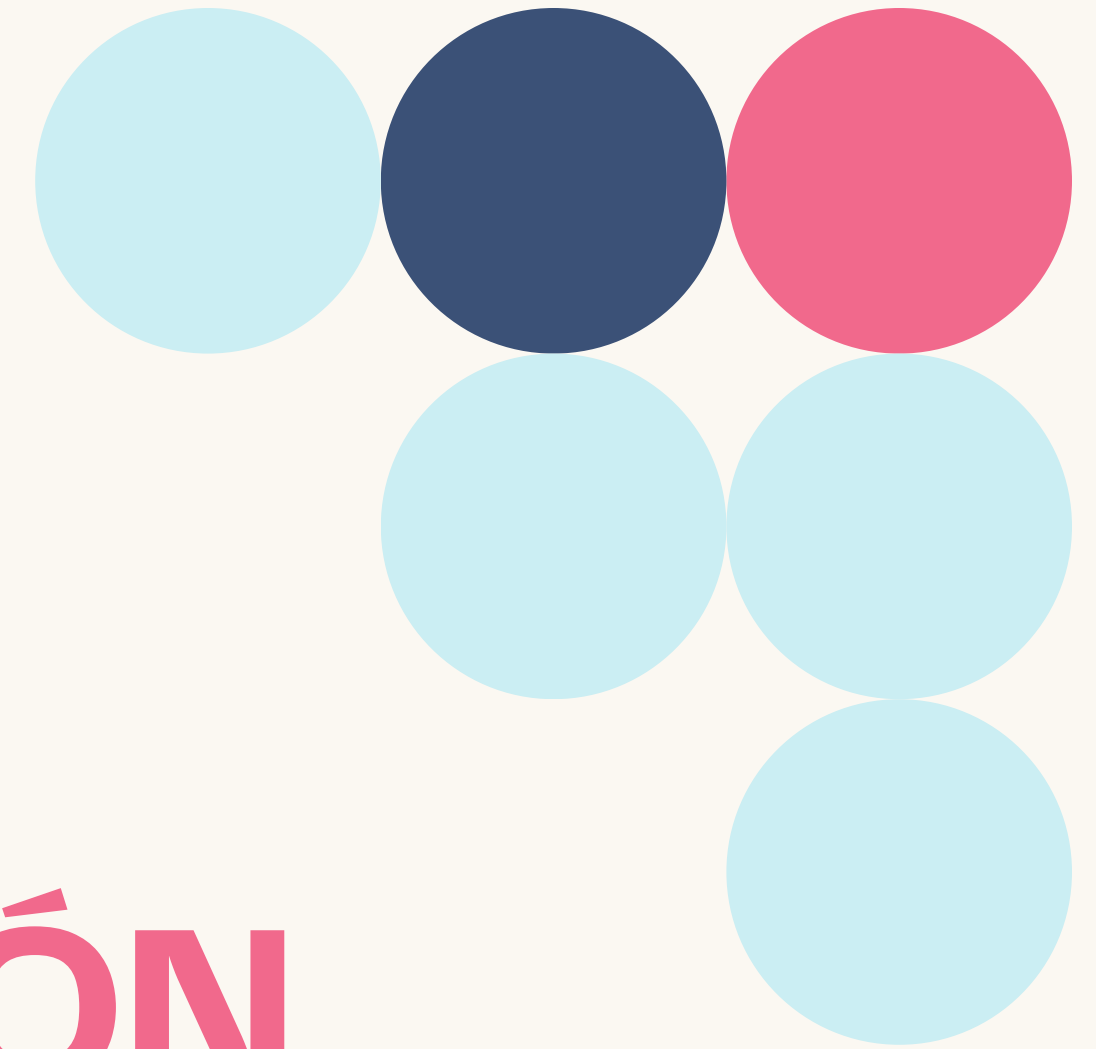
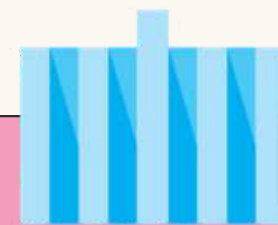


LIC. AMANDA BRITO DEL PINO MOURO



HUMANIZAR LA ATENCIÓN CON COMUNICACIÓN



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela





¡Hola! 🖐️

Licenciada en Comunicación Social UCU

Paciente con hemofilia A severa, mamá de Julián y Guille

Voluntaria de ONGS nacionales e internacionales

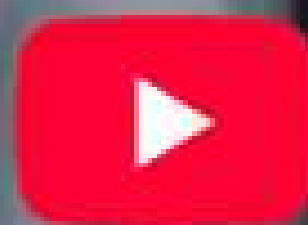
Maestría en Humanización de la Salud





Cegueira por desatenção

Família Frullani



Watch on  YouTube

**ESTA NO ES UNA
CHARLA SOBRE
MEDICINA 🤔**

CONTENIDOS

1.Objetivos

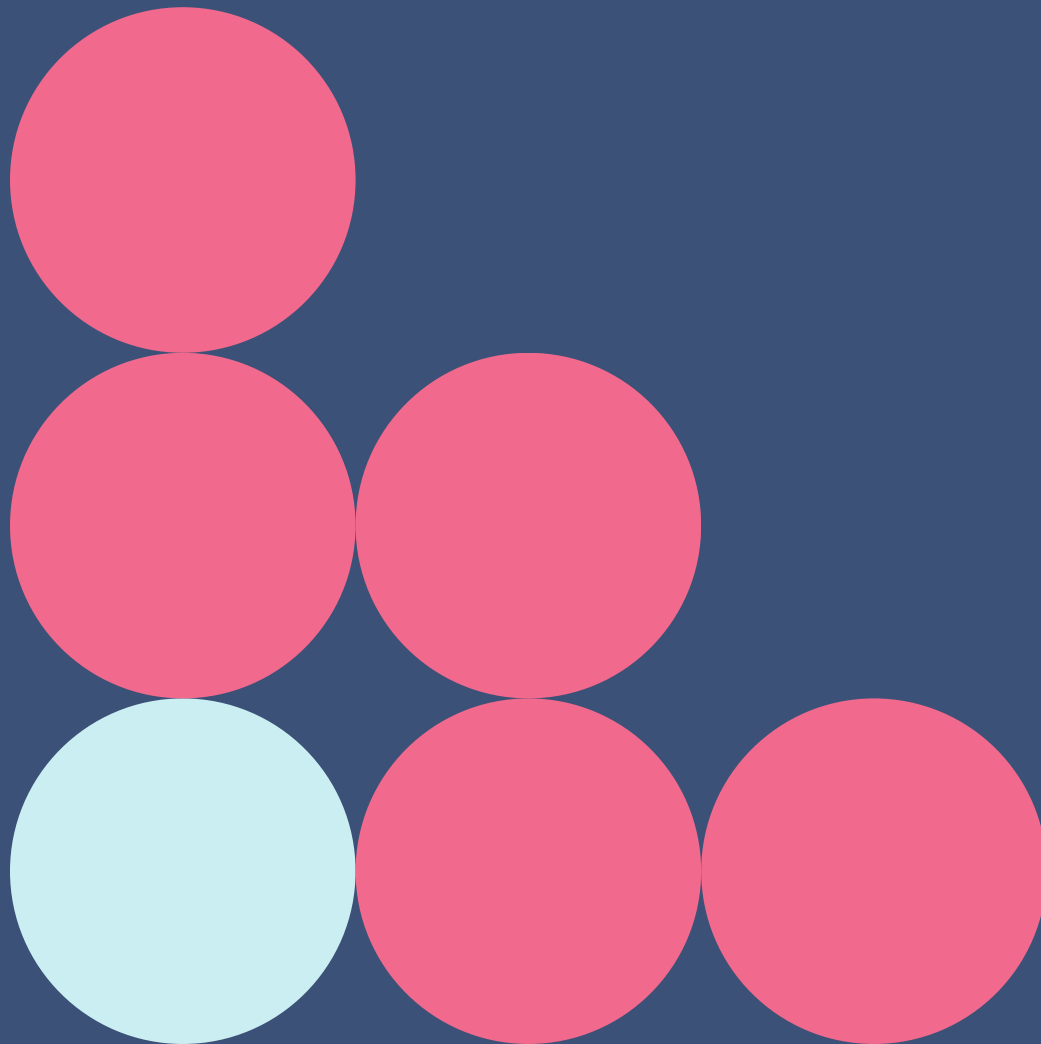
2.Proceso

3.Observaciones

4.Un método

5.Recomendaciones

6.Próximos pasos





OBJETIVOS

- A** Dignóstico de necesidades + análisis del contexto
- B** Desarrollo de herramientas comunicacionales que conforman la estrategia
- C** Medición del impacto interdisciplinariamente





PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1 ¿Pueden la comunicación y la empatía clínica mejorar la experiencia de las pacientes oncológicas dentro del Programa?

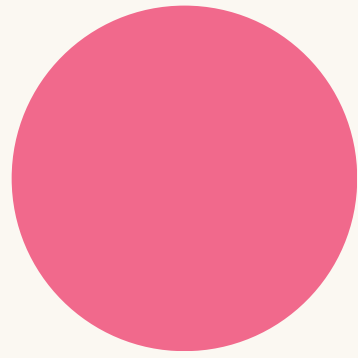


2 ¿Es necesario, y posible, generar instancias de capacitación sobre comunicación dentro del ámbito clínico?

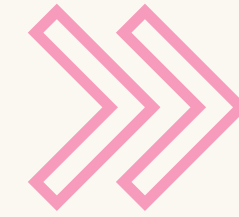


3 ¿Existe apertura real por parte de los profesionales a formarse en estas herramientas?





METODOLOGÍA



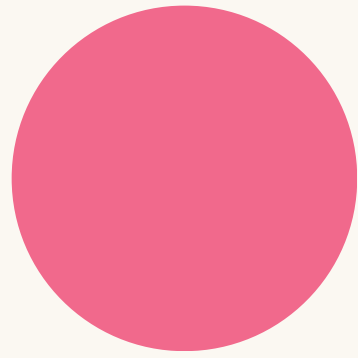
Análisis de **16 consultas**
Programa de Rápida Resolución de
Cáncer de Mama.

Prof. Dr. Gabriel Krygier
Prof. Adj. Dra. María Guerrina



Análisis de **30 encuestas a**
pacientes del programa con
formulario

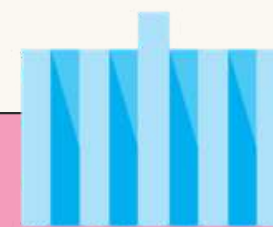
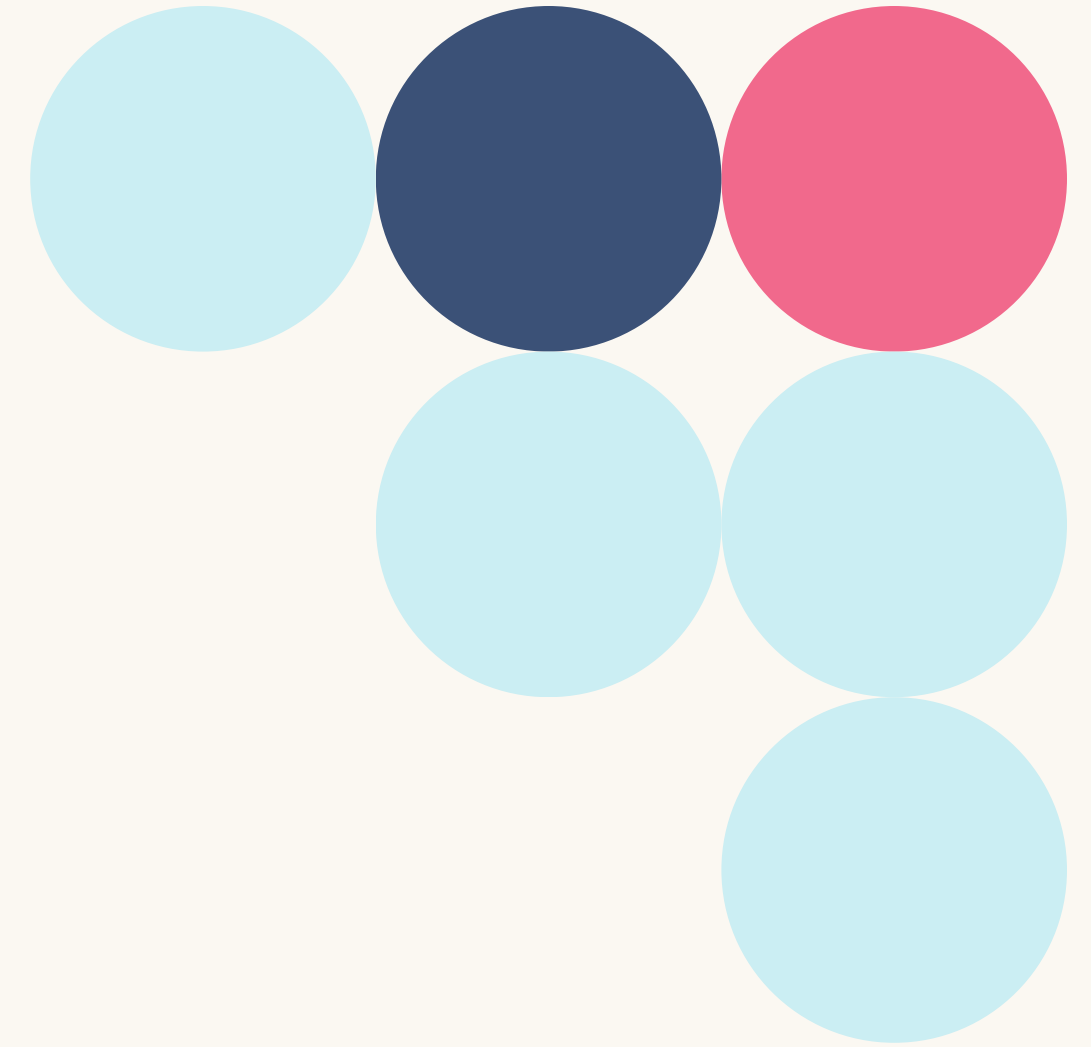
Prof. Dr. Gabriel Krygier
Prof. Adj. Dra. María Guerrina
Dra. Victoria Mena



METODOLOGÍA



ANÁLISIS DEL CONTEXTO



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela





**Estamos viviendo una REVOLUCIÓN asociada
a la información, a la tecnología y a la comunicación.**

TODO está cambiando.



***300 millones**

de personas por semana hacen consultas sobre salud en **Chat GPT**

47%

**Lo usa para
determinar si
necesita o no
consultar a un
profesional**

46%

**Explora
alternativas de
tratamientos**

48%

**Lo utiliza para
comprender
información
médica**



La conversación sobre salud no ocurre únicamente en el consultorio.

15.600 millones de personas–consultas al año

Más del 5% de todos los mensajes enviados a ChatGPT a nivel mundial están vinculados a la atención sanitaria.

Fuente: OpenAI, 2026.





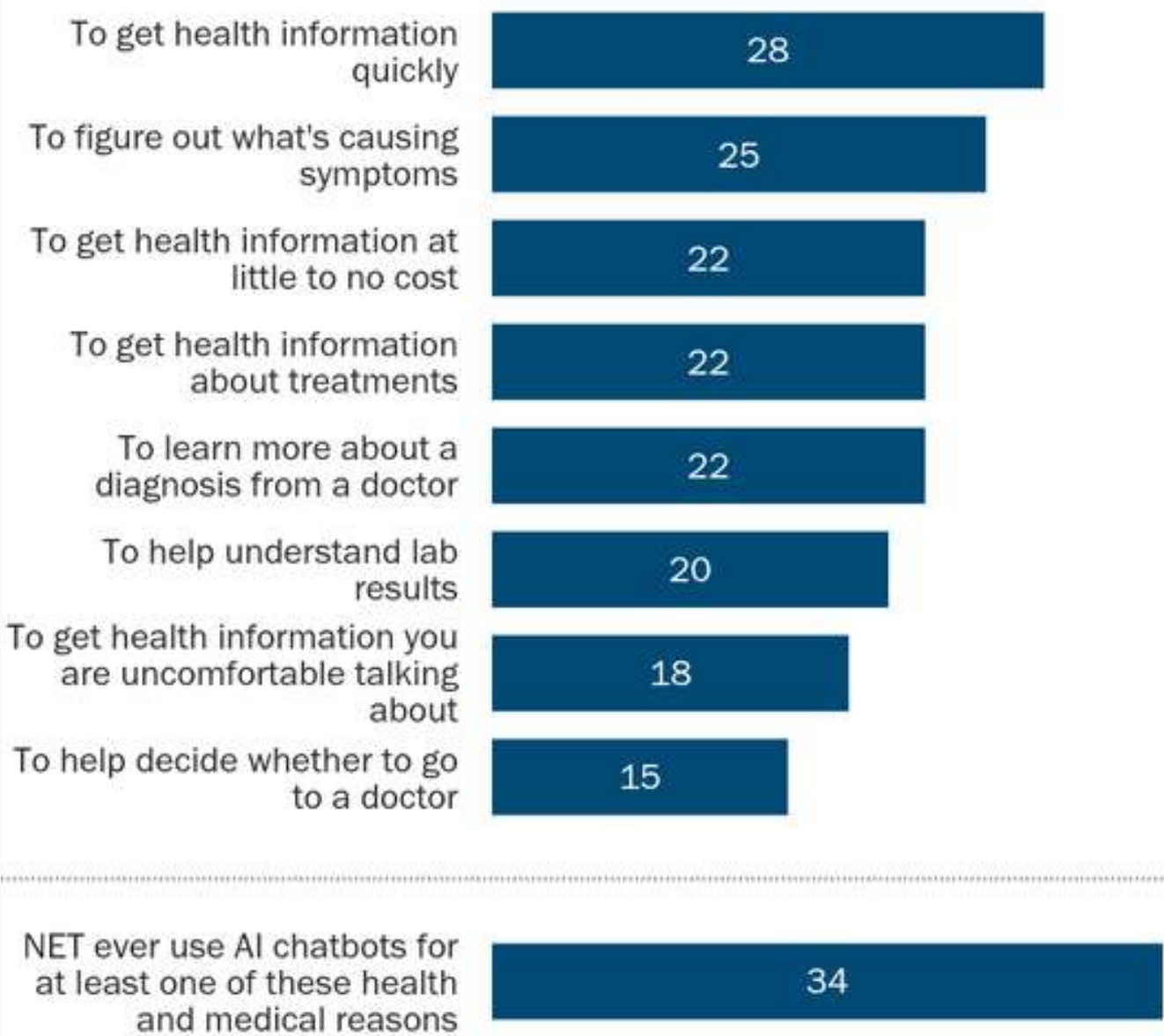
Why Americans Use AI Chatbots for Health

Americans use chatbots for a host of health-related reasons, from helping make diagnoses on their own to learning more about information they may have gotten from a doctor. Nearly all chatbot health users find this AI information helpful.

Pew Research Center / Aug 25

Reasons for using chatbots for health span convenience, cost and medical advice

% of U.S. adults who say they ever use AI chatbots for the following health reasons



Note: Respondents who do not use AI chatbots or use them but not for these health reasons are not shown. Respondents who did not answer are also not shown.

Source: Survey of U.S. adults conducted June 22-28, 2026.
"From Diagnoses to Treatments, Why Americans Use AI Chatbots for Health"

Mixed comfort levels sharing personal health information with chatbots

% of chatbot health users who say they would be ___ comfortable sharing personal health information with a chatbot



Note: Chatbot health users are those who say they ever use chatbots for at least one of the eight health and medical reasons we asked about. Respondents who said "Not sure" or did not answer are not shown.

Source: Survey of U.S. adults conducted June 22-28, 2026.
"From Diagnoses to Treatments, Why Americans Use Chatbots for Health"



Dra. Karin Kopitowsky

Por lo que me contaste, yo buscaría un médico que no solo sea muy competente, sino que además **escuche y acompañe**, algo muy importante en un médico de cabecera.

Mis recomendaciones serían:

1. Karin Kopitowsky ★★★★★

Es probablemente mi primera elección. Es jefa del Servicio de Medicina Familiar, con una trayectoria enorme y una filosofía muy centrada en el paciente y en la toma de decisiones compartidas. 🏥 Hospital Italiano +1

FRAGMENTO 1 • La recomendación

«Buscá un médico competente que escuche y acompañe... [la profesional] sería mi primera elección: jefa de servicio, trayectoria y decisiones compartidas.»

LA IA NO EVALUÓ CUIDADO.

Cruzó información pública y la presentó con apariencia de rigor editorial.



FRAGMENTO 2 • El acompañamiento sostenido



«No te conformes con alguien con quien no te sentís escuchada... buscás que te vea como persona, no solo como diagnóstico.»



**Conversación fechada semanas antes de la consulta real:
«diferencia entre médico de familia y clínico».**



Necesito que me recomiendes una oncóloga mujer que atienda en Uruguay casos de cancer de mama, me gustaría que no tenga más de 50 años y que le importen verdaderamente sus pacientes, que tenga un perfil humanizado, Que atienda en Montevideo.

Por lo que pude verificar, hay dos nombres que encajan especialmente bien con lo que buscás: **Dra. Natalia Camejo** y **Dra. Guianeya Santander**. No encontré fuentes públicas fiables que confirmen sus edades, así que no afirmaría que tienen menos de 50; por trayectoria y cargos tampoco sería responsable inferirlo.

La **Dra. Natalia Camejo** me parece particularmente interesante para tu criterio. Es oncóloga médica, profesora adjunta de la Cátedra de Oncología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y atiende específicamente en la policlínica de **Mastología los viernes**. Además, tiene una producción académica muy centrada en cáncer de mama, incluyendo trabajos sobre mujeres jóvenes y sobre aspectos que van más allá del tumor, como **salud sexual, dificultades que las pacientes quieren abordar en consulta y distrés psicológico**.  Cátedra de Oncol... +2

Eso último me parece una señal objetiva interesante respecto del perfil que buscás: su investigación muestra interés por dimensiones de la experiencia de la paciente que suelen quedar fuera de lo estrictamente biomédico. No puedo asegurar desde internet que "le importen verdaderamente sus pacientes", porque sería atribuirle una cualidad personal que solo puede conocerse en la relación clínica, pero sí hay indicadores profesionales compatibles con un enfoque integral.

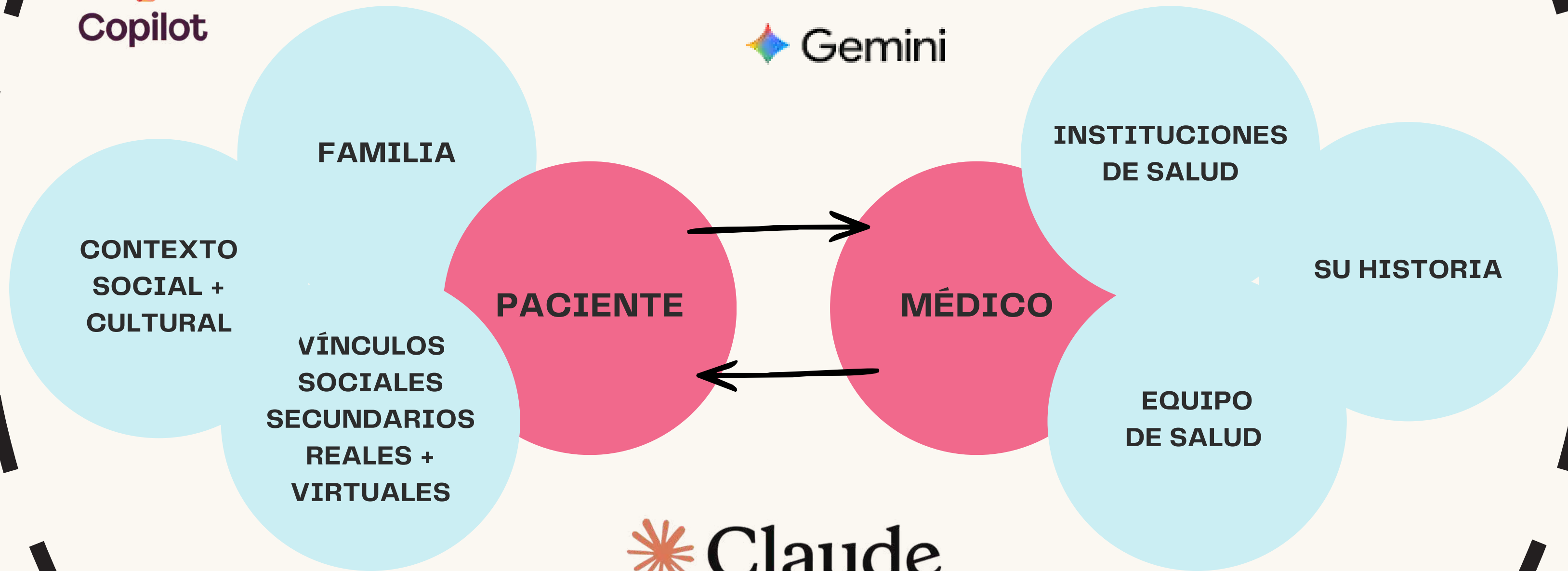
Otra candidata muy interesante es la **Dra. Guianeya Santander**. Es oncóloga médica y mastóloga, fue presidenta de la Sociedad Uruguaya de Mastología y actualmente figura como jefa del Servicio de Oncología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Además, atiende cáncer de mama en Senoclínica y forma parte de la Unidad Multidisciplinaria de Patología Mamaria de COSEM.  D.N.S.F.F.AA. +3 Su propio perfil profesional se describe como dedicado a la "**atención integral de personas con cáncer**", y hay actividades documentadas de su servicio que involucran directamente a pacientes y familias.  LinkedIn +1

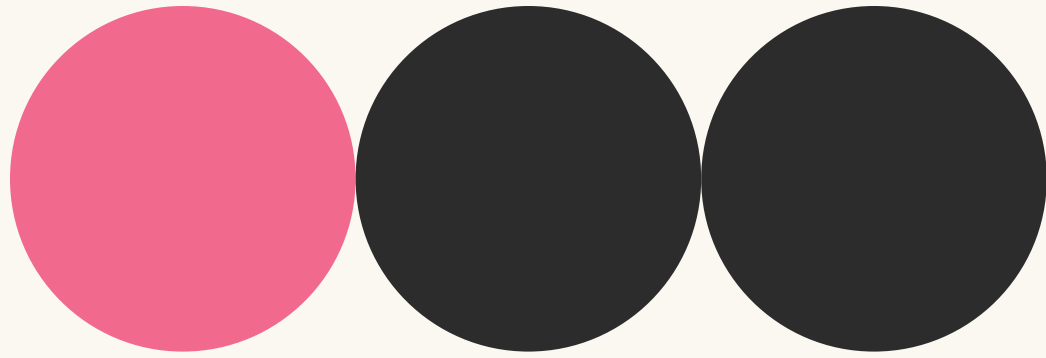
También investigaría a la **Dra. Virginia Suaya**, que actualmente atiende Mastología los lunes y viernes en el Hospital de Clínicas y oncología general los jueves.  Cátedra de Oncol... Hay menos información pública que me permita valorar específicamente el componente humanizado, por lo que no la pondría al mismo nivel de evidencia que las dos anteriores.

Un dato que me parece especialmente relevante para lo que estás buscando: Natalia Camejo, María Guerrina, Virginia Suaya y Dahiana Amarillo pertenecen al mismo ecosistema académico del Hospital de Clínicas, por lo que comparten parte de la producción científica y del modelo institucional. El Programa de Mama incorpora explícitamente Psicología Médica, Trabajo Social y navegación de pacientes, además de oncología y mastología.  Programa de Mamá

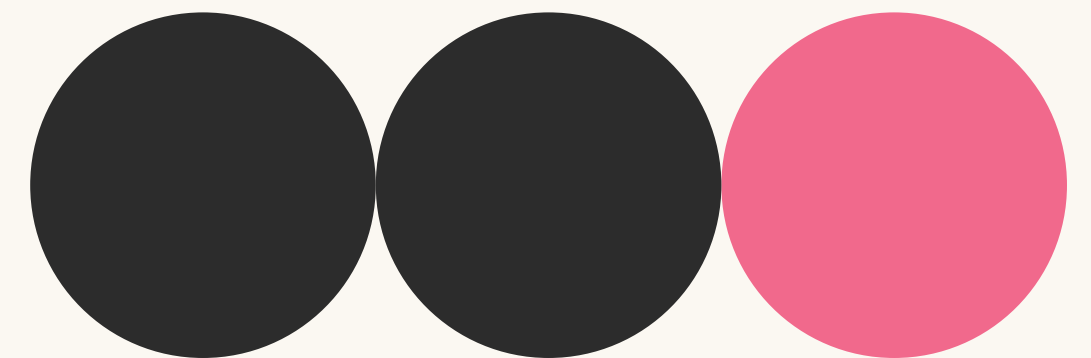
Si tu interés es encontrar una profesional con un perfil particularmente sensible a **comunicación, experiencia de la paciente y humanización**, más que simplemente una especialista técnicamente sólida, puedo profundizar todavía más: buscar **entrevistas, videos de conferencias, publicaciones, opiniones de pacientes y actividad profesional** de estas cinco. Eso permitiría ver cuáles muestran públicamente una manera de comunicarse más cercana y centrada en la paciente, sin convertirlo en una valoración clínica definitiva.

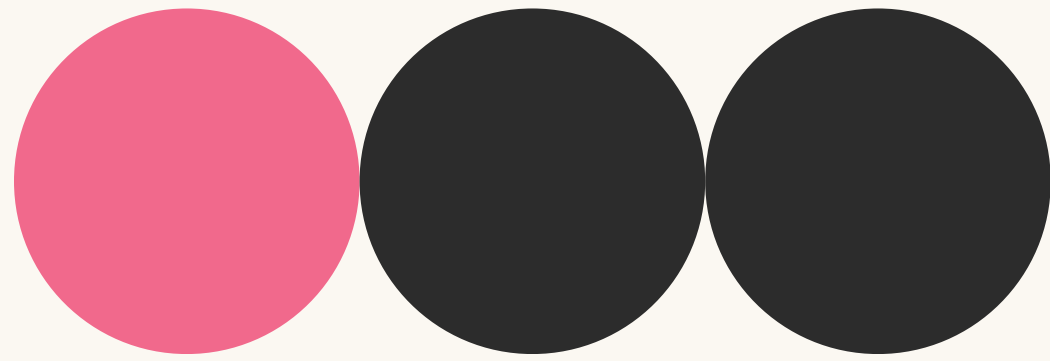
Un nuevo ecosistema





**Cambió el problema de la comunicación:
el desafío ya no es competir con la información
disponible, sino ayudar a las personas a interpretarla,
contextualizarla y convertirla en una conversación
significativa con su equipo de salud.**





Un nuevo paciente



Inmediatez

Súper soluciones

Bidireccionalidad

Infoxicación

Soledad

Individualismo

Alta demanda

**Expectativas sin
fronteras**



Soledad y aislamiento: la amenaza oculta para la salud mundial que ya no podemos desoir

En todo el mundo, una amenaza invisible aumenta el riesgo de enfermedad, acortando vidas y deshilachando el tejido de nuestras comunidades. La desconexión social –cuando una persona carece de suficiente contacto social, no...

 who.int

En todo el mundo, una amenaza invisible aumenta el riesgo de enfermedad, acortando vidas y deshilachando el tejido de nuestras comunidades. La desconexión social –cuando una persona carece de suficiente contacto social, no se siente apoyada en sus relaciones o experimenta vínculos negativos o tensos– es un peligro cada vez más grave, pero a menudo olvidado, para la salud y el bienestar. Existen varias formas de desconexión social, entre ellas la soledad y el aislamiento social.

En la actualidad, casi una de cada seis personas a escala mundial afirma sentirse sola. Entre los adolescentes y los adultos jóvenes, así como entre las personas que viven en países de renta baja, la tasa es aún mayor. Pero la soledad y el aislamiento social no son solo estados emocionales, también pueden ser letales. Entre 2014 y 2019, la soledad se asoció a más de 871 000 muertes anuales, lo que equivale a 100 muertes por hora. Ahora tenemos pruebas irrefutables de que la salud social –nuestra capacidad para establecer y mantener vínculos humanos positivos– es tan esencial para nuestro bienestar como la salud física y mental. Sin embargo, se ha desatendido durante demasiado tiempo en los sistemas de salud y entre los responsables políticos.



Los puntos más importantes:



**PROCESO
ASISTENCIAL
COMPLEJO**

**DESARROLLO
DE LA
CONSULTA**

LA ESPERA

**LOS
ACOMPA-
ÑANTES**

LA RELACIÓN

Un proceso asistencial complejo



Paciente

- Llega y se anuncia
- Espera / Se hace estudios
- Ingresa a consulta
- Se retira a su domicilio

Equipo

- Revisa historias clínicas
- Prioriza casos
- Analiza cada situación
- Coordina con otros profesionales
- Enseña/Aprende

Hallazgo: existe un trabajo clínico previo profundo que no es visible para las pacientes y sus acompañantes.

Hallazgo: existe un trabajo clínico previo profundo que no es visible para las pacientes.

- **Vídeos en sala de espera que muestren nuestro proceso asistencial**
- **Recordatorios sobre tolerancia, paciencia, reglas**
- **Mensaje por WA previo a la consulta**
- **Verbalizar y agradecer la espera, reconocerla.**

Desarrollo de la consulta



APERTURA

Bienvenida
Agenda setting
Repaso de HC
Indagación
primaria

DESARROLLO

Revisión física
Profundización en
preocupaciones
Explicaciones
sobre tratamientos
y pasos a seguir

CIERRE

Chequeo de
comprensión
Acuerdos
Despedida
Recetas





El cierre: una oportunidad

LA CONSULTA NO TERMINA CUANDO TERMINA LA CONVERSACIÓN

Al finalizar aparecen:

- Indicaciones
- Recetas
- Coordinaciones
- Próximos pasos
- Silencios

También pueden aparecer:

- Emociones
- Dudas
- Información difícil de recordar
- Poca disponibilidad profesional por tareas administrativas

Oportunidad: transformar el cierre en una extensión del cuidado mediante materiales y recursos que acompañen a la paciente fuera del consultorio.

Me diagnosticaron cáncer de mama

¿ahora qué?



SEOM
SOCIETAT ESPANYOLA
DE NEOPLASIES



El cuidado oncológico:

¿cómo acompañar a un ser querido con cáncer?



HOSPITAL DE CLÍNICA
Dr. Manuel Gálvez



Hablar de cáncer

Cómo comunicarnos: preguntar y expresar lo que sentimos



HOSPITAL DE CLÍNICA
Dr. Manuel Gálvez



Mi bitácora en este camino

Cáncer de mama

Un espacio para
escribir lo que siento,
lo que me pasa y lo que
quiero hablar con mi
equipo de salud.

*Tu historia
también importa.*



Cómo me siento hoy

Podés marcar lo que sentís o escribir lo que quieras.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Tranquila | ☐ Esperanzada |
| ☐ Ansiosa | ☐ Cansada |
| ☐ Triste | ☐ Con dolor |
| ☐ Con miedo | ☐ Otra: _____ |
| ☐ Enojada | |

Lo que me está pasando

Preguntas para mi equipo de salud

Acá podés anotar todas las dudas, inquietudes
o temas que quieras conversar en la consulta.



Otras preguntas o temas
que quiero hablar:

- ☐ Tratamiento
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Estudios
- ☐ Vida cotidiana
- ☐ Otras: _____

Lo que quiero que mi equipo de salud sepa de mí

Acá podés contar lo que es importante para vos,
lo que te hace bien o lo que necesitás.



Cada persona vive este proceso
de una manera única. Lo importante
es que te sientas escuchada y respetada.

Antes de la consulta

¿Qué quiero llevar a la consulta?

- ☐ Mis preguntas
- ☐ Mis dudas
- ☐ Mis anotaciones
- ☐ Otra: _____

¿Qué me preocupa?



No es necesario tener todas
las respuestas. Esas bien no sabrás todo.

Después de la consulta

Para recordar

- ☐ Qué entendí
- ☐ Qué me dijeron
- ☐ Qué quiero recordar
- ☐ Qué preguntar la próxima vez
- ☐ Otra: _____

¿Cómo me sentí?

- ☐ Escuchada
- ☐ Acompañada
- ☐ Con dudas
- ☐ Otra: _____

Personas con las que quiero hablar

Mi red de apoyo también es parte de este camino.



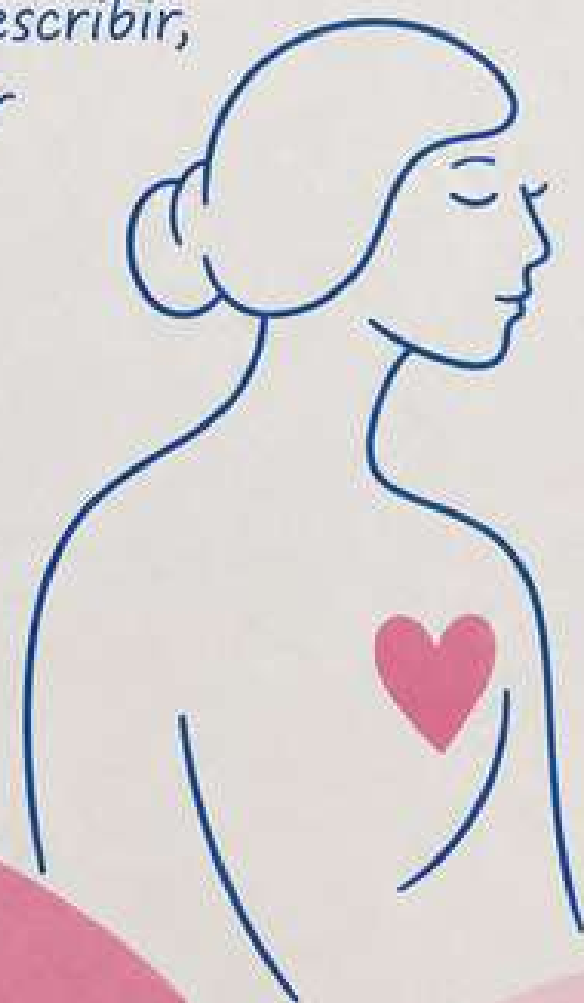
No estás sola.
Hay personas que quieren
acompañarte y ayudarte.

*No estás sola
en este camino.*



Mi historia, mi camino.

Tu espacio para escribir,
sentir, compartir
y recordar.



La espera también comunica



- La espera puede extenderse varias horas.
- La convivencia con pacientes en otras situaciones y contextos.
- El intercambio de información poco acertada.
- La incertidumbre se suma a una situación de vulnerabilidad emocional.

**Oportunidad: gestionar la organización de los tiempos, optimizar la espera
generar estrategias que hagan más llevadera la espera.**



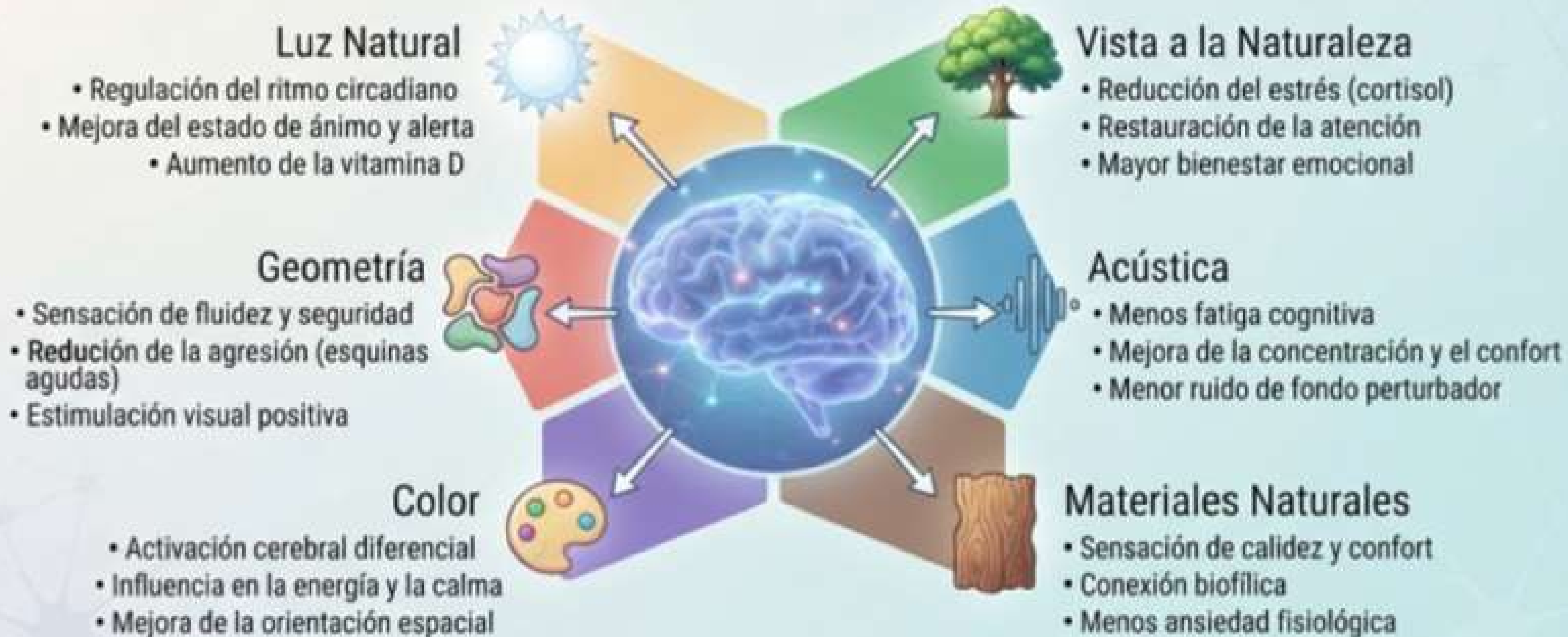
HOSPITAL TRADICIONAL:
EL ENTORNO QUE ESTRESA Y ENFERMA

DEL HOSPITAL QUE ENFERMA AL HOSPITAL QUE SANA

HOSPITAL NEUROARQUITECTÓNICO:
EL ESPACIO QUE CUIDA Y SANA



Neuroarquitectura: El Entorno que Modela el Cerebro





Humanización en oncología, Hospital San Juan de Dios Córdoba. Hospitales Huma

Hospital San Juan de Dios Córdoba



Watch on  YouTube

El acompañante



¿QUIÉN ACOMPAÑA A LA PACIENTE?

Se observó una baja presencia de acompañantes.

Posibles factores:

- Jornadas de espera extensas
- Dificultades para compatibilizar cuidado y trabajo
- Carga histórica del rol de cuidadora en las mujeres
- Necesidad de sostener el acompañamiento durante procesos largos
- El empobrecimiento que puede traer la enfermedad

Oportunidad: reforzar la importancia del rol del acompañante / promover el concepto de unidad de cuidados, generar un vínculo con quien sostiene



Atención CENTRADA EN LA RELACIÓN

La relación personal



LA CONTINUIDAD GENERA VÍNCULO

- La HC permite conocer la trayectoria médica, y la personal?
- La continuidad asistencial y la empatía clínica permite conocer también a la persona.
- Recordar aspectos personales, intereses o situaciones de la vida cotidiana puede contribuir a que la paciente se sienta reconocida en su singularidad.
- Historias humanizadas / Antecedentes humanizados

**Oportunidad: explorar formas de incorporar información humanizada pertinente, respetando confidencialidad y protección de datos.
Demostrar interés con el lenguaje verbal y no verbal.**



“Soy mucho más que mi enfermedad”

Imelda Bell

Imelda B

Soy mucho más que mi enfermedad



DEL CASO CLÍNICO A LA PERSONA

Se observaron consultas que integran:

- Situación clínica
- Dolor y síntomas
- Calidad de vida
- Trabajo y vida cotidiana
- Temores y expectativas
- Adherencia al tratamiento
- Necesidades psico-sociales y aspectos personales

Hallazgo clave: cuando la conversación incorpora aspectos de la vida de la paciente, se fortalece el vínculo y la confianza. Se genera un espacio de seguridad.

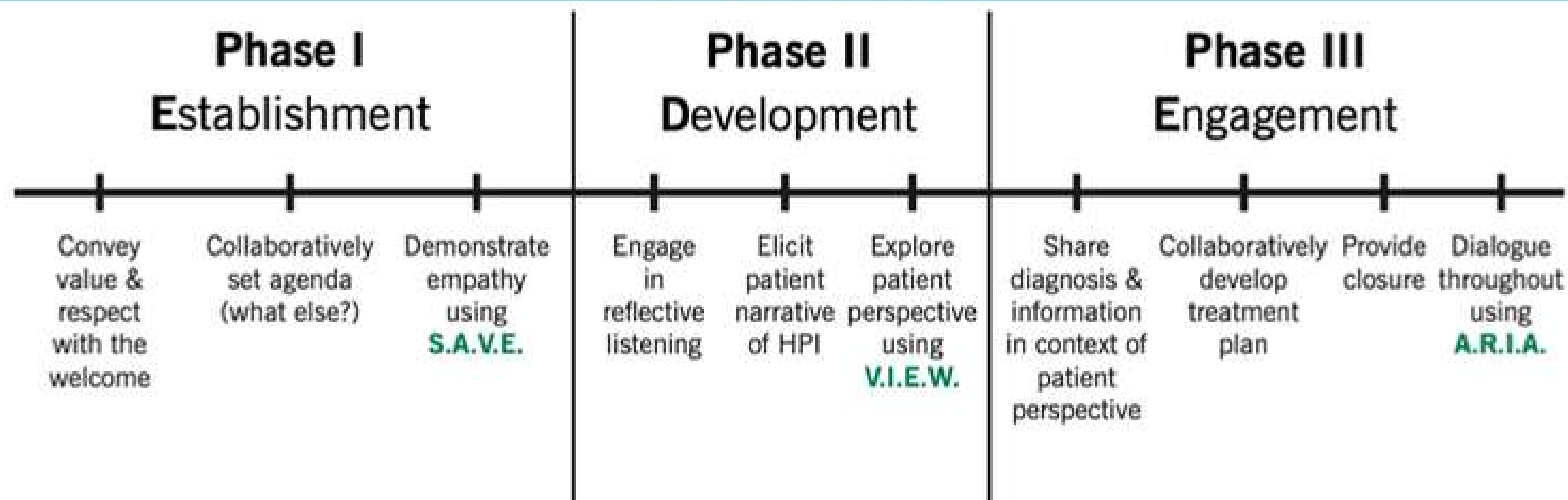


¿Existe **un método** para comunicar
centrandome en la RELACIÓ*́*N con mi paciente?



The R.E.D.E.® Model

Relationship:





S.A.V.E.

Support

"I'm here for you. Let's work together."

Acknowledge

"You've worked hard on this."
or "I'm sorry for the wait. I value your time." or "This has been hard for you."

Validate

"Most people would feel the way you do." or "Anyone in your position would feel upset."

Emotion naming

"You seem sad."

V.I.E.W.

Vital activities

(Occupational, interpersonal, intrapersonal)

"How does it disrupt your daily activity?" or "How does it impact your functioning?"

Ideas

"Often people have a sense of what might be going on. What do you think is wrong?"

Expectations

"What outcome do you hope to achieve with treatment?"

Worries

"What concerns you most about it?"

A.R.I.A.

Assess (open-ended)

...what patient knows about diagnosis & treatment

...how much & what type of education is desired

...patient treatment preferences & health literacy

Reflect

...patient meaning &/or emotion

Inform

...about diagnosis, treatment options, professional opinion

Assess

...patient understanding & emotional reaction to information provided

S.A.V.E.

Support

"I'm here for you. Let's work together."

Acknowledge

"You've worked hard on this."
or "I'm sorry for the wait. I value your time." or "This has been hard for you."

Validate

"Most people would feel the way you do." or "Anyone in your position would feel upset."

Emotion naming

"You seem sad."

"Estoy acá para vos. Vamos a ver juntas cual es la mejor opción."

"Has hecho un gran esfuerzo hasta ahora, lo sé"

"Te pido disculpas por la espera. Sé que tu tiempo es muy valioso, estuvimos estudiando tu caso con el equipo todo el día"

"La mayoría de las personas se sienten de la misma manera que te sentís" / "Es absolutamente esperable que te pase esto"

"Te noto triste" / "Te noto enojada" / "Te noto preocupada" / "Te noto angustiada" / "Te noto incómoda"

V.I.E.W.

Vital activities

(Occupational, interpersonal, intrapersonal)

"How does it disrupt your daily activity?" or "How does it impact your functioning?"

Ideas

"Often people have a sense of what might be going on. What do you think is wrong?"

Expectations

"What outcome do you hope to achieve with treatment?"

Worries

"What concerns you most about it?"

“¿De qué manera esto te molesta en tu vida diaria? / ¿Cómo está impactando en tu rutina? / ¿Estás trabajando? / ¿Estás pudiendo hacer alguna actividad que te guste?”

“Muchas veces las pacientes saben lo que le está pasando, conocen su cuerpo, crees que me podrías decir con tus palabras lo que está mal?”

“¿Qué resultado esperas que obtengamos con este tratamiento?”

“¿Qué es lo que más te preocupa?”

A.R.I.A.

Assess (open-ended)

...what patient knows about diagnosis & treatment

...how much & what type of education is desired

...patient treatment preferences & health literacy

Reflect

...patient meaning &/or emotion

Inform

...about diagnosis, treatment options, professional opinion

Assess

...patient understanding & emotional reaction to information provided

Cerrar hablando de...

Qué sabe el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento

Qué tanta información y qué tipo de información quiere recibir, quiere que le expliquemos todo? tiene preferencias de tratamiento?

Reflejar la emoción y el sentido que el paciente le da a la consulta

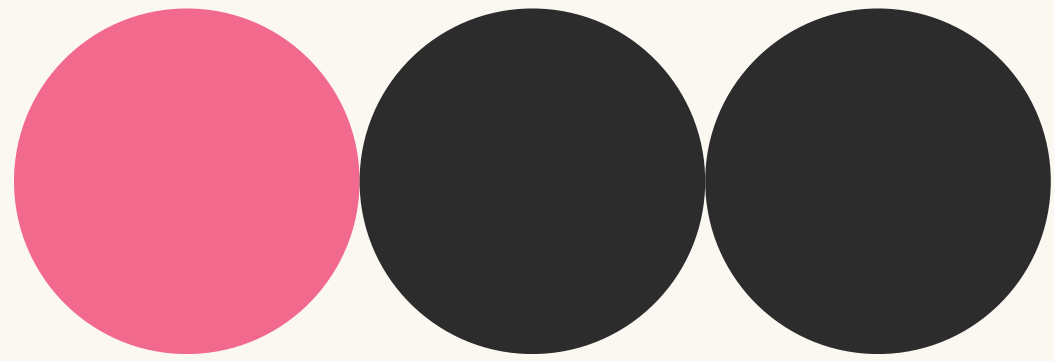
Informar sobre el diagnóstico, opciones de tratamientos y dar su opinión profesional.

Chequear el entendimiento del paciente y la reacción emocional a la información brindada



¿**Para qué haría esto** con todo lo que ya tengo que hacer?





Una nueva competencia

Reduce la conflictividad

Protege al profesional

Complementaria a la técnica

Es útil, no únicamente “moralmente correcto”

Es útil, no únicamente “moralmente correcto”

The REDE model of healthcare communication: Optimizing relationship as a therapeutic agent

Amy K. Windover, Ph.D.,^a Adrienne Boissy, M.D., M.A.,^b Thomas W. Rice, M.D.,^c Timothy Gilligan, M.D.,^d Vicente J. Velez, M.D.,^e and James Merlino, M.D.^f

Abstract

The REDE model is a conceptual framework for teaching relationship-centered healthcare communication. Based on the premise that genuine relationships are a vital therapeutic agent, use of the framework has the potential to positively influence both patient and provider. The REDE model applies effective communication skills to optimize personal connections in three primary phases of Relationship: Establishment, Development and Engagement (REDE). This paper describes the REDE model and its application to a typical provider-patient interaction.

- a Office of Patient Experience, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University, The Cleveland Clinic, Cleveland, U.S.A.
- b Neurological Institute, The Cleveland Clinic, Cleveland, U.S.A.
- c Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University, The Cleveland Clinic, Cleveland, U.S.A.
- d Taussig Cancer Institute, The Cleveland Clinic, Cleveland, U.S.A.
- e Department of Hospital Medicine, The Cleveland Clinic, Cleveland, U.S.A.
- f Professional Staff Affairs Institute/Digestive Disease Institute, The Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University, The Cleveland Clinic, Cleveland, U.S.A.

Corresponding author

Amy K. Windover, Ph.D.
P29/P500 Euclid Ave.
Cleveland, Ohio 44195
E-mail: windova@ccf.org
Phone: (216) 444-3673 or (216) 339-4311
FAX: (216) 445-4373

Disclosure of funding received for this work: none

Introduction

Effective communication is the foundation for any relationship in healthcare, and our ability to consistently deliver high-quality care requires that this relationship be strong and meaningful. A significant tradition of work on the therapeutic alliance, patient-centeredness and relationship-centered care has long recognized the healing potential of the healthcare relationship.¹ In our experience teaching relationship-centered communication to thousands of seasoned clinicians, we nonetheless recognized that many providers did not intuitively view forming relationships with patients as their role, nor did they perceive benefits of this mode of communication. In addition, in a world intensely focusing on patient experience, providers often feel left out. Subsequently, building upon the previous theoretical and empirical work, we constructed a model that put the concept of relationships in healthcare at the forefront. To further reinforce the concept, we directly correlated phases of the healthcare relationship to phases of the medical interview and communication skills therein. Emphasizing the premise that genuine relationships are a vital therapeutic agent,²⁻⁵ use of this framework has the potential to positively influence both patient and provider.

The REDE model

The REDE model of healthcare communication is a conceptual framework for teaching and evaluating relationship-centered communication. REDE harnesses the power of relationships by organizing the rich database of empirically validated communication skills into three primary phases of Relationship: Establishment, Development and



Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction

Adrienne Boissy, MD, MA¹, Amy K. Windover, PhD¹, Dan Bokar¹, Matthew Karafa, PhD², Katie Neuendorf, MD¹, Richard M. Frankel, PhD^{1,3}, James Merlino, MD⁴, and Michael B. Rothberg, MD, MPH⁵

¹Office of Patient Experience, Center for Excellence in Healthcare Communication, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA; ²Quantitative Health Sciences, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA; ³Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, USA; ⁴Press Ganey Associates, Inc., Chicago, IL, USA; ⁵Center for Value-Based Care Research, Medicine Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA.

BACKGROUND: Skilled physician communication is a key component of patient experience. Large-scale studies of exposure to communication skills training and its impact on patient satisfaction have not been conducted. **OBJECTIVE:** We aimed to examine the impact of experiential relationship-centered physician communication skills training on patient satisfaction and physician experience.

DESIGN: This was an observational study.

SETTING: The study was conducted at a large, multispecialty academic medical center.

PARTICIPANTS: Participants included 1537 attending physicians who participated in, and 1951 physicians who did not participate in, communication skills training between 1 August 2013 and 30 April 2014.

INTERVENTION: An 8-h block of interactive didactics, live or video skill demonstrations, and small group and large group skills practice sessions using a relationship-centered model.

MAIN MEASURES: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS), Clinician and Group Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CGCAHPS), Jefferson Scale of Empathy (JSE), Maslach Burnout Inventory (MBI), self-efficacy, and post course satisfaction.

KEY RESULTS: Following the course, adjusted overall CGCAHPS scores for physician communication were higher for intervention physicians than for controls (92.09 vs. 91.09, $p < 0.03$). No significant interactions were noted between physician specialty or baseline CGCAHPS and improvement following the course. Significant improvement in the post-course HCAHPS Respect domain adjusted mean was seen in intervention versus control groups (91.08 vs. 88.79, $p = 0.02$) and smaller, non-statistically significant improvements were also seen for adjusted HCAHPS communication scores (83.95 vs. 82.73, $p = 0.22$). Physicians reported high course satisfaction and showed significant improvement in empathy (116.4 ± 12.7 vs. 124 ± 11.9 , $p < 0.001$) and burnout,

including all measures of emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. Less depersonalization and greater personal accomplishment were sustained for at least 3 months.

CONCLUSIONS: System-wide relationship-centered communication skills training improved patient satisfaction scores, improved physician empathy, self-efficacy, and reduced physician burnout. Further research is necessary to examine longer-term sustainability of such interventions.

KEY WORDS: communication; patient experience; patient satisfaction; CGCAHPS; HCAHPS; burnout; empathy; physician.
J Gen Intern Med 2016;31(7):755-61
DOI: 10.1007/s11606-016-3597-2
© Society of General Internal Medicine 2016

BACKGROUND

There is growing evidence that patient experience impacts clinical health outcomes, and, in turn, how organizations deliver care. This is driven in part by the Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) requirements to publicly report patient experience scores (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; HCAHPS) as a condition for full reimbursement of hospital services.¹ HCAHPS scores, which measure inpatient care, are tied to the discharging physician. Because the average inpatient sees at least 3.6 physicians during a hospital stay,² and patients are frequently unaware of different physicians' roles in their care,³ HCAHPS may be a poor measure of experience and satisfaction with a specific physician. In contrast, the outpatient experience survey (Clinician and Group Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems; CGCAHPS) is provider-specific, may soon be required, and may provide more reliable data on which to base improvement efforts.⁴ Because experience scores are an important element of determining reimbursement under value-based purchasing, hospitals and physicians have a strong incentive to improve HCAHPS and CGCAHPS scores. However, there are few proven methods for doing so.

Physician communication constitutes one important element of both HCAHPS and CGCAHPS scores, and it is the only metric that directly relates to the care provided by



EMPATIA

Empatía

DEL CASO CLÍNICO A LA PERSONA



- Habilidad de reconocer o responder a las emociones o perspectivas de otra persona
 - Aplicable a los pacientes, seres queridos o compañeros de trabajo
 - Empatía clínica
- Razón: Capacidad de reconocer y entender la emoción
 - Motivación: reconocimiento de la emoción
 - Comportamiento: capacidad de comunicar efectivamente
 - Es una habilidad que se puede aprender

Oportunidad: desarrollar la empatía clínica como habilidad.

Empatía, perspectiva del paciente



DEL CASO CLÍNICO A LA PERSONA

- Foco en la persona como un todo
- Comunicación: escuchar y entender
- Foco en las emociones y en lo que más importa
- Accesibilidad, comportamiento y competencia

Oportunidad: desarrollar la empatía clínica como habilidad.

Empatía, perspectiva del paciente oncológico.



CATEGORÍAS (90 encuestados, +350 respuestas):

- Sensibilidad en la relación
- Enfoque en la persona en su totalidad
- Comunicación
- Atributos del profesional clínico
- Recursos institucionales y procesos de atención

What is empathy? Oncology patient perspectives on empathic clinician behaviors



Original Article

What Is Empathy? Oncology Patient Perspectives on Empathic Clinician Behaviors

Justin J. Sanders, MD, MSc^{1,2}, Manisha Dubey, BS², Judith A. Hall, PhD⁴, Hannah Z. Catzen, BA^{1,5}, Danielle Blanch-Hartigan, PhD, MPH⁶, and Rachel Schwartz, PhD⁷

BACKGROUND: Oncology patients and physicians value empathy because of its association with improved health outcomes. Common measures of empathy lack consistency and were developed without direct input from patients. Because of their intense engagement with health care systems, oncology patients may have unique perspectives on what behaviors signal empathy in a clinical setting. **METHODS:** As part of a cross-sectional study of patient perspectives on clinician empathy at an academic cancer center in the north-eastern United States, the authors solicited up to 10 free-text responses to an open-ended question about what clinician behaviors define empathy. **RESULTS:** The authors categorized open-ended responses from 89 oncology patients into 5 categories representing 14 themes. These categories were relationship sensitivity, focus on the whole person, communication, clinician attributes, and institutional resources and care processes. Frequently represented themes, including listening, understanding, and attention to emotions and what matters most, aligned with existing measures of empathy; behaviors that were not well represented among existing measures included qualities of information sharing and other communication elements. Patients also associated clinician demeanor, accessibility, and competence with empathy. **CONCLUSIONS:** Oncology patients' perspectives on empathy highlight clinician behaviors and attributes that may help to refine patient experience measures and may be adopted by clinicians and cancer centers to enhance patient care and outcomes. High-quality communication skills training can promote active listening and paying attention to the whole person. A system-level focus on delivering empathic care may improve patients' experiences and outcomes. **Cancer** 2021;127:4258-4265. © 2021 American Cancer Society.

LAY SUMMARY:

- Oncology patients' responses to an open-ended question about empathic clinician behavior have revealed insights into a variety of behaviors that are perceived as demonstrative of empathy.
- These include behaviors that imply sensitivity to the clinician-patient relationship, such as listening and understanding and attention to the whole person. Participants valued caring communication and demeanor and clinician accessibility. Perspective taking was not common among answers.
- Many existing measures of clinical care quality do not include the behaviors cited by patients as empathic. These results can inform efforts to refine quality measures of empathy-associated behaviors in clinical practice. Cancer centers can use skills training to improve elements of communication.

KEYWORDS: communication, empathy, oncology, qualitative, quality improvement.

INTRODUCTION

Empathy is a widely and increasingly used term in society and in health care. Health care systems advertise and promote empathy in clinical care delivery, and medical education has developed specific curricula to increase empathy among students.^{1,2} A search of the term *empathy* in clinical research indexed on PubMed yields nearly 20,000 studies in the past 5 years. The ubiquity of the concept of empathy in health care is not surprising because of its association with patient-centered care³⁻⁵ and important health care outcomes, including reduced severity and duration of the common cold,⁶ good chronic condition management,^{7,8} and lower posttraumatic stress disorder symptoms after life-threatening medical emergencies.⁹

Corresponding Author: Justin J. Sanders, MD, MSc, Department of Psychosocial Oncology and Palliative Care, Dana-Farber Cancer Institute, 450 Brookline Ave, 1W 670, Boston, MA 02215 (justin_sanders@dfci.harvard.edu).

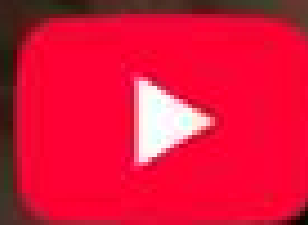
¹Department of Psychosocial Oncology and Palliative Care, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Massachusetts; ²Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ³Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina; ⁴Department of Psychology, Northeastern University, Boston, Massachusetts; ⁵University of Michigan School of Medicine, Ann Arbor, Michigan; ⁶Department of Natural and Applied Sciences, Bentley University, Waltham, Massachusetts; ⁷WellMD and WellPHD Center, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, California

See editorial on pages 4137-4139, this issue.

We acknowledge Morris Weinberger, PhD, at the Gillings School of Public Health for his support in coordinating the participation in our summer research assistant program by Manisha Dubey. We also acknowledge the patients who participated in our survey for their generous contribution to improving patient care.

Additional supporting information may be found in the online version of this article.

DOI: 10.1002/onco.33834, **Received:** November 9, 2020; **Revised:** February 4, 2021; **Accepted:** February 11, 2021; **Published online** August 5, 2021 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com)



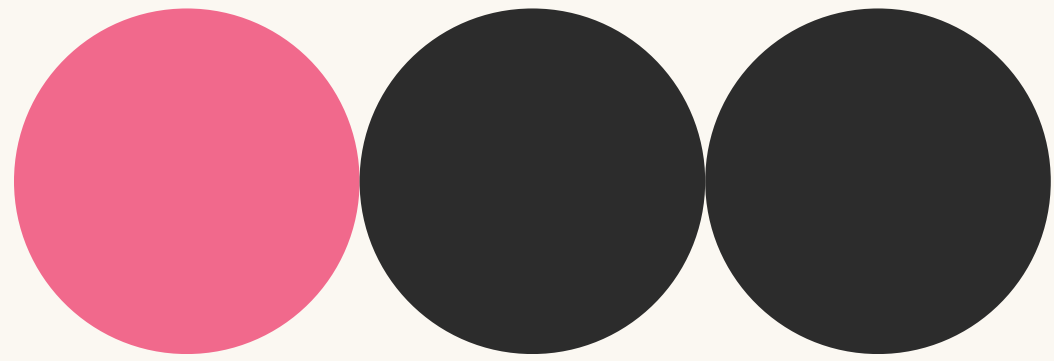
sufrimos a nuestra manera.

Watch on  YouTube



¿**Para qué haría esto** con todo lo que ya tengo que hacer?





Una nueva competencia

Ignorar las emociones aumenta el estrés y la ansiedad

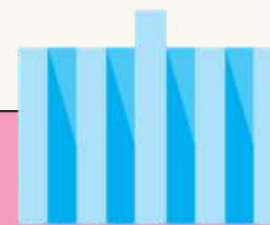
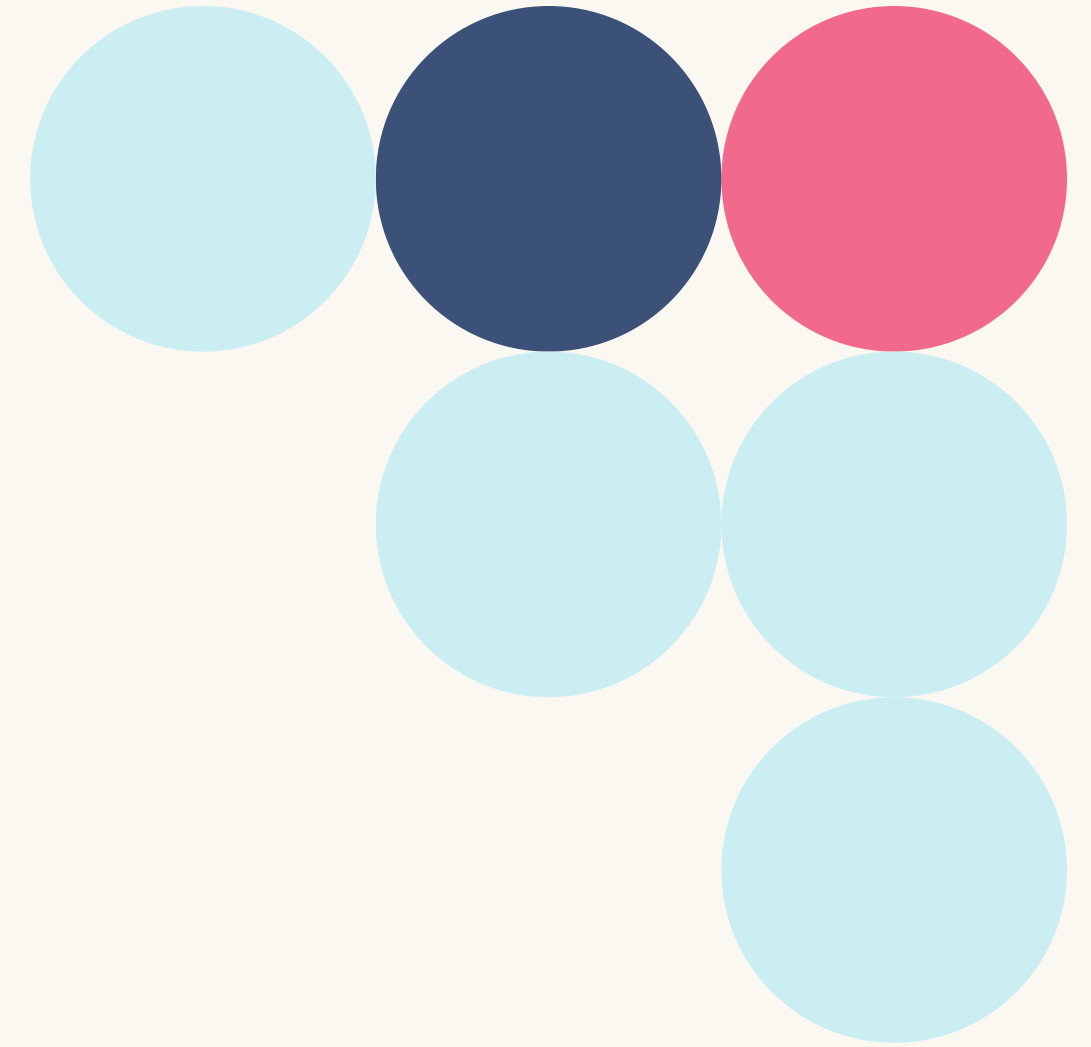
Mejoran los resultados del paciente

Mejora la experiencia y su satisfacción

Disminuyen las reconsultas

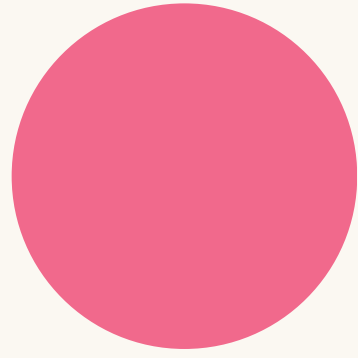
Nos puede ayudar a bajar nuestros niveles de estrés – burn out

PRÓXIMOS PASOS



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela





PRÓXIMOS PASOS



Diagnóstico:
Observaciones
no participantes

Análisis de **16 consultas**
Programa de Rápida Resolución de
Cáncer de Mama.

Prof. Dr. Gabriel Krygier
Prof. Adj. Dra. María Guerrina



Diseño:
estrategia
comunicacional



**Medición de impacto:
Encuesta**

Análisis de **30 encuestas a**
pacientes del programa con
formulario EORT-QLQ-INFO 25

Dra. María Guerrina
Dra. Victoria Mena



EORTC QLO – INFO25

Estamos interesados en la información que usted ha recibido sobre aspectos de su enfermedad y su tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de su asistencia sanitaria. Le rogamos que conteste TODAS las preguntas personalmente, *rodeando con un círculo* el número que mejor se corresponda con su caso. No hay respuestas correctas o incorrectas. La información que nos proporcione se considerará estrictamente confidencial.

Durante su enfermedad y su tratamiento actuales, cuánta información ha recibido sobre:	Ninguna	Un poco	Bastante	Mucha
31. ¿El diagnóstico de su enfermedad?	1	2	3	4
32. ¿La extensión (diseminación) de su enfermedad?	1	2	3	4
33. ¿Las posibles causas de su enfermedad?	1	2	3	4
34. ¿Si la enfermedad está controlada?	1	2	3	4
35. ¿El propósito de las pruebas médicas practicadas o por practicar?	1	2	3	4
36. ¿Los procedimientos de las pruebas médicas?	1	2	3	4
37. ¿Los resultados de las pruebas médicas que ya ha recibido?	1	2	3	4
38. ¿El tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia, cirugía u otra modalidad terapéutica)?	1	2	3	4
39. ¿Los beneficios que se esperan del tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Los posibles efectos secundarios de su tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Los efectos esperados del tratamiento sobre los síntomas de la enfermedad?	1	2	3	4
42. ¿Los efectos del tratamiento sobre su vida social y familiar?	1	2	3	4
43. ¿Los efectos del tratamiento sobre su actividad sexual?	1	2	3	4
44. ¿Ayuda adicional fuera del hospital (p. e. ayuda para sus actividades cotidianas, grupos de autoayuda, enfermeras a domicilio)?	1	2	3	4
45. ¿Servicios de rehabilitación (p. e. fisioterapia, terapia ocupacional)?	1	2	3	4



Prof. Adj.
Dra. Victoria Mena



Prof. Adj.
Dra. Victoria Mena



Dra. Victoria
Mena

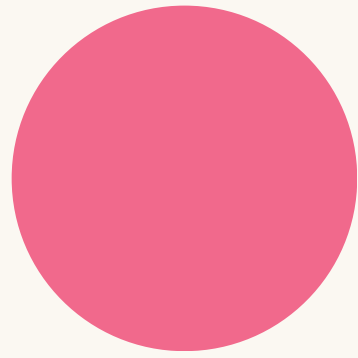


Lic. Amanda
Brito del Pino

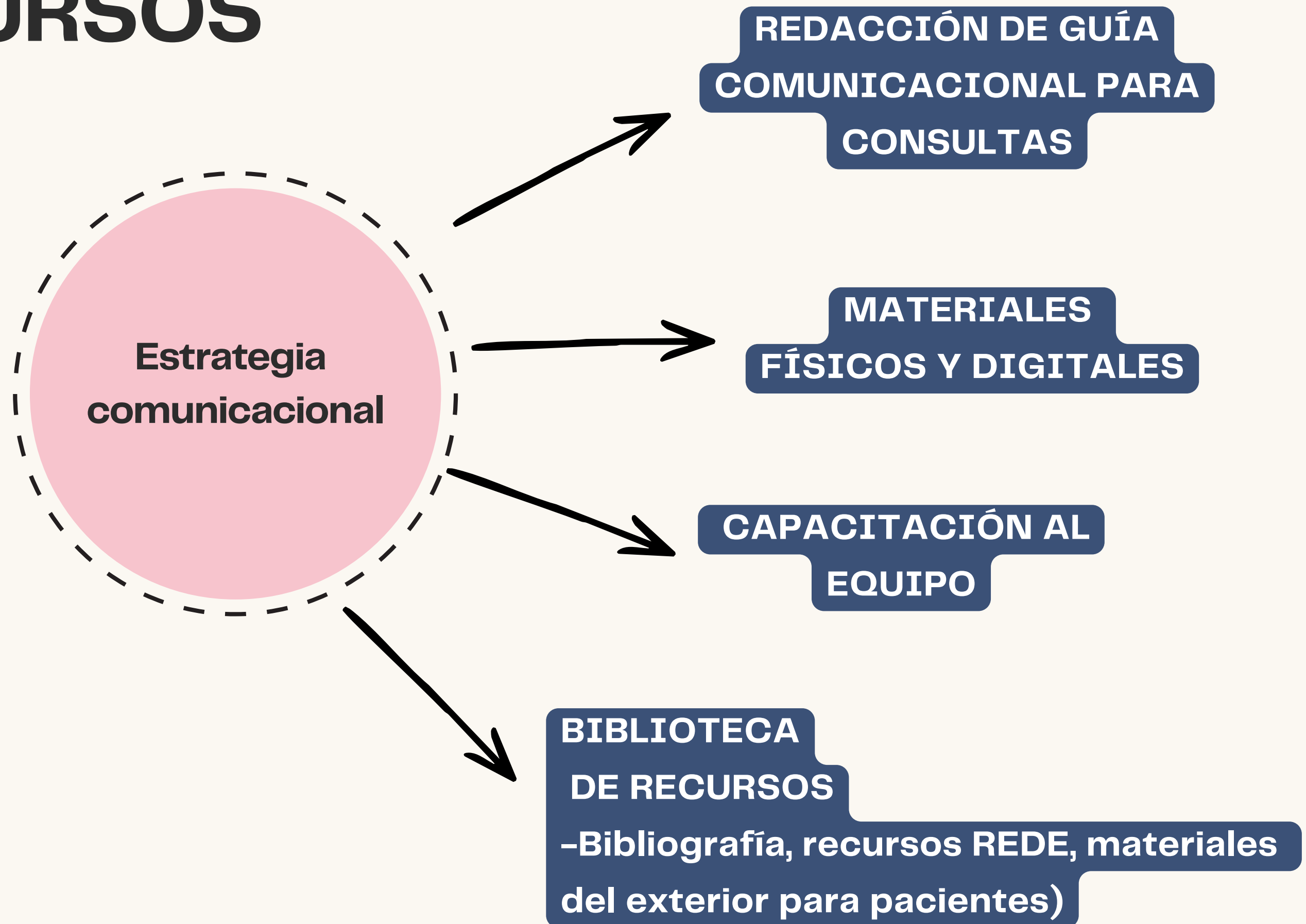


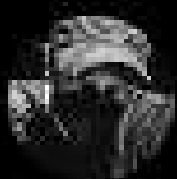
Análisis de **30 encuestas a**
pacientes del programa con
formulario

Dra. María Guerrina
Dra. Victoria Mena



RECURSOS





Make An Impact - Inspirational Video

Ben Lionel Scott

MAKE AN IMPACT

BY BEN LIONEL SCOTT



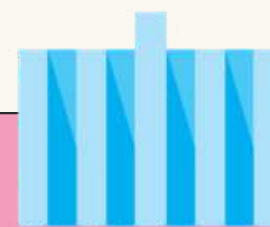
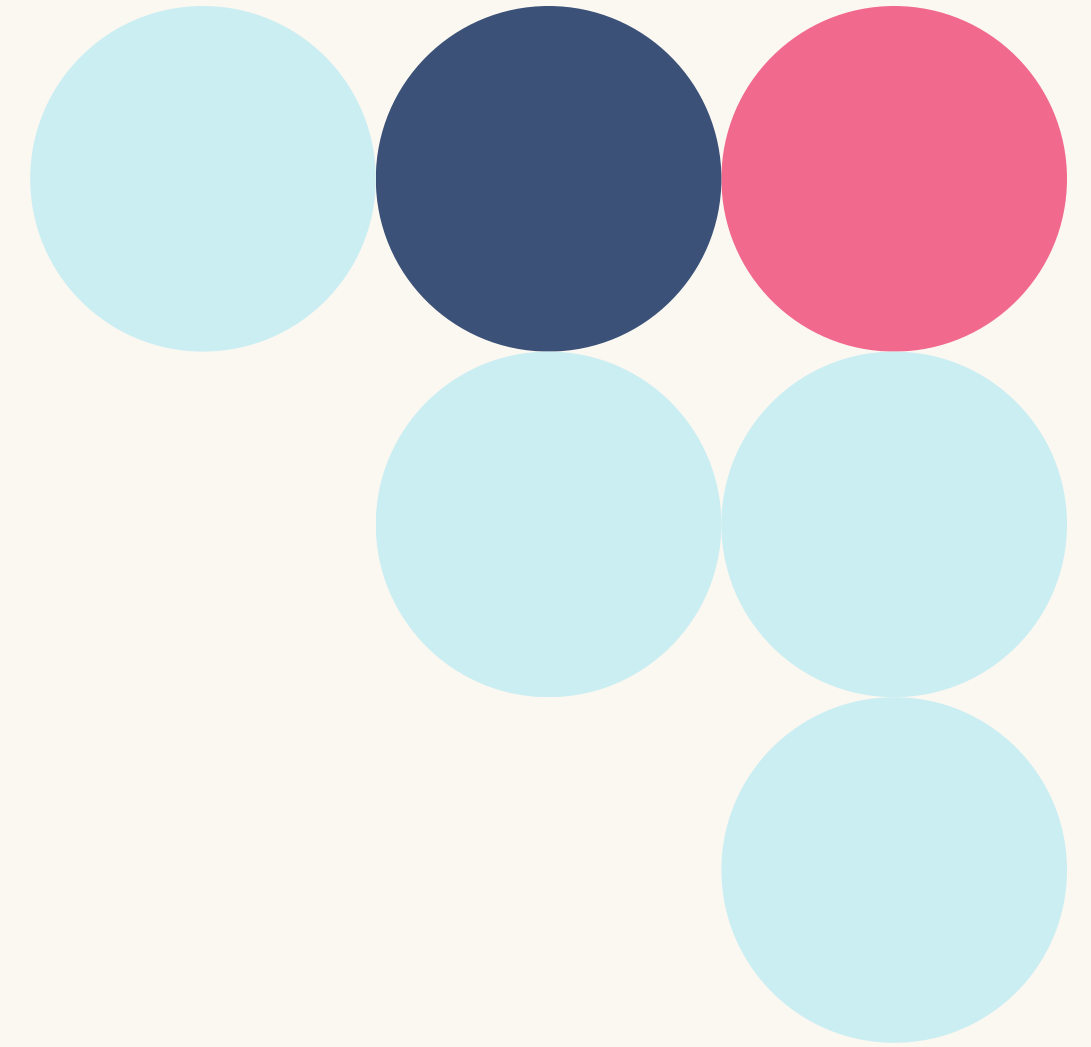
Watch on  YouTube

Breve encuesta



GRACIAS

Lic. Amanda Brito del Pino Mouro
+0059898275757
amanda@britodelpino.com



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela

