asimismo, la alta puntuación en la escucha sin interrupciones (4.36) y en la mentalidad abierta (4.38) indica una disposición favorable a la toma de decisiones compartidas. No obstante, los resultados también exponen una brecha cognitiva importante: el puntaje más bajo se registró en la capacidad de evitar planificar una respuesta mientras se escucha (3.56). Esta deficiencia en la "escucha profunda", sumada a las dificultades reportadas en el manejo de interlocutores difíciles (3.78), sugiere que, aunque el estudiante valora la comunicación, aún enfrenta retos para mantener la objetividad y la presencia plena en escenarios clínicos de alta presión o de conflicto.



## Interpretaciones

Los hallazgos reflejan una percepción globalmente positiva de las habilidades comunicativas entre estudiantes de primer semestre, en línea con estudios previos que destacan la importancia de estas competencias en la relación médico-paciente [7, 8]. En particular, la alta valoración de la escucha activa y de la adaptación del mensaje indica una conciencia inicial sobre la comunicación efectiva como herramienta clínica.

Sin embargo, las puntuaciones más bajas en aspectos como la planificación comunicativa durante la escucha y la gestión de situaciones difíciles revelan limitaciones comunes en etapas tempranas de la formación. Estas debilidades coinciden con lo señalado por Ha y Longnecker [4], quienes subrayan que escuchar plenamente, sin anticipar respuestas, es una habilidad que requiere entrenamiento específico.

La literatura sugiere que estas competencias pueden desarrollarse mediante metodologías activas, como simulaciones con pacientes estandarizados, retroalimentación reflexiva y análisis de casos clínicos [5, 6, 9]. Además, el trabajo de Neumann et al. [7] destaca la relación entre la empatía y la comunicación como factores protectores frente al desgaste emocional durante la formación médica.

La interpretación de estos hallazgos bajo el prisma de la Medicina Basada en Valor sugiere que, si bien los estudiantes poseen una base ética sólida, aún presentan barreras críticas para optimizar los resultados en salud. El alto puntaje en la adaptación del mensaje (4.52) es un indicador positivo de "alfabetización en salud" (health literacy), un determinante clave para reducir errores de medicación y pruebas redundantes derivadas de malentendidos. No obstante, la debilidad detectada en la planificación de respuestas durante la escucha (3.56) representa un riesgo para la generación de valor: una escucha fragmentada impide captar los Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), es decir, los síntomas o limitaciones funcionales que el paciente considera prioritarios. En el modelo de Porter, el valor se pierde cuando el médico asume los objetivos del tratamiento sin una validación rigurosa. Por tanto, la dificultad para manejar interlocutores difíciles (3.78) y la autorreferencialidad en la opinión (3.72) podrían traducirse en una atención fragmentada y menos coordinada, lo que incrementa los costos emocionales para el paciente y los costos operativos para la institución al no lograrse una alianza terapéutica plenamente eficiente.

## Implicaciones prácticas

Las implicaciones prácticas de estos hallazgos sugieren la necesidad urgente de evolucionar de una enseñanza teórica de la comunicación a un entrenamiento de habilidades de alta fidelidad. Dado que el puntaje más bajo se registró en la capacidad de "no planificar la respuesta mientras el otro habla" (3.56), el currículo debe integrar técnicas de atención plena (mindfulness) y de escucha generativa en la rotación clínica. No basta con que el estudiante sepa "qué decir" (donde puntuaron alto, 4.52); el desafío pedagógico reside en "cómo estar presente". Para operativizar la Medicina Basada en Valor, las facultades deben implementar simulaciones con pacientes estandarizados que presenten perfiles de "interlocutores difíciles", lo que permita que el estudiante fracase y corrija en un entorno seguro antes de enfrentar la presión del sistema de salud real. Además, la evaluación de estas competencias no debe ser un evento aislado, sino una medición transversal mediante el uso de ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado), en el que se penalice la interrupción prematura y se bonifique la capacidad de extraer las preferencias del paciente. Solo mediante un entrenamiento sistemático en estas "zonas de debilidad" identificadas, se podrá garantizar que los futuros



médicos reduzcan el desperdicio diagnóstico y maximicen el valor terapéutico en cada interacción.

### **Contraste con literatura científica**

Al contrastar estos resultados con la evidencia científica previa, se observa una tendencia general que confirma la existencia de una brecha entre la autopercepción de habilidades comunicativas y la ejecución técnica. Estudios sugieren que, aunque los estudiantes de medicina puntúan alto en empatía teórica y adecuación del mensaje—similar al 4,52 obtenido en esta investigación—, presentan dificultades significativas en la "escucha profunda" y el manejo de situaciones de alta carga emocional (interlocutores difíciles, 3,78). Investigaciones clásicas como las de Makoul (2001) [3] y modelos contemporáneos basados en el consenso de Kalamazoo subrayan que la interrupción temprana del paciente (el "no planificar la respuesta", que aquí puntuó bajo con 3,56) ocurre habitualmente antes de los 20 segundos de iniciada la consulta, lo que compromete la recolección de datos clave para la Medicina Basada en Valor.

Asimismo, la alta valoración de la coherencia verbal y corporal (4,21) en este estudio coincide con los hallazgos de Silverman et al. (2016) en el modelo Calgary-Cambridge [1], donde se establece que la comunicación no verbal es el predictor más fuerte de la satisfacción del paciente y de la reducción de litigios por mala praxis. No obstante, autores como Epstein y Gramling (2013) [10] advierten que la "apertura de mente" reportada por los estudiantes suele disminuir a medida que avanzan hacia los años clínicos, debido al "currículum oculto" y al agotamiento empático. Por lo tanto, los resultados de esta universidad ecuatoriana refuerzan la tesis de que el entrenamiento en competencias transversales debe ser persistente, ya que la alta autopercepción inicial no garantiza una competencia sostenida ante la complejidad del sistema de salud real.

### **Limitaciones**

A pesar de la relevancia de los hallazgos, esta investigación presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la metodología se basa exclusivamente en la autopercepción de los estudiantes, lo que introduce un posible sesgo de deseabilidad social (el deseo de los participantes de mostrarse más competentes de lo que son en la práctica real). Este fenómeno es común en la educación médica, donde existe una brecha documentada entre lo que el estudiante cree saber y su desempeño observado bajo estrés clínico. En segundo lugar, el diseño transversal y unicéntrico limita la generalización de los resultados a otros contextos académicos o geográficos, y no permite evaluar la evolución de estas habilidades a lo largo del tiempo o tras la exposición a rotaciones clínicas intensas. Finalmente, el tamaño de la muestra (n=130), aunque representativo de la institución, podría no capturar la variabilidad de las experiencias de estudiantes de distintos niveles de formación. Futuras investigaciones deberían emplear métodos híbridos que incluyan la evaluación por observación directa (ECO) o el uso de grabaciones de video para triangular la autopercepción con la competencia clínica real, alineándose así con estándares de medición más objetivos en la Medicina Basada en Valor.

### **Futuras investigaciones**

Los resultados obtenidos trazan una hoja de ruta clara para futuras investigaciones que busquen consolidar la Medicina Basada en Valor desde la etapa formativa. Una línea de investigación prioritaria consiste en realizar estudios longitudinales que sigan a los mismos



estudiantes desde sus primeros años hasta el internado rotativo, lo que permitirá identificar en qué momento exacto del currículo se erosionan habilidades como la "escucha profunda" o la "objetividad frente a opiniones ajenas". Asimismo, es imperativo desarrollar estudios que correlacionen las competencias comunicativas autopercebidas con indicadores objetivos de salud (como la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y la tasa de reingresos), para cuantificar el impacto económico y clínico de una comunicación deficiente en el sistema de salud.

Por otro lado, se abre una oportunidad para investigar la eficacia de intervenciones pedagógicas disruptivas, como el uso de inteligencia artificial en simulaciones de pacientes virtuales o en programas de coaching basados en mindfulness, para evaluar si estas herramientas logran mitigar la tendencia de los estudiantes a "planificar respuestas" de forma prematura. Finalmente, futuras investigaciones deberían explorar el impacto de la interculturalidad en la comunicación médica, especialmente en contextos diversos como el ecuatoriano, para determinar cómo la adaptación del mensaje influye en la equidad del acceso a la salud y en la percepción de valor por parte de poblaciones vulnerables.

## Conclusión

Este estudio demuestra que los estudiantes de medicina poseen una sólida base conceptual y una autopercepción positiva respecto a sus habilidades de adaptación y apertura comunicativa; sin embargo, persisten deficiencias críticas en la gestión de la escucha profunda y el manejo de situaciones clínicas complejas. En el marco de la Medicina Basada en Valor, estas brechas representan un obstáculo para la obtención de resultados de salud óptimos, ya que una comunicación superficial limita la capacidad de identificar las verdaderas necesidades del paciente y compromete la eficiencia del sistema. Por lo tanto, no basta con reconocer la importancia de la relación médico-paciente; es imperativo transitar hacia un modelo educativo en el que las competencias comunicativas se enseñen como habilidades clínicas técnicas, evaluables y transversales.

### Abreviaturas

MBV: medicina basada en valor.

ECOE: examen clínico objetivo estructurado.

### Información suplementaria

Los materiales suplementarios no han sido declarados.

### Agradecimientos

No declarada.

### Contribuciones de los autores

**Martha Verónica Placencia-Ibadango:** Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, visualización, redacción-borrador original.

**Ramón Miguel Vargas-Vera:** Conceptualización, curación de datos, investigación, administración del proyecto, y redacción del borrador original.

**Silvia Maribel Placencia-Ibadango:** Conceptualización, análisis formal, software, validación, visualización, redacción – revisión y edición.

**Carmen Elizabeth Lucero Novillo:** Conceptualización, curación de datos, investigación, administración del proyecto, y redacción del borrador original.

**Kalid Stefano Vargas-Silva:** Conceptualización, curación de datos, investigación, administración del proyecto, y redacción del borrador original.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.



## Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por los autores.

## Disponibilidad de datos o materiales

No aplica.

## Declaraciones

### Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil, Ecuador.

### Consentimiento para publicación

No aplica cuando no se publican imágenes, radiografías o fotografías específicas de pacientes.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Uso de IA generativa

Los autores declaran haber usado la IA generativa de forma responsable en la sección "Discusión", sin sustituir el pensamiento crítico, la experiencia y el juicio de los autores. La IA se utilizó bajo supervisión y control para elaborar la sección de discusión. El uso de la herramienta de IA mantiene la privacidad y la confidencialidad de los datos y aportaciones, incluidos los manuscritos publicados e inéditos, así como cualquier información personal identificable. Se ha cumplido con las políticas de la revista que permiten el uso de IA generativa únicamente en las secciones de introducción y discusión. Solo se otorgan derechos limitados a la IA para prestar un servicio. Se revisaron y verificaron cuidadosamente la precisión, la integridad y la imparcialidad de todos los resultados generados por IA para garantizar que el manuscrito refleje una contribución auténtica y original.

### Información de los autores

**Martha Verónica Placencia-Ibadango**, Profesora de segunda enseñanza por la Universidad de Guayaquil (2003). Profesora de segunda enseñanza especializada en lengua inglesa y Lingüística por la Universidad de Guayaquil (2003). Licenciada en Ciencias de la Educación Especializada en Lengua Inglesa y Lingüística por la Universidad de Guayaquil (2003). Formación de formadores por el instituto Superior Tecnológico de Babahoyo (Guayas 2024). Actividades de docencia en la metodología aprendizaje basado en proyectos ABP por el instituto Superior Tecnológico Babahoyo (Guayas 2024). Profesora de metodología de la investigación, Carrera de Medicina, Universidad de Guayaquil.

Correo: [marthitaplacencia1975@hotmail.com](mailto:marthitaplacencia1975@hotmail.com)

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3967-6166>

**Ramón Miguel Calixto Vargas Vera**, Doctor en medicina y Cirugía, Universidad de Guayaquil, (Ecuador, 2002). Especialista en Ginecología y obstetricia por la Universidad de Buenos Aires (2008). Diploma superior en diseño curricular por competencias por la Universidad de Guayaquil (2009). Especialista en Genética Médica por la Universidad de Guayaquil (2011). Magister en diseño curricular por la Universidad de Guayaquil (2012). Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Zulia (Venezuela, 2022). Profesor de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Guayaquil.

Correo: [dr.ramonvargasvera@hotmail.com](mailto:dr.ramonvargasvera@hotmail.com)

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1922-8983>

**Silvia Maribel Placencia-Ibadango**, Profesor de Segunda enseñanza especialización Físico Matemáticas por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil 2003). Odontóloga por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil 2006). Licenciada en Ciencias de la Educación mención Físico Matemática por La Universidad de Guayaquil (Guayaquil 2017). Especialista en gestión de procesos educativos por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2012). Magister en Gerencia Educativa por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil 2013).

Correo: [smpla5@hotmail.com](mailto:smpla5@hotmail.com)

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3164-1639>

**Carmen Elizabeth Lucero Novillo**, Licenciada en Ciencias de la Educación con especialidad en Lengua Inglesa y Lingüística por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2003). Magíster en Ciencias Internacionales y Diplomacia por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2004). Especialista en proyectos de Desarrollo Educativos y Sociales por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2005). Diploma Superior



en Diseño Curricular por competencia por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2010). Profesora de la Facultad de Economía por la Universidad de Guayaquil, Ecuador.

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8391-1245>

**Kalid Stefano Vargas-Silva**, Médico por la Universidad de Guayaquil (2020). Postgrado de cardiología por la Universidad Católica de Guayaquil.

Correo: [smpla5@hotmail.com](mailto:smpla5@hotmail.com)

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3196-6743>

## Referencias

1. Skills for Communicating with Patients Silverman Jonathan , Kurtz Suzanne and Draper Juliet Skills for Communicating with Patients 312pp £34.99 Radcliffe Publishing 9781846193651 1846193656 [Formula: see text]. Emerg Nurse. 2014 Dec;22(8):11. doi: [10.7748/en.22.8.11.s14](https://doi.org/10.7748/en.22.8.11.s14). PMID: 25466746.
2. Palmer BA, Lee JH, Somers KJ, Swintak CC, Rullo J, Bright RP, Michael Bostwick J, Frye MA, Sperry JA. Effect of In-Class vs Online Education on Sexual Health Communication Skills in First-Year Medical Students: a Pilot Study. Acad Psychiatry. 2019 Apr;43(2):175-179. doi: [10.1007/s40596-018-0949-8](https://doi.org/10.1007/s40596-018-0949-8). Epub 2018 Jun 11. PMID: 29949052..
3. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med. 2001 Apr;76(4):390-3. doi: [10.1097/00001888-200104000-00021](https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021). PMID: 11299158.
4. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. Ochsner J. 2010 Spring;10(1):38-43. PMID: [21603354](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21603354/); PMCID: PMC3096184.
5. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Med Teach. 2006 Aug;28(5):e127-34. doi: [10.1080/01421590600726540](https://doi.org/10.1080/01421590600726540). PMID: 16973446.
6. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. Acad Med. 2004 Feb;79(2):107-17. doi: [10.1097/00001888-200402000-00002](https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00002). PMID: 14744709.
7. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med. 2011 Aug;86(8):996-1009. doi: [10.1097/ACM.0b013e318221e615](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615). PMID: 21670661.
8. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016 Apr;14(4):96-137. doi: [10.11124/JBISRI-2016-1843](https://doi.org/10.11124/JBISRI-2016-1843). PMID: 27532314.
9. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. JAMA. 2005 Mar 2;293(9):1100-6. doi: [10.1001/jama.293.9.1100](https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100). PMID: 15741532.
10. Epstein RM, Gramling RE. What is shared in shared decision making? Complex decisions when the evidence is unclear. Med Care Res Rev. 2013 Feb;70(1 Suppl):94S-112S. doi: [10.1177/1077558712459216](https://doi.org/10.1177/1077558712459216). Epub 2012 Oct 2. PMID: 23035055.

**DOI:** Digital Object Identifier. **PMID:** PubMed Identifier.

---

## Nota del Editor

**Actas Médicas (Ecuador)** se mantiene neutral respecto de los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.

---