



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RESILIENCIA EN MÉDICOS SERUMS 2024-I EGRESADOS DE LA URP

Línea de investigación:
Procesos sociales, periodismo y comunicación

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Ciencias de la
Comunicación

Autora

Solis Osorio, Lesly Fabiola

Asesor

Alzamora de los Godos Urcia, Luis Alex

ORCID: 0000-0003-1315-102X

Jurado

Soto Hidalgo, Cinthya Virginia

Oblitas Carreño, Joohn Raul

Cabello Candela, Javier Aurelio

Lima - Perú

2026

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RESILIENCIA EN MÉDICOS SERUMS 2024-I EGRESADOS DE LA URP

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	15%	6%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uc.cl Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.utesup.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
7	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%
9	"Propuesta de modelo comunicacional para una atención centrada en el niño y su autocuidado: una aproximación desde la odontología", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2022 Publicación	<1%
10	Roger Ruiz Moral. "Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en	<1%



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RESILIENCIA EN
MÉDICOS SERUMS 2024-I EGRESADOS DE LA URP

Línea de investigación:

Procesos Sociales, Periodismo y Comunicación

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Ciencias de la
Comunicación

Autora

Solis Osorio, Lesly Fabiola

Asesor

Alzamora de los Godos Urcia, Luis Alex
ORCID: 0000-0003-1315-102X

Jurado

Soto Hidalgo, Cinthya Virginia
Oblitas Carreño, Joohn Raul
Cabello Candela, Javier Aurelio

Lima – Perú

2026

Dedicatoria

A las tres mujeres que, como estrellas guardianas, han guiado mi vida con su luz infinita:

A mi mamá Teresa, cuyo amor inquebrantable es la raíz profunda que sostiene mi árbol de vida, enseñándome que la nobleza y el esfuerzo son las claves para florecer en cualquier terreno.

A mi hermana Liseth, cómplice de sueños y luchas, que con su risa y valentía ha sembrado en mí la esperanza y me ha recordado que, incluso en las tormentas, siempre hay un arcoíris por encontrar.

Y a mi profesora Anita, quien ahora habita el reino de los sueños eternos, pero cuyo eco resuena en cada página que leo y en cada decisión que tomo. Ella me legó el amor por la sabiduría y la convicción de que la perseverancia es el puente hacia los ideales más elevados.

A ustedes, pilares de mi espíritu, les dedico cada paso de mi andar y cada logro que alcance. Gracias por ser mi faro en la oscuridad y mi refugio en los días de tempestad.

ÍNDICE

Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Descripción y formulación del problema.....	9
<i>1.1.1. Problema general.....</i>	<i>14</i>
<i>1.1.2. Problemas específicos.....</i>	<i>14</i>
1.2. Antecedentes	14
<i>1.2.1. Antecedentes internacionales</i>	<i>14</i>
<i>1.2.2. Antecedentes nacionales</i>	<i>20</i>
1.3. Objetivos.....	25
<i>1.3.1. Objetivo general.....</i>	<i>26</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>26</i>
1.4. Justificación	26
<i>1.4.1. Justificación teórica.....</i>	<i>27</i>
<i>1.4.2. Justificación práctica.....</i>	<i>27</i>
1.5. Hipótesis	29
<i>1.5.1. Hipótesis general</i>	<i>29</i>
<i>1.5.2. Hipótesis específicas</i>	<i>29</i>
II. MARCO TEÓRICO	31
2.1. Bases teóricas del tema de investigación.....	31
<i>2.1.1. Habilidades de comunicación.....</i>	<i>31</i>
<i>2.1.2. Resiliencia.....</i>	<i>43</i>
III. MÉTODO	50
3.1. Tipo de investigación.....	50

3.2. Ámbito temporal y espacial	51
3.3. Variables	52
3.4. Población y muestra.....	64
3.4.1. Población	64
3.4.2. Muestra	64
3.5. Instrumentos.....	66
3.6. Procedimiento	69
3.7. Análisis de datos	70
3.8. Consideraciones éticas.....	73
IV. RESULTADOS	76
4.1. Relación entre el paciente como persona y la resiliencia	76
4.2. Relación entre el contexto biopsicosocial y la resiliencia	77
4.3. Relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia	78
4.4. Relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia	79
4.5. Relación entre el médico como persona y la resiliencia	80
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	82
VI. CONCLUSIONES	90
VII. RECOMENDACIONES.....	93
VIII. REFERENCIAS	96
IX. ANEXOS	104
Anexo A: Matriz de consistencia.....	104
Anexo B: Instrumento de investigación.....	108
Anexo C: Carta de consentimiento informado.....	123
Anexo D: Validación de expertos	125
Anexo E: Caracterización de la muestra estudiada.....	131

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la variable habilidades de comunicación centrada en la persona	54
Tabla 2 Operacionalización de la variable resiliencia	55
Tabla 3 Operacionalización de paciente como persona	56
Tabla 4 Operacionalización de perspectiva biopsicosocial	57
Tabla 5 Operacionalización de responsabilidad compartida	57
Tabla 6 Operacionalización de alianza terapéutica.....	58
Tabla 7 Operacionalización de médico como persona	59
Tabla 8 Operacionalización de ecuanimidad	60
Tabla 9 Operacionalización de perseverancia.....	61
Tabla 10 Operacionalización de autoconfianza	62
Tabla 11 Operacionalización de satisfacción personal	63
Tabla 12 Operacionalización de sentirse bien solo	63
Tablas 13 Tamaño de la muestra para la frecuencia de una población.....	65
Tabla 14 Ficha del cuestionario para la variable independiente Habilidades de comunicación centrada en la persona	67
Tabla 15 Ficha del cuestionario para la variable dependiente Resiliencia	68
Tabla 16 Fiabilidad del instrumento de investigación	71
Tabla 17 Pruebas de normalidad.....	71
Tabla 18 Relación entre el paciente como persona y la resiliencia	76
Tabla 19 Relación entre el contexto biopsicosocial y la resiliencia	77
Tabla 20 Relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia	78
Tabla 21 Relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia	80
Tabla 22 Relación entre el médico como persona y la resiliencia	81

Tabla 23 Edad de los médicos	131
Tabla 24 Sexo de los médicos.....	133
Tabla 25 Región donde realiza el SERUMS.....	135
Tabla 26 Provincia donde realiza el SERUM	136
Tabla 27 Distrito donde realiza el Serums	139
Tabla 28 Nivel de complejidad del Establecimiento de Salud	144
Tabla 29 Prueba para una muestra	146

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. Método: Con enfoque cuantitativo, se adoptó un diseño correlacional y transversal. Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios, usando las escalas de Habilidades de Comunicación centrada en la persona (adaptada de Humeres, 2022 y basada en Mead y Bower, 2000) y Resiliencia (adaptada de Wagnild y Young, 1993). La población estuvo conformada por 150 médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. Resultados: Se identificó una correlación positiva entre las habilidades de comunicación y la resiliencia.; las dimensiones "alianza terapéutica" y "paciente como persona" tuvieron mayores relaciones con la resiliencia; y, los serumistas con niveles altos de habilidades comunicativas presentaron mejor capacidad para manejar el estrés y adaptarse a las condiciones adversas del SERUMS. El estudio confirma que las habilidades de comunicación efectivas no solo fortalecen la relación médico-paciente, sino que también son un factor clave para desarrollar la resiliencia en contextos de alta demanda emocional. Esto es especialmente relevante en los entornos rurales, donde los retos culturales y la limitada disponibilidad de recursos dificultan la práctica médica. Conclusiones: Existe una relación significativa entre habilidades comunicativas y resiliencia en los médicos SERUMS; la formación médica debe priorizar el desarrollo de competencias en comunicación efectiva como un recurso esencial para afrontar los desafíos del ejercicio profesional; y, la resiliencia es fundamental para manejar las tensiones propias del SERUMS, mejorando la calidad del servicio y el bienestar de los médicos.

Palabras clave: Habilidades de comunicación, resiliencia, médicos SERUMS

Abstract

Objective: To determine the relationship between communication skills and resilience in SERUMS 2024-I doctors who graduated from the URP. Method: With a quantitative approach, a cross-sectional correlational design was adopted. Data were collected through questionnaires, using the Person-Centered Communication Skills Scale (adapted from Mead and Bower, 2000) and the Resilience Scale (adapted from Wagnild and Young, 1993). The population consisted of 150 SERUMS 2024-I physicians graduated from the URP. Results: A positive correlation was identified between communication skills and resilience; the dimensions ‘therapeutic alliance’ and ‘patient as a person’ had stronger relationships with resilience; and, serumists with high levels of communication skills were better able to manage stress and adapt to adverse conditions in SERUMS. The study confirms that effective communication skills not only strengthen the doctor-patient relationship, but are also a key factor in building resilience in emotionally demanding contexts. This is especially relevant in rural settings, where cultural challenges and limited availability of resources make medical practice difficult. Conclusions: There is a significant relationship between communication skills and resilience in SERUMS physicians; medical training should prioritise the development of effective communication competencies. Conclusions: There is a significant relationship between communication skills and resilience in SERUMS physicians; medical training should prioritise the development of effective communication skills as an essential resource to face the challenges of professional practice; and, resilience is fundamental to manage the tensions inherent to SERUMS, improving the quality of service and the well-being of physicians.

Keywords: Communication skills, resilience, SERUMS physicians

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y formulación del problema

La cobertura sanitaria universal es un objetivo fundamental del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS 3), que busca garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud esenciales de calidad sin enfrentar dificultades financieras (Organización Mundial de la Salud, 2023). En el contexto peruano, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ha establecido un sistema de monitoreo y seguimiento de los indicadores relacionados con el ODS 3, incluyendo aquellos que evalúan la cobertura sanitaria universal (INEI, 2022).

El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) desempeña un rol fundamental en la mejora de los indicadores de salud al asignar profesionales a áreas rurales y urbano-marginales del país. El cumplimiento del SERUMS es un requisito obligatorio para los médicos cirujanos que deseen ejercer en establecimientos públicos, acceder a programas de especialización médica o postular a becas gubernamentales. Desde su creación en 1981 y posterior reglamentación en 1997, bajo el marco de la Ley N.º 23330, este programa tiene como objetivo principal garantizar la distribución equitativa y la retención de profesionales de la salud en zonas vulnerables.

El SERUMS, con una duración de un año, busca no solo atender las necesidades básicas de salud de las comunidades más desfavorecidas, sino también fomentar el desarrollo profesional de los médicos participantes a través de su integración en actividades preventivas, asistenciales, administrativas, educativas y de investigación (Ley N.º 23330, 1981). Este enfoque multifacético subraya la importancia del programa como una herramienta clave para fortalecer el sistema de salud pública en contextos con recursos limitados.

A pesar de los avances logrados, como el incremento del 143% en la dotación de médicos en el quintil más bajo de pobreza (Núñez, 2022), persisten desigualdades territoriales que limitan la distribución equitativa de recursos humanos en salud, especialmente en regiones remotas. Sin embargo, es importante considerar que la calidad de los servicios también depende de otros factores, como la infraestructura, los recursos disponibles y la formación continua del personal (Mujica et al., 2018).

El entorno laboral del SERUMS plantea desafíos importantes. Según Bendezu-Quispe et al. (2020), la percepción de los médicos hacia el Primer Nivel de Atención (PNA) se deteriora significativamente durante este servicio. Factores como la orientación hospitalaria predominante en la formación académica, las limitaciones en infraestructura y recursos, y la incompatibilidad con metas de desarrollo profesional refuerzan una visión del PNA como un espacio transitorio, en lugar de una opción a largo plazo. Además, las condiciones adversas, como agresiones, problemas administrativos, falta de insumos y riesgos laborales, impactan negativamente en la experiencia de los médicos.

Un desafío crítico es la incidencia de problemas de salud mental en los médicos serumistas. Según la Secretaría del Médico Joven del Consejo Regional III de Lima (2024), el 43% de los médicos en el SERUMS presentó síntomas de ansiedad y depresión, atribuibles a factores como alta presión laboral, violencia en el entorno y agotamiento emocional. Estas condiciones afectan tanto la calidad de la atención como el bienestar de los jóvenes profesionales, quienes enfrentan demandas intensas desde el inicio de su ejercicio laboral.

Además, los serumistas enfrentan desafíos relacionados con las habilidades de comunicación. Este aspecto es clave en la atención primaria, especialmente en contextos rurales, donde las barreras idiomáticas y culturales complican la interacción médico-

paciente. Según Bendezu-Quispe et al. (2020), tener un conocimiento básico de idiomas locales como quechua o aimara, así como tener familiares dependientes, se asocia con una mejor valoración del trabajo en el PNA. Estas características parecen incrementar la familiaridad de los médicos serumistas con las dinámicas culturales y sociales de las zonas rurales, mejorando su experiencia laboral.

Según Mejía et al. (2018), en el ámbito de la atención primaria, la percepción sobre la calidad de la consulta médica está determinada por diversos factores. La consulta médica se configura como el espacio de interacción entre el médico y el paciente, donde se construye un vínculo basado en la confianza otorgada por el paciente. Este vínculo exige al médico emplear sus competencias, como habilidades en comunicación, destrezas en entrevista clínica y conocimientos, con el objetivo de atender, aliviar o tratar las necesidades del paciente. Esta relación es dinámica, y los roles que desempeñan ambas partes evolucionan con el tiempo. En la actualidad, se enfatiza el respeto y la participación activa de médico y paciente en la toma conjunta de decisiones sobre la salud, favoreciendo una mayor eficacia terapéutica. Este enfoque responde a una nueva percepción del paciente como un individuo autónomo y capaz, incluso en situaciones de enfermedad, lo que impulsa un modelo de atención en el que el paciente ocupa un rol central.

En este contexto, las habilidades de comunicación y la resiliencia surgen como competencias esenciales para gestionar los retos que acompañan la transición al ámbito profesional. Según el Ministerio de Salud (2024), el agotamiento emocional y el estrés laboral representan problemas recurrentes que afectan no solo a los profesionales, sino también a la calidad de los servicios. La falta de habilidades comunicativas efectivas y resiliencia es especialmente crítica en las áreas rurales, donde los recursos limitados y la carga laboral intensifican el desgaste emocional de los recién egresados. Contreras (2020) resalta la importancia de usar habilidades comunicacionales y de interculturalidad para

generar una mejor impresión ante la comunidad y de esa manera asegurar la aceptación y participación en el plan de intervención.

El Ministerio de Salud (2024) señala que, aunque la demanda de profesionales de la salud ha incrementado significativamente, persiste un reto formativo en habilidades blandas como la comunicación efectiva y la resiliencia. Este déficit impacta negativamente en la capacidad de los médicos para interactuar con los pacientes, resolver conflictos y trabajar en equipo, especialmente en entornos de alta demanda. La resiliencia, definida como la capacidad de adaptarse positivamente a la adversidad (Usset et al., 2024), es clave para enfrentar los desafíos del SERUMS. Sin embargo, su desarrollo en los currículos médicos sigue siendo insuficiente.

Por otro lado, Brown (2016) argumenta que las habilidades de comunicación son evolutivas y deben adaptarse a los contextos cambiantes. Esta flexibilidad es particularmente relevante en el SERUMS, donde los médicos serumistas enfrentan escenarios diversos que exigen tanto competencias comunicativas como estrategias resilientes para manejar el estrés y las adversidades. La Secretaría del Médico Joven del Consejo Regional III de Lima (2024) reveló que los médicos SERUMS reportaron niveles elevados de estrés durante su primer año de ejercicio, lo que pone en evidencia la urgencia de fortalecer estas competencias.

En el ámbito nacional, diversas facultades de Medicina Humana enfrentan el desafío de formar profesionales con competencias sólidas en habilidades blandas, particularmente en comunicación efectiva y resiliencia. Estas competencias son esenciales para afrontar los retos del ejercicio médico, especialmente en contextos de alta presión como SERUMS. Sin embargo, en los informes recientes del Ministerio de Salud (2024) se evidencia que persiste una brecha significativa en la preparación de los médicos serumistas en estas áreas críticas.

La insuficiente preparación en estas competencias no solo limita la capacidad de los médicos para interactuar eficazmente con los pacientes, sino que también afecta su habilidad para manejar conflictos dentro de los equipos de salud, comprometiendo la calidad de la atención sanitaria (Cordova, 2020). Estas deficiencias formativas subrayan la urgencia de reestructurar los currículos médicos, priorizando el fortalecimiento de habilidades blandas que son indispensables para una atención médica integral y humanizada.

En este marco, el presente estudio busca determinar la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la Universidad Ricardo Palma. Esta investigación tiene el potencial de identificar áreas críticas de mejora en la formación profesional, proporcionando fundamentos para diseñar programas que promuevan el fortalecimiento de estas competencias esenciales. La optimización de estas habilidades no solo impactaría positivamente en el bienestar emocional y profesional de los médicos, sino que también elevaría la calidad de los servicios de salud ofrecidos, especialmente en las comunidades más vulnerables del país.

Abordar esta problemática es una oportunidad para contribuir al desarrollo de estrategias orientadas a mitigar el estrés laboral, mejorar el clima organizacional y fomentar un entorno profesional saludable. Estos esfuerzos beneficiarían tanto a los profesionales de la salud como a las poblaciones atendidas, promoviendo relaciones más empáticas, eficaces y humanizadas en el ámbito clínico.

La formación integral de los médicos serumistas, con un énfasis particular en el desarrollo de habilidades comunicativas y resiliencia, resulta indispensable para enfrentar con éxito los desafíos inherentes al ejercicio médico en un contexto tan complejo y exigente como el peruano. Este estudio, por ende, se posiciona como un aporte relevante para la mejora continua del sistema de salud, al mismo tiempo que refuerza las capacidades de los

profesionales en su rol crucial dentro de la atención primaria y comunitaria.

1.1.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el paciente entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?
- ¿Cuál es la relación entre la perspectiva biopsicosocial y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?
- ¿Cuál es la relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?
- ¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?
- ¿Cuál es la relación entre el médico entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Seda et al. (2024), en el artículo: The effect of psychodrama-based intervention on therapeutic communication skills and cognitive flexibility among nursing students: A 12-month follow-up study, que tuvo por objetivo evaluar el efecto de una intervención basada en psicodrama sobre las habilidades de comunicación terapéutica y la flexibilidad cognitiva en estudiantes de enfermería de segundo año. La intervención fue parte del curso de comunicación terapéutica, que permitió a los estudiantes practicar habilidades comunicativas y flexibilidad cognitiva a través del psicodrama antes de interactuar directamente con los pacientes. Se adoptó un diseño cuasi-experimental de pretest-posttest

con seguimiento a los 6 y 12 meses. El estudio incluyó una muestra por conveniencia de 24 estudiantes de segundo año de enfermería. Los datos se recolectaron utilizando el Formulario de Información Demográfica, la Escala de Habilidades de Comunicación Terapéutica y el Inventario de Flexibilidad Cognitiva. Las intervenciones psicodramáticas incluyeron técnicas de doblamiento, reversión de roles y juego de roles durante un período de 14 semanas. Los resultados se midieron en tres momentos: antes de la intervención, inmediatamente después y en los seguimientos de 6 y 12 meses. Los resultados indicaron que: las puntuaciones de comunicación no terapéutica disminuyeron significativamente después de la intervención y se mantuvieron bajas a los 6 y 12 meses; las puntuaciones de habilidades de comunicación terapéutica aumentaron significativamente inmediatamente después de la intervención y se mantuvieron elevadas en los seguimientos a los 6 meses; y, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la flexibilidad cognitiva entre los diferentes momentos de medición, lo que sugiere que la intervención no influyó significativamente en este aspecto. El estudio mostró que la intervención basada en psicodrama fue eficaz para mejorar las habilidades de comunicación terapéutica a largo plazo, lo que es crucial para la práctica de la enfermería. Los estudiantes aprendieron a evitar el uso de técnicas no terapéuticas y a emplear estrategias efectivas como la escucha activa y el reconocimiento de las necesidades emocionales de los pacientes. Sin embargo, el impacto en la flexibilidad cognitiva no fue evidente, lo que sugiere que pueden ser necesarias intervenciones más prolongadas o herramientas de medición adicionales para evaluar correctamente este constructo. El psicodrama demostró ser una herramienta efectiva para mejorar la comunicación terapéutica en estudiantes de enfermería, permitiéndoles desarrollar habilidades esenciales para la interacción con pacientes. Sin embargo, el estudio recomienda realizar investigaciones futuras con muestras más amplias y un diseño controlado, además de explorar intervenciones que puedan mejorar la flexibilidad cognitiva

de manera más efectiva.

Lee et al. (2022), en el artículo: *Communication competence and resilience are modifiable factors for burnout of operating room nurses in South Korea*, que tuvo por objetivo determinar la relación entre el estrés laboral, la resiliencia y la competencia comunicativa con el agotamiento laboral en enfermeras de quirófano. El estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal incluyó a 146 enfermeras de quirófano de un centro médico terciario y tres hospitales generales en Corea del Sur. Se emplearon cuestionarios autoadministrados para medir las variables. El análisis de datos se realizó mediante coeficientes de correlación de Pearson y regresión lineal jerárquica. Los instrumentos utilizados fueron: estrés laboral (cuestionario adaptado para enfermeras de quirófano, con 47 ítems calificados en una escala de 1 a 5), resiliencia (escala Connor-Davidson, con 25 ítems en una escala de 0 a 4), competencia comunicativa (versión coreana de la escala global de competencia interpersonal, con 15 ítems en una escala de 1 a 5) y agotamiento laboral (inventario de Maslach modificado, con 9 ítems, que incluye agotamiento emocional, despersonalización y logro personal). Participaron 146 enfermeras perioperatorias, con al menos tres meses de experiencia laboral, excluyendo a enfermeras en formación o con roles administrativos. Se obtuvo como resultados: la competencia comunicativa correlacionó positivamente con la resiliencia ($r=0.65$, $p<0.001$) y negativamente con el agotamiento laboral ($r=-0.44$, $p<0.001$); la resiliencia correlacionó negativamente con el agotamiento laboral ($r=-0.48$, $p<0.001$); y, en la regresión jerárquica, la competencia comunicativa ($\beta=-0.33$, $p<0.001$) y la resiliencia ($\beta=-0.22$, $p=0.027$) fueron predictores significativos de menor agotamiento. Los hallazgos confirman la importancia de la competencia comunicativa y la resiliencia como factores protectores frente al agotamiento laboral. Sin embargo, la relación entre el estrés laboral y el agotamiento fue limitada, sugiriendo la necesidad de investigaciones adicionales para explorar estas dinámicas. Se concluyó mejorar la competencia comunicativa y la resiliencia

podría reducir significativamente el agotamiento en las enfermeras de quirófano; el agotamiento emocional y la despersonalización están relacionados con el estrés laboral y la baja competencia comunicativa; y, los programas de capacitación en estas áreas pueden mejorar el bienestar profesional. Se recomienda implementar programas de formación en comunicación y resiliencia como parte de la capacitación laboral; promover una cultura organizacional que fomente la colaboración y el apoyo mutuo; y, realizar estudios longitudinales para analizar causalidad y efectividad de las intervenciones propuestas.

Chan et al. (2020), en el artículo: *Beyond communication training: The MaRIS model for developing medical students' human capabilities and personal resilience*, que tuvo por objetivo desarrollar y evaluar el modelo MaRIS (Mindfulness, Affective Reflection, Impactive experiences, Supportive environment), que busca mejorar las habilidades humanas, la competencia comunicativa y la resiliencia personal de los estudiantes de medicina, enfocándose en los tres dominios de la taxonomía de Bloom: cognitivo, psicomotor y afectivo. Su diseño fue cuantitativo y cualitativo longitudinal. Sus participantes fueron 55 estudiantes de primer año de medicina de la Griffith University (19-35 años), completaron el cuestionario en tres momentos: antes del inicio del programa (T0), después del taller 14 (T1) y al finalizar el taller 21 (T2). Se utilizó el MaRIS Impact Questionnaire (MIQ) para medir la competencia comunicativa, la empatía y la resiliencia, con escalas Likert y preguntas abiertas. Respecto a los resultados, las puntuaciones medias de los tres dominios (competencia comunicativa, empatía, resiliencia) aumentaron significativamente desde T0 hasta T1 y desde T0 hasta T2. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre T1 y T2, lo que sugiere que el impacto más notable ocurrió en las primeras etapas del programa. Los mayores avances se observaron en la competencia comunicativa, posiblemente debido a que los estudiantes adquirieron herramientas técnicas, como la estructuración de preguntas y la escucha activa, que facilitaban la interacción con los pacientes. La resiliencia también mejoró

significativamente gracias al espacio seguro para cometer errores y aprender de ellos sin consecuencias graves. Sin embargo, los aumentos en la empatía fueron menores, lo que podría indicar que desarrollar la empatía requiere una mayor exposición y reflexión continuada. Se concluyó que el modelo MaRIS es una herramienta efectiva para desarrollar las capacidades humanas de los estudiantes de medicina, incluidas la competencia comunicativa, la empatía y la resiliencia. A medida que los estudiantes progresan en su formación, la exposición gradual y controlada a situaciones estresantes en un entorno de apoyo es clave para fortalecer su resiliencia personal y su capacidad de comunicación. El estudio recomienda aplicar el modelo MaRIS en años superiores y explorar su viabilidad en otras disciplinas de la salud.

Penberthy et al. (2018), en el artículo: *Impact of Coping and Communication Skills Program on Physician Burnout, Quality of Life, and Emotional Flooding*, que tuvo por objetivo evaluar el impacto de un programa de habilidades de afrontamiento y comunicación interpersonal en médicos con comportamiento no profesional o en situación de estrés emocional, y su efecto en el burnout, la calidad de vida y el "emotional flooding" (desbordamiento emocional). El estudio fue cuasi-experimental con evaluación pre y post intervención. Participaron 46 médicos de diferentes especialidades en hospitales de Estados Unidos, con una mayoría de hombres (73%) y mujeres (27%). Las especialidades más representadas fueron cirugía general, obstetricia y ginecología. El programa de tres días llamado "Effective Coping and Communication Skills (ECCS)" incluyó entrenamiento en entrevistas motivacionales, habilidades de comunicación interpersonal, mindfulness, reducción de estrés, manejo de la ira y conciencia cultural. Se realizaron evaluaciones al inicio, al mes y a los seis meses. Las evaluaciones fueron Emotional flooding (se midió usando la escala de Gottman), Burnout (se midió con el Maslach Burnout Inventory (MBI)) y Calidad de vida (se usó el Professional Quality of Life Questionnaire (ProQOL)). Se encontró una disminución significativa en las puntuaciones de desbordamiento emocional

tras el programa, lo que indica una mejora en el control emocional. El cambio fue estadísticamente significativo ($V = 590$, $p < 0.05$). Las puntuaciones de agotamiento emocional también disminuyeron significativamente, lo que sugiere que los médicos se sintieron menos emocionalmente agotados por su trabajo ($V = 285$, $p < 0.05$). Sin embargo, no se encontraron mejoras significativas en la subescala de realización personal, lo que indica que este aspecto del burnout fue más resistente al cambio. A pesar de las mejoras en el agotamiento emocional, no se observaron cambios significativos en las puntuaciones generales de calidad de vida profesional. Se concluyó que el programa ECCS demostró ser efectivo para reducir el desbordamiento y el agotamiento emocionales en los médicos, lo que puede mejorar tanto el bienestar de los profesionales como la calidad de la atención que brindan. Sin embargo, los autores sugieren que se necesitan intervenciones más prolongadas y estudios a largo plazo para abordar otros aspectos del burnout, como la realización personal, y para evaluar el impacto a nivel institucional.

Visser et al. (2018), en el artículo: Does silence speak louder than words? The impact of oncologists emotion-oriented communication on analogue patients information recall and emotional stress, que tuvo por objetivo investigar el impacto de dos tipos de comunicación orientada a las emociones por parte de oncólogos (silencio orientado a las emociones y discurso orientado a las emociones) sobre la capacidad de los pacientes para recordar la información médica y la reducción potencial del estrés emocional. Además, se exploraron los efectos moderadores de características personales como la alfabetización en salud y la ansiedad de los participantes. La metodología fue experimental con diseño de video-vignetas en el que los participantes vieron una consulta simulada de un oncólogo. Se crearon tres condiciones de comunicación: Comunicación estándar, silencio orientado a las emociones y discurso orientado a las emociones. Participaron 217 individuos sin experiencia previa en cáncer, reclutados principalmente de una universidad. Se evaluó la capacidad de los participantes para

recordar la información (recuerdo libre y reconocimiento) y el estrés emocional (autoinformado y fisiológico). Se realizaron evaluaciones inmediatamente después de la consulta y a las 24-28 horas posteriores. Como resultados se obtuvo que tanto el silencio orientado a las emociones ($p = .002$) como el discurso orientado a las emociones ($p = .019$) mejoraron el reconocimiento de la información comparado con la comunicación estándar. No se observaron diferencias significativas en el recuerdo libre entre las tres condiciones. A pesar de la hipótesis inicial, el estrés emocional no mediaba la relación entre la comunicación del oncólogo y el recuerdo de la información. Las mediciones de estrés fisiológico y autoinformado no mostraron diferencias significativas entre las condiciones. Los pacientes con baja alfabetización en salud funcional tendieron a recordar menos información en general, pero la comunicación orientada a las emociones, particularmente el discurso, mitigó este efecto negativo. Los participantes con mayor ansiedad en relaciones mostraron respuestas más intensas de estrés emocional ante el discurso orientado a las emociones. Se concluyó que la comunicación orientada a las emociones ya sea mediante el silencio o el discurso, puede mejorar el reconocimiento de la información en las consultas médicas, lo que podría ser beneficioso para pacientes con baja alfabetización en salud. Sin embargo, es necesario investigar más para comprender por completo los mecanismos subyacentes a este efecto. Este estudio también resalta la importancia de adaptar las estrategias de comunicación a las características individuales del paciente, como la ansiedad y la capacidad de regular emociones.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Olaya (2021), en la tesis: Relación entre resiliencia con habilidades sociales en adolescentes de una institución pública de Huaquillas, que tuvo por objetivo determinar la relación entre la resiliencia y las habilidades sociales en adolescentes de una institución pública del cantón Huaquillas. Trabajó con una muestra no probabilística de 181 adolescentes, entre

13 y 17 años, de una institución educativa pública. Los datos se recolectaron mediante la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER) y la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero, analizados con el software SPSS-25. En sus hallazgos encontró que el 57.4% de los adolescentes presentaron baja resiliencia, mientras que el 42.6% mostraron niveles altos. La resiliencia no depende del sexo, aunque las mujeres tendieron a presentar mayor resiliencia. Además, encontró una relación significativa entre niveles altos de resiliencia y habilidades sociales, especialmente en dimensiones como expresión en situaciones sociales y manejo del enfado. Por último, el entorno problemático influye negativamente en el desarrollo de resiliencia y habilidades sociales. Los resultados coinciden con investigaciones previas que destacan la relación significativa entre resiliencia y habilidades sociales como factores protectores en adolescentes. Sin embargo, se subraya la necesidad de fortalecer estas capacidades en contextos educativos y sociales vulnerables. Concluye que la resiliencia y las habilidades sociales son esenciales para enfrentar riesgos psicosociales; no existen diferencias significativas en resiliencia entre hombres y mujeres; y las habilidades sociales favorecen el desarrollo de la resiliencia, siendo ambas indispensables en contextos de presión social. Recomienda implementar programas escolares que promuevan habilidades sociales y resiliencia; incluir formación en valores dentro de los currículos educativos; y, desarrollar redes de apoyo comunitario que prevengan riesgos como el consumo de drogas.

Sosa y Salas (2020), en el artículo: Resiliencia y habilidades sociales en estudiantes secundarios de San Luis de Shuaro, La Merced, que tuvo por objetivo analizar la relación entre la resiliencia y las habilidades sociales en una muestra de 212 estudiantes de nivel secundario provenientes de cuatro colegios de gestión estatal del distrito de San Luis de Shuaro, en la selva central del Perú. Los participantes, cuyas edades fluctuaron entre los 11 y 20 años, pertenecían a los grados de primero a quinto de secundaria, con un 52% de varones. Para la recolección de datos se emplearon la Escala de Resiliencia para Adolescentes de Prado y Del Águila

(2003) y la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, adaptada por Tomás y Lescano (2003). Los resultados evidenciaron una correlación positiva entre la resiliencia y las dimensiones de las habilidades sociales, destacándose asociaciones significativas con habilidades frente al estrés, comunicación, planificación, alternativas a la violencia y manejo de sentimientos. Además, al comparar por sexo, se observaron diferencias significativas en las habilidades de planificación, donde las mujeres obtuvieron puntajes más altos. Recomiendan realizar este tipo de estudios en regiones periféricas, adaptando las pruebas psicológicas. Asimismo, recurrir a metodologías mixtas, de manera que se puedan realizar análisis más minuciosos y profundos.

Suca (2022), en la tesis: Habilidades sociales y resiliencia en estudiantes de secundaria de un colegio nacional de Arequipa, 2022, que tuvo por objetivo determinar la relación entre habilidades sociales y resiliencia en estudiantes de 4° y 5° de secundaria de un colegio nacional en Arequipa, tras el retorno a la presencialidad. El estudio fue cuantitativo, de diseño descriptivo-correlacional y transversal, no experimental. Utilizó un muestreo no probabilístico intencional, seleccionando una muestra de 75 estudiantes. Se aplicaron dos escalas: la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero y la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young, ambas adaptadas en Perú. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y correlacional con el software SPSS 27. Sus instrumentos fueron: Escala de Habilidades Sociales (EHS), que evalúa dimensiones como autoexpresión, defensa de derechos, expresión de enfado, entre otras, a través de 33 ítems tipo Likert y Escala de Resiliencia (ER), compuesta por 25 ítems tipo Likert, mide ecuanimidad, perseverancia, autoconfianza, satisfacción personal y sentirse bien solo. La población consistió en 225 estudiantes de secundaria; la muestra final fue de 75 estudiantes, con edades entre 15 y 17 años. Se encontró una correlación positiva débil entre habilidades sociales y resiliencia ($r_s=0.25$, $p=0.02$); el 46.7% de los estudiantes presentó niveles bajos de habilidades sociales,

mientras que el 57.3% mostró niveles altos de resiliencia; y, dimensiones como "iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto" y "defender derechos como consumidor" no mostraron correlación con resiliencia, a diferencia de otras dimensiones. Los hallazgos coincidieron parcialmente con estudios previos, confirmando la relación positiva entre ambas variables, aunque con fuerza débil. Las habilidades sociales se vieron afectadas por el confinamiento, mientras que la resiliencia fue fortalecida por las experiencias adversas vividas durante la pandemia. Concluyó que existe una correlación positiva débil entre habilidades sociales y resiliencia; los niveles bajos de habilidades sociales destacan en los estudiantes; y, la resiliencia predomina en un nivel alto, especialmente en dimensiones como satisfacción personal y sentirse bien solo. Recomienda implementar programas de intervención para fortalecer habilidades sociales; realizar talleres y capacitaciones dirigidos a estudiantes y docentes; ejecutar actividades que fomenten la resiliencia desde el entorno educativo y familiar; y, ampliar futuras investigaciones, incorporando una mayor muestra y análisis diferenciados por sexo y contexto.

Aguilar (2021), en la tesis: Habilidades sociales y resiliencia en personal de servicio militar voluntario, Lima 2020, que tuvo por objetivo determinar la relación entre las habilidades sociales y la resiliencia en el personal de servicio militar voluntario en Lima en el año 2020. El estudio fue cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal. La investigación se realizó con una muestra de 80 voluntarios del servicio militar, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. Se emplearon encuestas como técnica de recolección de datos y se analizaron mediante estadística descriptiva y la prueba de correlación de Spearman. Como instrumentos usó: Escala de Habilidades Sociales (EHS), diseñada por Gismero (2000), adaptada en Perú por Ruiz (2009), evalúa dimensiones como autoexpresión, defensa de derechos, expresión de enfado, decir no, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas; y, Escala de Resiliencia, creada por Wagnild y Young (1993), adaptada en Perú

por Novella (2002), mide satisfacción personal, perseverancia, ecuanimidad, confianza en sí mismo y sentirse bien solo. Su población estuvo conformada por 100 integrantes del servicio militar voluntario y su muestra fueron 80 participantes entre 18 y 25 años. Como resultado obtuvo: niveles de habilidades sociales, el 60% presentó déficit, el 18.8% niveles bajos, el 13.8% niveles altos, y el 3.8% niveles normales y óptimos; niveles de resiliencia: El 63.8% mostró niveles bajos, el 27.5% niveles normales y el 8.8% niveles altos; y correlación significativa entre habilidades sociales y resiliencia ($r=0.261$, $p<0.05$). Sin embargo, no se halló relación significativa entre resiliencia y dimensiones como autoexpresión, defensa de derechos, expresión de enfado, decir no o interacción, excepto con hacer peticiones ($r=0.355$, $p<0.01$). Los resultados corroboran estudios previos que destacan la relación entre habilidades sociales y resiliencia. Sin embargo, la fuerza de la correlación encontrada es débil, lo que refleja la necesidad de considerar factores contextuales específicos del entorno militar. Concluyó que existe una relación significativa, aunque débil, entre habilidades sociales y resiliencia en el personal militar voluntario; la mayoría de los evaluados presentó niveles deficitarios en ambas variables; la dimensión "hacer peticiones" mostró una relación significativa con la resiliencia, en contraste con otras dimensiones. Recomienda diseñar programas de intervención psicológica para fortalecer habilidades sociales y resiliencia en este grupo; implementar talleres de capacitación que incluyan estrategias para mejorar habilidades sociales específicas; considerar estas variables en los procesos de evaluación y selección del personal militar voluntario; y, ampliar el estudio con una muestra más grande para validar los hallazgos.

Ángeles (2016), en la tesis: Relación entre resiliencia y habilidades sociales en estudiantes de secundaria, que tuvo por objetivo determinar la relación entre la resiliencia y las habilidades sociales en estudiantes de secundaria, analizando cómo estos factores contribuyen al bienestar y al desarrollo personal en el ámbito académico. Se empleó un diseño

correlacional, con un enfoque cuantitativo. La población estuvo compuesta por estudiantes de secundaria de una institución educativa en particular, seleccionados mediante un muestreo probabilístico. Para la recolección de datos, se utilizaron instrumentos estandarizados, entre ellos una escala de resiliencia y un test de habilidades sociales, los cuales fueron validados previamente en contextos similares. Se encontró una correlación significativa y positiva entre la resiliencia y las habilidades sociales. Los estudiantes con mayor resiliencia tendieron a demostrar mejores capacidades de interacción social, como la asertividad, el manejo de conflictos y la empatía. Los factores de resiliencia más influyentes incluyeron el afrontamiento positivo y la tolerancia a la frustración. Sus hallazgos sugieren que la resiliencia no solo actúa como un mecanismo de afrontamiento frente a las adversidades, sino que también potencia las interacciones sociales, favoreciendo un entorno más armonioso en el aula. Este resultado respalda teorías previas que vinculan el desarrollo emocional con las habilidades sociales y destaca la importancia de programas educativos que promuevan ambos aspectos de manera integrada. Concluyó que existe una relación directa entre la resiliencia y las habilidades sociales en estudiantes de secundaria, lo cual indica que fortalecer una de estas variables puede impactar positivamente en la otra; y, el desarrollo de habilidades sociales y resiliencia debe ser un componente esencial en las estrategias pedagógicas para mejorar el bienestar y el rendimiento de los estudiantes. Recomienda implementar talleres psicoeducativos dirigidos a fortalecer la resiliencia y las habilidades sociales en el ámbito escolar; capacitar a los docentes en estrategias para fomentar la resiliencia y la resolución de conflictos en sus estudiantes; y, promover la investigación continua sobre estas variables en diferentes contextos y niveles educativos para corroborar y ampliar los resultados obtenidos.

1.3. Objetivos

Para la presente investigación se plantearon los siguientes objetivos:

1.3.1. *Objetivo general*

- Determinar la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Determinar la relación entre el paciente entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.
- Determinar la relación entre la perspectiva biopsicosocial y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.
- Determinar la relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.
- Determinar la relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.
- Determinar la relación entre la dimensión médico entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.

1.4. Justificación

En un contexto donde las demandas de atención sanitaria se tornan cada vez más complejas, las habilidades de comunicación y la resiliencia son factores críticos para los médicos. Las habilidades de comunicación facilitan una relación efectiva entre el profesional y el paciente, promoviendo un intercambio de información claro y generando un entorno de confianza mutua (Beyer et al., 2024). La resiliencia, por su parte, permite a los médicos afrontar el estrés inherente a su trabajo y los prepara para adaptarse a los retos que enfrentan en el entorno sanitario, particularmente en situaciones de alta presión (Gransj en, 2024).

La Universidad Ricardo Palma, al formar médicos, tiene la responsabilidad de proporcionar herramientas que permitan a sus egresados desarrollar habilidades de

comunicación efectiva y resiliencia, de manera que puedan responder a las crecientes exigencias del sistema de salud peruano. Este estudio busca explorar y determinar el nivel de desarrollo de estas competencias en los egresados de la Facultad de Medicina de la URP, identificando fortalezas y áreas de mejora que puedan contribuir a diseñar intervenciones educativas y formativas que impacten positivamente en la práctica médica.

1.4.1. Justificación teórica

La comunicación médica y la resiliencia han sido ampliamente estudiadas como componentes esenciales en el desempeño clínico y en la salud mental de los profesionales de salud. Según Vega-Hurtado (2018), una buena comunicación permite una mayor adherencia al tratamiento y una mejora significativa en los resultados de salud, debido a que los pacientes se sienten escuchados y comprendidos. Este estudio también evidenció cómo las habilidades comunicativas ayudan a prevenir errores médicos y optimizan el flujo de información entre el equipo de salud.

Por otro lado, la resiliencia ha sido estudiada en el ámbito de la medicina como una competencia que protege a los médicos contra el agotamiento emocional, una problemática en aumento a nivel global (West et al., 2018). West y sus colegas encontraron que los programas de entrenamiento en resiliencia pueden reducir significativamente los niveles de burnout y aumentar la satisfacción laboral en los médicos. Estos estudios justifican teóricamente la importancia de investigar cómo se desarrollan estas competencias en los futuros médicos, así como el impacto que tienen en su bienestar y en la calidad de atención que ofrecen.

1.4.2. Justificación práctica

La práctica médica actual exige competencias integrales en los profesionales de la salud, donde las habilidades de comunicación y la resiliencia juegan un papel crucial para garantizar una atención de calidad centrada en el paciente. De acuerdo con Dewi et al. (2024),

la efectividad en las habilidades de comunicación se asocia directamente con mejores resultados en los pacientes, tales como la adherencia al tratamiento, la disminución del dolor y la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, existe una brecha en la transferencia de estas habilidades desde los entornos de enseñanza al contexto clínico, lo que limita su aplicación práctica.

En este contexto, los médicos de SERUMS enfrentan desafíos únicos derivados de las limitaciones de recursos, las barreras culturales y las condiciones adversas propias de las áreas rurales o periurbanas donde laboran. Estos factores exigen no solo una comunicación efectiva con pacientes de diversos contextos socioculturales, sino también la capacidad de mantener la resiliencia frente al estrés laboral y las cargas emocionales. En este sentido, la resiliencia permite a los médicos adaptarse y prosperar en condiciones adversas, preservando su bienestar mental y físico, así como la calidad de su práctica profesional (Doherty et al., 2024; Dewi et al., 2024).

Asimismo, los métodos de enseñanza actuales no logran una alineación constructiva que prepara a los médicos para la realidad clínica, donde los escenarios de alta presión y las demandas asistenciales limitan la oportunidad de construir relaciones empáticas con los pacientes (Dewi et al., 2024). Esta falta de alineación puede disminuir la calidad del cuidado, especialmente en áreas de alta vulnerabilidad donde los pacientes requieren un enfoque más personalizado, que contempla no solo sus necesidades médicas, sino también sus contextos culturales, emocionales y sociales. En este sentido, una formación médica que integra de manera efectiva las habilidades de comunicación y la resiliencia resulta fundamental para garantizar interacciones médicas- pacientes significativos, capaces de generar confianza, adherencia al tratamiento y mejores resultados en la salud del paciente. La ausencia de este enfoque integral puede perpetuar inequidades en el acceso y calidad del cuidado, afectando especialmente a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

Por tanto, la presente investigación busca generar evidencia científica sobre la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en los médicos SERUMS, con el fin de identificar fortalezas, desafíos y áreas de mejora en su formación. Este enfoque permitirá desarrollar estrategias pedagógicas y de intervención que optimicen su desempeño profesional en el contexto rural.

En conjunto, esta investigación busca llenar un vacío crítico en la literatura al examinar la relación entre las habilidades comunicativas y la resiliencia de los profesionales de la salud, concretamente los médicos serumistas, un aspecto que ha sido subestimado en los programas de formación y en la práctica médica en el Perú. Esta investigación no solo tiene el potencial de contribuir al mejoramiento de la atención médica en el país, sino también de contribuir en las políticas de formación y gestión del personal de salud, con el objetivo de promover ambientes laborales más saludables y eficientes.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

1.5.1.1. Hipótesis alternativa

- H1: Existe relación entre habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.

1.5.1.2. Hipótesis nula

- H0: No existe relación entre habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.

1.5.2. Hipótesis específicas

- H2: Existe relación entre el paciente entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.
- H3: Existe relación entre la perspectiva biopsicosocial y la resiliencia en médicos

SERUMS 2024-I egresados de la URP.

- H4: Existe relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.
- H5: Existe relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.
- H6: Existe relación entre la dimensión médico entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas del tema de investigación

2.1.1. *Habilidades de comunicación*

Según Afzal et al. (2024) las habilidades de comunicación, en el ámbito de la interacción médico-paciente, pueden definirse como un conjunto integral de competencias verbales y no verbales que permiten al profesional de la salud establecer un vínculo efectivo, empático y colaborativo con los pacientes. Estas habilidades abarcan desde la capacidad de expresar información médica de manera clara y comprensible hasta el manejo adecuado de las emociones y la creación de un ambiente de confianza mutua. Incluyen elementos fundamentales como el contacto visual, el tono de voz respetuoso, una postura abierta y receptiva, y la escucha activa. Además, estas habilidades son esenciales para facilitar la toma de decisiones compartida, mejorar la satisfacción del paciente y optimizar los resultados de salud. El desarrollo de estas competencias requiere formación específica, práctica continua y retroalimentación estructurada, lo que resalta su carácter multidimensional y su importancia como núcleo de la atención médica de calidad.

Según Lee et al. (2022) las habilidades de comunicación se entienden como el conjunto integrado de conocimientos, destrezas y motivaciones que permiten la transmisión efectiva y apropiada de información entre las personas. Estas habilidades comprenden elementos como la autoexpresión, la empatía, la gestión de la interacción, la asertividad y la coherencia conversacional, que, en su conjunto, facilitan la construcción de relaciones interpersonales sólidas, la resolución de conflictos y el logro de objetivos comunes en entornos laborales y sociales. En el ámbito de la enfermería quirúrgica, estas competencias no solo optimizan la colaboración dentro del equipo médico, sino que también contribuyen significativamente a reducir el agotamiento laboral y a mejorar el desempeño profesional.

Según Ambrose et al. (2024) las habilidades de comunicación se refieren a la capacidad

de transmitir y recibir información de manera clara, precisa y eficaz, facilitando el entendimiento mutuo y promoviendo la coordinación dentro de un equipo o sistema. En el contexto de los equipos de salud, estas habilidades incluyen tanto la expresión verbal y no verbal como la escucha activa y el intercambio oportuno de información crítica. Su desarrollo y aplicación son esenciales para garantizar la colaboración, la toma de decisiones informada y la respuesta ágil a situaciones complejas y dinámicas.

Según McAlpine et al. (2024) las habilidades de comunicación constituyen un conjunto esencial de competencias en el ámbito de la salud pública, que integran conocimientos, valores, actitudes y prácticas necesarias para comunicar información de manera efectiva y ética. Estas habilidades incluyen la capacidad de diseñar y transmitir mensajes claros, precisos, accesibles y culturalmente pertinentes, utilizando enfoques participativos y centrados en la audiencia. Además, abarcan el uso de teorías interdisciplinarias y herramientas tecnológicas actuales para desarrollar iniciativas de comunicación que promuevan la equidad en salud y el bienestar comunitario. Las habilidades de comunicación también implican la evaluación crítica de los ecosistemas de información para abordar desafíos como la desinformación, fortaleciendo la confianza mediante mensajes transparentes y basados en evidencia. Estas competencias son fundamentales para movilizar comunidades, fomentar el entendimiento mutuo y apoyar la toma de decisiones informadas en contextos diversos y en constante evolución.

Según Namra et al. (2024) las habilidades de comunicación son un componente esencial en la práctica médica, que comprende la capacidad de interactuar eficazmente con pacientes, colegas y otros profesionales de la salud mediante el uso de herramientas verbales, paraverbales y no verbales. Estas habilidades permiten transmitir información clara y precisa, adaptándose al contexto cultural y social de los pacientes, fomentando la empatía, y garantizando el entendimiento mutuo. La falta de entrenamiento formal en estas competencias puede llevar a una sobreestimación de las capacidades propias y a dificultades

en áreas críticas como la transmisión de malas noticias, la resolución de conflictos y la gestión de emociones en ambientes clínicos. Por tanto, se requiere un enfoque estructurado y longitudinal para desarrollar estas habilidades, con programas diseñados para abordar necesidades específicas, mejorar las relaciones médico-paciente y optimizar los resultados de salud.

Según Suárez y Trujillo (2019), las habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea se entienden como "un proceso pedagógico que integra conocimientos, actitudes y prácticas para mejorar la interacción médico-paciente, garantizando que el profesional no solo sea un técnico competente, sino también un comunicador sensible y ético". Los autores destacan que estas habilidades deben desarrollarse de manera sistemática durante la formación médica, combinando teoría con ejercicios prácticos que permitan a los estudiantes enfrentar los desafíos comunicativos reales en la práctica clínica. Además, subrayan que las habilidades de comunicación no son inherentes, sino que requieren formación y práctica constante. Los autores proponen un enfoque pedagógico que combina simulaciones clínicas, retroalimentación constructiva y análisis de casos reales, con el objetivo de preparar a los futuros médicos para manejar de manera efectiva las complejidades emocionales y éticas del ejercicio profesional.

2.1.1.1. Dimensiones. En el contexto del SERUMS en Perú, el modelo de habilidades de comunicación centrada en la persona, adaptadas de Humeres (2022) y basadas en las dimensiones originales propuestas por Mead y Bower (2000), resulta fundamental para evaluar las competencias comunicativas de los médicos durante su primer año de servicio. Este modelo cobra especial relevancia debido a los desafíos inherentes al programa, como brindar atención en entornos culturalmente diversos y con recursos limitados, donde la calidad de interacción médico-paciente es crucial para garantizar una atención integral y humanizada. A continuación, se definirá cada una de sus dimensiones:

A. ***Paciente como persona.*** Reconoce al paciente como un individuo único con necesidades emocionales, sociales y clínicas que merecen atención personalizada y empática. Esta dimensión refuerza la escucha activa, la empatía y el respeto en cada interacción clínica (Mead y Bower, 2000). Según Afzal et al. (2024), los pacientes reportan mayores niveles de satisfacción cuando perciben que el médico utiliza un lenguaje comprensible, presta atención a sus emociones y considera su contexto personal en las decisiones clínicas. La investigación destaca que una comunicación ineficaz, como el uso excesivo de jerga médica, puede aumentar el estrés psicológico del paciente y conducir a errores médicos evitables (McAlpine et al., 2024). Según Afzal et al. (2024), la falta de contacto visual adecuado y un lenguaje centrado en el paciente contribuye a percepciones negativas de la atención médica. La investigación subraya la importancia de escuchar activamente y validar las preocupaciones del paciente para construir una relación efectiva.

B. ***Perspectiva biopsicosocial.*** Adopta un enfoque integral que considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente como partes interconectadas en la evaluación y tratamiento de su salud (Mead y Bower, 2000). Afzal et al. (2024) enfatizan que la atención a factores culturales y psicosociales puede reducir las disparidades en la atención médica, especialmente en entornos con diversidad cultural. Las barreras socioculturales, como las diferencias de idioma entre médico y paciente, se identificaron como un obstáculo clave que afecta la comprensión y adherencia al tratamiento (McMillion, 2024). Afzal et al. (2024) destacan que el tiempo limitado y las restricciones en la infraestructura hospitalaria (como la falta de espacios de consulta adecuados) dificultan el enfoque biopsicosocial en entornos médicos. Estas barreras impactan directamente en la capacidad del médico para abordar aspectos psicosociales en profundidad. Brown (2016) señala que el concepto biopsicosocial de la salud, también conocido como "Salud Integral", fue respaldado en la Declaración de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud en

1978. Este acontecimiento, considerado un hito del siglo XX, estableció que la salud se entiende como un estado de bienestar completo en los ámbitos físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedades o afecciones.

C. Responsabilidad compartida. Fomenta la participación activa del paciente en la toma de decisiones médicas, promoviendo su autonomía y colaboración en el proceso terapéutico (Mead y Bower, 2000). El estudio señala que una comunicación efectiva y bidireccional entre el médico y el paciente es fundamental para construir consenso en los planes de tratamiento y mejorar los resultados de salud (McAlpine et al, 2024). La falta de tiempo y las largas jornadas laborales son factores que limitan la implementación de estrategias que involucren activamente al paciente en el proceso de decisión clínica (McMillion, 2024).

D. Alianza terapéutica. Establece una relación colaborativa y de confianza entre médico y paciente, basada en la transparencia y el respeto mutuo (Mead y Bower, 2000). Afzal et al. (2024) destacan que construir confianza mutua y abordar las preocupaciones emocionales del paciente son prácticas esenciales que aumentan la satisfacción y adhesión al tratamiento. La sensibilidad hacia las inquietudes del paciente y el apoyo emocional durante los tratamientos son percibidos como indicadores de excelencia en la comunicación médico-paciente (McAlpine et al., 2024).

E. Médico como persona. Reconoce que las cualidades personales del médico, como la inteligencia emocional y la autenticidad, son factores clave en el éxito de la relación médico-paciente (Mead & Bower, 2000). La investigación de Afzal et al. (2024) resalta que los residentes que proyectan calma manejan sus emociones adecuadamente y generan confianza logran mejores relaciones terapéuticas con los pacientes. Se observó que los médicos con alta autoeficacia emocional tienden a evitar conflictos en el lugar de trabajo, lo

que refuerza una práctica médica más armónica y centrada en el paciente (McAlpine et al., 2024).

Tomar estas cinco dimensiones como marco para evaluar las habilidades de comunicación de los médicos en el SERUMS permite un análisis integral que va más allá de la transmisión de información. Este modelo enfatiza la importancia de una atención centrada en el paciente, adaptada a las realidades culturales y sociales del entorno rural y urbano marginal. Además, proporciona un estándar para identificar áreas de mejora en la formación médica, especialmente en competencias comunicativas que son críticas para el éxito en entornos con recursos limitados.

2.1.1.2. Modelos de comunicación clínica en salud. Las habilidades de comunicación en el ámbito clínico son fundamentales para establecer una relación terapéutica efectiva, mejorar los resultados en salud y promover la satisfacción tanto del paciente como del profesional de la salud. A lo largo de las décadas, diversos modelos teóricos han sido propuestos por autores destacados, proporcionando marcos conceptuales y prácticos para guiar la interacción médico-paciente estructurada, colaborativa y humanizada.

A. Modelo de Balint. Michael Balint introdujo en 1957 un modelo que resalta la dimensión emocional en la relación médico-paciente. Este enfoque enfatiza la comprensión de las experiencias subjetivas del paciente y su impacto en la percepción de la enfermedad, considerando que el médico, a través de su actitud y habilidades interpersonales, puede actuar como un "fármaco terapéutico" (Brown, 2016).

B. Método clínico centrado en el paciente. Propuesto por Brown y colaboradores en 1986, este modelo establece las bases de la medicina centrada en el paciente. Su enfoque aboga por explorar la experiencia del paciente con la enfermedad, considerando no solo los síntomas biomédicos, sino también sus emociones, valores y contexto psicosocial. El modelo

busca integrar la perspectiva del paciente con la evaluación clínica para construir una alianza terapéutica sólida. A través de este enfoque, los médicos pueden abordar la salud de manera integral, reconociendo al paciente como un participante activo en su atención médica (Brown, 2016).

C. Modelo de Tres Funciones. Desarrollado por Bird y Cohen-Cole en 1990, el modelo Tres Funciones proporciona un marco conceptual para estructurar las interacciones médico-paciente en tres funciones fundamentales. La primera, Construir la relación, destaca la importancia de establecer confianza y empatía para crear un ambiente seguro y colaborativo. La segunda, Evaluar y entender, se centra en la recopilación de información clínica y psicosocial relevante, permitiendo una comprensión integral del paciente. La tercera, Colaborar en el manejo, resalta la toma de decisiones compartida, diseñando un plan terapéutico que integre las necesidades clínicas y las preferencias del paciente. Este modelo fomenta una relación terapéutica equilibrada, mejorando tanto los resultados clínicos como la satisfacción del paciente (Brown, 2016).

D. Modelo E4. Introducido por Keller y Carroll en 1994, identifica cuatro componentes esenciales de la comunicación clínica: Engage (Involucrar), Empathize (Empatizar), Educate (Educar) y Enlist (Involucrar). Este enfoque comienza con el establecimiento de una conexión efectiva y continúa con la validación de las emociones del paciente mediante la empatía. Posteriormente, se proporciona información clara y relevante; y finalmente, se compromete al paciente en la toma de decisiones y el manejo del tratamiento. Este modelo promueve una interacción estructurada y humanizada, facilitando la colaboración entre médico y paciente (Brown, 2016).

E. Modelo Calgary-Cambridge. El modelo Calgary-Cambridge es uno de los más utilizados en la formación médica, propuesto por Silverman, Kurtz y Draper en 1996, ofrece un marco estructurado para enseñar y evaluar habilidades de comunicación clínica. Este

modelo comprende cinco etapas: inicio de la consulta, recopilación de la información, provisión de explicaciones, desarrollo del entendimiento mutuo y cierre de la consulta. Este enfoque estructurado destaca la importancia de integrar habilidades verbales y no verbales, promoviendo una interacción clara y efectiva con el paciente y equilibrando la gestión clínica con habilidades interpersonales. Además, el modelo subraya la necesidad de adaptar el lenguaje médico para hacerlo comprensible, fomentando la confianza y la adherencia al tratamiento (Brown, 2016).

F. Modelo de entrevista motivacional. El modelo de entrevista motivacional, desarrollado por Miller y Rollnick en 2000, se enfoca en facilitar cambios conductuales mediante un estilo colaborativo y empático (Brown, 2016). Según Zhu et al. (2024), este modelo enfatiza la importancia de habilidades como la escucha reflexiva, la empatía y la promoción de la autonomía del paciente. En el ámbito médico, la entrevista motivacional resulta particularmente útil para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento, permitiendo explorar y resolver ambivalencias, mientras se respeta al paciente como el principal agente de cambio en su proceso de salud.

La entrevista motivacional se fundamenta en cuatro pilares esenciales que representan su esencia, según Rodríguez Sanz et al. (2014):

- ***Colaboración.*** Se establece como un trabajo conjunto entre dos expertos. Por un lado, el paciente es quien mejor comprende su propia experiencia de la enfermedad; por otro, el profesional aporta conocimientos técnicos. Este enfoque colaborativo fomenta una relación de aprendizaje mutuo y respeto.
- ***Aceptación.*** Implica recibir sin juicio lo que el paciente comparte acerca de sí mismo y su situación. No significa necesariamente aprobar sus acciones, sino reconocer el valor intrínseco de la persona, respetando su narrativa y experiencia sin imponer evaluaciones

personales del entrevistador.

- **Compasión.** Se traduce en un acto profundo de solidaridad en el cual el profesional empatiza con los sentimientos y experiencias del paciente, compartiendo su sufrimiento, dolor o alegría. Este pilar enfatiza el compromiso de actuar en beneficio del bienestar del paciente.
- **Evocación.** Parte de la premisa de que el cambio no se impulsa desde las carencias del paciente, sino desde la confianza en que este posee en su interior los recursos necesarios para lograrlo. La evocación busca sacar a la luz las motivaciones personales del paciente, ayudándole a identificar sus propias discrepancias y razones para el cambio.

G. Elementos esenciales. En 2001, Gregory Makoul desarrolló un modelo que identifica los elementos esenciales para una comunicación clínica efectiva. Entre estos se encuentran el establecimiento de confianza, la recopilación de información mediante la escucha activa, la provisión de explicaciones claras, el manejo de emociones y la negociación de decisiones compartidas. Makoul enfatizó que estas competencias son fundamentales para construir relaciones médico-pacientes exitosas, reduciendo malentendidos y mejorando la adherencia al tratamiento (Brown, 2016).

H. Marco SEGUE. Ese mismo año, 2001, Makoul introdujo el marco SEGUE, diseñado para guiar las consultas clínicas en cinco etapas clave: Set the stage (Preparar el escenario), Elicit information (Recabar información), Give information (Proporcionar información), Understand the patient's perspective (Entender la perspectiva del paciente) y End the encounter (Cerrar la consulta). Este enfoque organiza la interacción de manera sistemática, asegurando que cada aspecto relevante sea abordado de forma clara y eficiente (Brown, 2016).

I. Cuatro Hábitos. Desarrollado por Frankel y Stein en 2001, el modelo de Cuatro

Hábitos ofrece un marco simple, pero poderoso para mejorar la comunicación clínica. Sus cuatro componentes son: Invertir en el comienzo, que implica construir confianza inicial; Indagar la perspectiva del paciente, explorando sus expectativas y preocupaciones; Demostrar empatía, validando explícitamente las emociones del paciente; e Invertir en el cierre, asegurando claridad en los próximos pasos. Este enfoque facilita una atención centrada en el paciente y una relación terapéutica efectiva (Brown, 2016).

J. Entrevista centrada en el paciente. La Entrevista Centrada en el Paciente, desarrollada inicialmente por Smith et al. en 2000 y ampliada por Fortin et al. en 2012, combina habilidades biomédicas y psicosociales en la consulta médica. Este modelo estructura la interacción en tres fases: apertura con preguntas abiertas para identificar los problemas del paciente, exploración de aspectos emocionales y transición hacia el análisis biomédico. Su enfoque integrador facilita que los médicos comprendan y respondan de manera efectiva a las necesidades individuales de cada paciente (Brown, 2016).

K. Modelo de comunicación centrado en el paciente. El enfoque de la comunicación centrado en el paciente tiene sus raíces en los trabajos de Michael Balint en 1957 y Carl Rogers en la década de 1960, quienes revolucionaron la forma en que se entendía la relación médico-paciente al introducir conceptos de humanismo y atención integral. Balint fue pionero al proponer que cada paciente debe ser tratado como un ser único, cuya salud y bienestar no pueden reducirse a meros síntomas o enfermedades, sino que deben considerarse en el contexto de sus emociones, creencias y circunstancias sociales (Brown, 2016).

Carl Rogers, por su parte, enmarcó este enfoque dentro de la psicología humanista, destacando que la relación terapéutica debe basarse en tres principios fundamentales: autenticidad, aceptación incondicional y empatía. Rogers argumentó que estas cualidades son esenciales para que el paciente se sienta valorado y comprendido, lo que facilita un entorno propicio para el cambio y la mejora en su salud (Brown, 2016).

El modelo de comunicación centrado en el paciente se caracteriza por varios elementos clave: Foco en el paciente como colaborador, interacción médico-paciente, habilidades de comunicación y resultados medibles. En este modelo, el paciente es considerado un participante activo en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Este cambio otorga mayor autonomía al paciente y fomenta una relación de confianza con el profesional de salud. La consulta médica se centra en establecer una relación que no solo permita diagnosticar y tratar enfermedades, sino también comprender las preocupaciones, valores y expectativas del paciente (Brown, 2016).

Según Brown (2016), este enfoque demanda habilidades específicas del médico, como la escucha activa, la capacidad de transmitir información de manera clara y adaptada al paciente, y el manejo adecuado de emociones. Estas habilidades no solo mejoran la relación, sino que también impactan positivamente en los resultados de salud. La literatura destaca cómo este modelo influye en la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y la resolución de síntomas. Estudios como el metanálisis de Stewart et al. (1999) vinculan directamente una comunicación efectiva con mejores resultados clínicos (Brown, 2016).

Según Brown (2016), las limitaciones incluyen la falta de formación adecuada de los profesionales en habilidades de comunicación, las barreras culturales entre médicos y pacientes, y la presión de los sistemas de salud orientados a la eficiencia y no al tiempo necesario para una interacción genuina.

L. Modelo de comunicación centrado en la persona. El modelo de comunicación centrado en la persona se posiciona como un enfoque innovador y necesario en el ámbito de la salud, integrando aspectos sociales, culturales y emocionales en la atención médica. Este modelo, a diferencia del enfoque centrado exclusivamente en el paciente, considera a la persona como un ser integral cuya salud no se limita al tratamiento

de una enfermedad específica, sino que abarca su vida en su totalidad, incluyendo sus metas, valores y relaciones (Humeres, 2022).

Según Anne et al. (2023), las habilidades de comunicación centrada en la persona son competencias esenciales en la práctica médica que facilitan una interacción efectiva, empática y respetuosa entre los profesionales de la salud y los pacientes. Estas habilidades no solo buscan abordar los aspectos biomédicos de la atención, sino también comprender y responder a las necesidades individuales, emociones y contextos sociales de los pacientes. Este enfoque se articula en torno a una atención personalizada y al fortalecimiento de la relación médico- paciente, integrando aspectos como:

- ***Respeto por los valores y preferencias del paciente.*** Este aspecto garantiza que las decisiones clínicas tomen en cuenta las prioridades y preocupaciones personales del paciente. La validación emocional y la empatía son pilares fundamentales para construir confianza y seguridad en el proceso terapéutico.
- ***Comunicación abierta y bidireccional:*** Una interacción que fomente el intercambio claro de información, evitando tecnicismos y utilizando un lenguaje comprensible, promueve la comprensión mutua y la participación activa del paciente en su cuidado.
- ***Integración del contexto biopsicosocial:*** Las habilidades centradas en la persona incorporan factores sociales, psicológicos y culturales que influyen en la experiencia de salud del paciente, permitiendo una evaluación y tratamiento más completos.
- ***Participación activa y autonomía del paciente:*** Estas habilidades buscan involucrar al paciente en la toma de decisiones y en la construcción de un plan terapéutico consensuado, empoderándolo y reforzando su rol activo en el manejo de su salud.
- ***Relación terapéutica sólida.*** Basada en la confianza, la sensibilidad hacia las preocupaciones del paciente y la creación de un ambiente colaborativo, esta relación es

clave para la adherencia al tratamiento y los resultados positivos en salud.

Según Humeres (2022), las características principales del modelo de comunicación centrada en la persona presentan son: visión holística del individuo, participación activa del paciente, enfoque en la narrativa del paciente y agenda compartida. El modelo trasciende la atención clínica para abarcar dimensiones culturales, sociales y emocionales. Esto permite a los profesionales de la salud comprender el contexto de vida del paciente y personalizar la atención a sus circunstancias específicas. La atención centrada en la persona fomenta la toma de decisiones compartida, donde se consideran las perspectivas y experiencias del paciente, promoviendo un trabajo colaborativo que refuerza su autonomía. Este modelo valora las historias y vivencias del paciente como parte esencial del proceso de atención, reconociendo que sus expectativas y experiencias previas son determinantes en su percepción de bienestar y en la adherencia a los tratamientos. La identificación de intereses mutuos entre profesional y paciente es un componente clave. Esto permite priorizar objetivos y planificar intervenciones que respondan a las verdaderas necesidades del individuo.

El modelo de comunicación centrado en la persona representa un cambio de paradigma en el cuidado de la salud, enfatizando la centralidad de la persona en todo el proceso de atención. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos, sino que también refuerza la dignidad y el respeto por el ser humano como un todo, sentando las bases para una atención más humanizada y efectiva. Integrar este modelo en las prácticas clínicas requiere un compromiso renovado con la formación, la empatía y el entendimiento de la salud como un derecho fundamental que trasciende las fronteras biomédicas (Humeres, 2022).

2.1.2. Resiliencia

Según Gransjøen (2024) la resiliencia se define como la capacidad tanto individual

como organizacional para adaptarse, resistir y recuperarse frente a la adversidad, los cambios inesperados y las crisis, mientras se mantienen funciones deseables y resultados positivos. En el ámbito individual, la resiliencia implica la habilidad de gestionar el estrés y superar las dificultades mediante mecanismos internos de regulación emocional, estrategias activas de afrontamiento y una perspectiva optimista hacia los desafíos. A nivel organizacional, la resiliencia está influenciada por prácticas de liderazgo, cohesión entre equipos y la capacidad de planificar, responder y recuperarse eficazmente ante emergencias o circunstancias críticas. Esta interacción entre las dimensiones individuales y colectivas de la resiliencia subraya la importancia de estrategias integradas para fortalecer la capacidad de respuesta y adaptabilidad en contextos de alta demanda.

Doherty et al. (2024) la resiliencia puede definirse como la capacidad de los individuos para responder eficazmente a las adversidades inherentes a su contexto, empleando estrategias cognitivas, emocionales y conductuales que les permitan mantener un equilibrio funcional y adaptarse de manera positiva. Este concepto abarca tanto mecanismos internos, como la aceptación activa y el replanteamiento positivo, como el aprovechamiento de recursos externos, tales como el apoyo social. En el caso de los profesionales de la salud, la resiliencia no solo implica resistir el estrés asociado a la carga laboral y los desafíos emocionales del entorno clínico, sino también desarrollar habilidades para confrontar y transformar esas experiencias en aprendizajes significativos que contribuyan al bienestar personal y profesional. Es, por tanto, un proceso dinámico que integra factores individuales y contextuales para promover el rendimiento sostenible en situaciones de alta demanda y complejidad.

Según McMillion (2024) la resiliencia puede definirse como el proceso y resultado de adaptarse con éxito a experiencias de vida difíciles, especialmente mediante la flexibilidad mental, emocional y conductual, así como el ajuste a demandas externas e

internas. Este concepto enfatiza no solo la capacidad de superar adversidades, sino también el potencial de crecimiento personal y profesional que puede surgir a partir de dichas experiencias, integrando factores individuales, interpersonales, organizacionales y comunitarios para sostener la estabilidad emocional y funcional de los individuos en contextos complejos y desafiantes.

Según Ambrose et al. (2024) la resiliencia puede entenderse como la capacidad de los sistemas, equipos o individuos para anticipar, monitorear, adaptarse y aprender frente a situaciones adversas, asegurando el mantenimiento de su funcionalidad y rendimiento. En el contexto de los sistemas de salud, la resiliencia se manifiesta a través de la adaptación coordinada a demandas críticas, permitiendo a los equipos superar limitaciones como escasez de recursos, incertidumbre y estrés. Este concepto incluye aspectos individuales y colectivos, destacando la importancia de la cohesión, la flexibilidad y el aprendizaje continuo para responder eficazmente a desafíos complejos.

Según Shoji et al. (2024) la resiliencia se concibe como la capacidad intrínseca y desarrollada de un individuo o colectivo para adaptarse, afrontar y superar adversidades o desafíos, mientras mantiene un equilibrio emocional, cognitivo y conductual. Este concepto no solo implica la capacidad de resistir el impacto de factores estresantes, sino también de transformarlos en oportunidades de aprendizaje y desarrollo personal o profesional. En el contexto de la salud, la resiliencia integra componentes de empatía, estrategias activas de afrontamiento y apoyo emocional, permitiendo sostener la calidad de vida y el desempeño en entornos críticos y cambiantes.

La resiliencia se define como la capacidad del individuo para adaptarse de manera positiva frente a la adversidad, superando situaciones de estrés y manteniendo o incluso fortaleciendo su bienestar emocional y funcional. Wagnild y Young (1993), en su Modelo

Teórico de Resiliencia, destacan que esta no es una característica innata, sino un conjunto de procesos y habilidades que se desarrollan y fortalecen a lo largo de la vida. Este modelo ha sido ampliamente reconocido por su enfoque en los factores intrínsecos y extrínsecos que contribuyen al desarrollo de la resiliencia, brindando una comprensión profunda y matizada de este constructo.

2.1.2.1. Dimensiones. El modelo de Wagnild y Young (1993) identifica cinco dimensiones fundamentales que componen la resiliencia:

A. *Ecuanimidad.* La ecuanimidad representa la capacidad de mantener un estado emocional equilibrado ante situaciones adversas. Según Wagnild y Young (1993), implica la capacidad de aceptar los altibajos de la vida, manteniendo una perspectiva positiva y regulando las emociones frente al estrés. Es un proceso que integra estrategias para manejar el estrés de manera efectiva, aprender de experiencias negativas y mantener una actitud de esperanza y confianza. Esta dimensión se fundamenta en la idea de que enfrentar adversidades con serenidad fomenta la resiliencia emocional y el bienestar interno. Doherty et al. (2024) destacan que las estrategias adaptativas como la planificación activa y la aceptación son esenciales para reducir el estrés psicológico, lo cual resalta la importancia de manejar el estrés emocional como parte de la resiliencia.

B. *Perseverancia.* La perseverancia se refiere a la capacidad de persistir en la consecución de objetivos, adaptándose a contratiempos y desarrollando soluciones creativas ante las dificultades. Según Wagnild y Young (1993), esta dimensión engloba tanto la determinación como la flexibilidad, lo que permite a los individuos mantener el enfoque en sus metas a pesar de los desafíos. Es un reflejo del esfuerzo continuo y la resistencia frente a factores externos adversos. Según Doherty et al. (2024), las estrategias de afrontamiento que implican pensamiento positivo y planificación son fundamentales para enfrentar el estrés laboral y promover la resiliencia, especialmente en contextos desafiantes.

C. Autoconfianza. La autoconfianza se basa en la seguridad en las propias habilidades y en la capacidad de tomar decisiones acertadas. Wagnild y Young describen esta dimensión como la base para enfrentar desafíos con eficacia y actuar proactivamente frente a problemas. Esta autopercepción positiva fortalece la resiliencia, permitiendo a los individuos manejar presiones externas y situaciones complejas con mayor eficacia. Doherty et al. (2024) sugieren que la autoconfianza se relaciona con el uso de estrategias adaptativas como la reevaluación positiva y el afrontamiento activo, que son cruciales para mitigar el agotamiento profesional y fomentar la resiliencia.

D. Satisfacción personal. La satisfacción personal refleja una evaluación positiva de la vida y el reconocimiento de los logros individuales. Según Wagnild y Young, esta dimensión incluye el propósito de vida, el bienestar interno y el optimismo hacia el futuro. Es un componente esencial que conecta la percepción de la realización personal con la capacidad de adaptarse y superar adversidades. Doherty et al. (2024) afirman que el bienestar interno y la percepción de logros son elementos críticos que influyen en la habilidad de los médicos para gestionar el estrés y mantener un equilibrio emocional.

E. Sentirse bien solo: Esta dimensión se centra en la capacidad de disfrutar la soledad, utilizarla como una oportunidad para la reflexión personal y el crecimiento, y mantener una independencia emocional sólida. Wagnild y Young destacan que sentirse bien solo no es aislamiento, sino la habilidad de encontrar paz y seguridad en uno mismo, lo que refuerza la resiliencia al proporcionar una base de estabilidad emocional. De acuerdo con Doherty et al. (2024), la capacidad de los médicos para emplear estrategias de afrontamiento como la aceptación y la reflexión personal está asociada con niveles más bajos de estrés psicológico, subrayando la importancia de esta dimensión.

2.1.2.2. La relevancia de la resiliencia en contextos de salud. En los

entornos de salud, caracterizados por la alta presión, la incertidumbre y las demandas emocionales, la resiliencia emerge como un pilar fundamental para el bienestar de los profesionales y la calidad de los servicios ofrecidos. Este concepto, definido como la capacidad de adaptarse y superar adversidades mientras se mantienen el equilibrio emocional y funcional, adquiere una relevancia crítica frente a los desafíos inherentes de estos contextos. La práctica médica no solo exige habilidades técnicas, sino también la capacidad de lidiar con situaciones de alto estrés, como la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, la gestión de desenlaces negativos y el impacto emocional asociado a la atención de pacientes críticos (Doherty et al., 2024).

La literatura refleja que los profesionales de la salud enfrentan altos niveles de desgaste psicológico, insuficiencia en la capacidad laboral y burnout, problemas que se han acentuado con la pandemia de COVID-19. En este marco, la resiliencia se perfila como un recurso esencial para mitigar estos efectos adversos. Estudios recientes muestran que los mecanismos de afrontamiento adaptativos, como el replanteamiento positivo, la aceptación activa y la planificación estratégica, son protectores contra el estrés y el burnout. Estos mecanismos no solo promueven la salud mental de los profesionales, sino que también influyen positivamente en su desempeño y en la seguridad del paciente (Akhbari et al., 2024).

Sin embargo, la resiliencia no es una cualidad estática ni intrínsecamente individual. Es un proceso dinámico que se ve influenciado por factores contextuales, como la cultura organizacional, la carga laboral y la disponibilidad de recursos. Los hallazgos subrayan que la resiliencia individual no puede ser la única respuesta para enfrentar los desafíos en salud, especialmente en sistemas caracterizados por condiciones de trabajo subóptimas, como la sobrecarga laboral, la falta de personal y la insuficiencia de recursos básicos. Estas barreras estructurales, si no son abordadas, limitan severamente la capacidad de los profesionales

para aplicar estrategias resilientes, lo que refuerza la necesidad de intervenciones integrales que combinen el fortalecimiento de habilidades individuales con reformas sistémicas (Cordova et al., 2020)

La relevancia de la resiliencia radica, por tanto, en su doble dimensión: como un medio para preservar el bienestar del profesional y como un factor clave para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Solo a través de un enfoque holístico que integre estrategias individuales y organizacionales, será posible enfrentar los retos crecientes de este sector y garantizar un equilibrio entre las demandas del entorno y la capacidad de respuesta de sus actores principales. Esto requiere de una visión transformadora que coloque a la resiliencia como una meta compartida, impulsada por políticas de cuidado mutuo, apoyo organizacional y una cultura que valore tanto el desempeño como el bienestar humano (Cordova et al., 2020).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo explicativo porque busca la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. Según Dawson y Trapp (2005), los estudios explicativos buscan no solo identificar asociaciones entre variables, sino también entender los mecanismos subyacentes que las vinculan.

En esta investigación, se adoptó por un diseño correlacional que permitirá examinar de manera estadística la relación existente entre dos variables (habilidades de comunicación y resiliencia) dentro de una única población (médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP). Este diseño es especialmente útil cuando se desea medir el grado de asociación entre variables sin establecer manipulación experimental.

Respecto a la técnica de contrastación utilizada, se implementó un enfoque explicativo que implicará ir más allá de la descripción de las relaciones observadas, buscando comprender las posibles causas detrás de las interacciones entre las variables. Dawson y Trapp (2005) subrayan que este tipo de enfoque contribuye a la generación y validación de hipótesis científicas, lo cual resulta fundamental en investigaciones orientadas a esclarecer fenómenos complejos como los evaluados en esta investigación.

El estudio fue de direccionalidad prospectiva, ya que los datos se recolectaron en un único momento, permitiendo evaluar tendencias y patrones en la población estudiada. Este enfoque prospectivo, aunque limitado temporalmente, facilita la detección de posibles asociaciones al tiempo que optimiza recursos, lo que es coherente con los principios de diseño eficiente en estudios observacionales, según lo señalado por Dawson y Trapp (2005).

Respecto al tipo de fuente de datos, se utilizó un enfoque prolectivo. Esto implicó la

recopilación de información basada en registros existentes, asegurando así la validez de los datos mediante el uso de fuentes confiables previamente documentadas. Este enfoque, según Dawson y Trapp, permite robustecer la calidad metodológica de los estudios observacionales al basarse en datos preexistentes y validados.

Desde una perspectiva metodológica, se adoptó un diseño transversal, consistente con el objetivo de recolectar datos en un solo punto temporal. Como lo enfatizan los autores, este tipo de diseño es particularmente útil para obtener una “fotografía” de las relaciones entre variables en un momento específico, ofreciendo claridad y precisión en los análisis realizados.

Finalmente, dado que el análisis se realizó en una sola población, la metodología se centró en la comparación y evaluación de las variables dentro de este grupo específico. Esta decisión estuvo alineada con el objetivo general de la investigación de contribuir a un mejor entendimiento del fenómeno en cuestión, proporcionando un análisis contextualizado y relevante para la población estudiada.

En síntesis, el diseño correlacional seleccionado para esta investigación, junto con su orientación aplicada, técnica explicativa, direccionalidad prospectiva, enfoque prolectivo, metodología transversal y el análisis enfocado en una sola población, establecieron un marco sólido y coherente para abordar las preguntas de investigación planteadas. Esto garantizó que los resultados obtenidos no solo fueran relevantes desde una perspectiva teórica, sino que también pudieran utilizarse para mejorar prácticas y políticas en el ámbito sanitario.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El ámbito temporal de la investigación se enmarcó en el periodo comprendido entre octubre y noviembre del 2024. Este lapso temporal ha sido cuidadosamente seleccionado

para capturar las experiencias más recientes de los egresados, permitiendo una comprensión actualizada y relevante de la relación de las habilidades comunicativas y la resiliencia para afrontar el primer año de su vida profesional.

El año 2024 es especialmente significativo, ya que marca una etapa de transición para muchos egresados que comienzan su práctica profesional en un contexto post-pandemia, donde la comunicación interpersonal se ha vuelto aún más crucial para la atención médica y la resiliencia del personal de salud. Durante este periodo, se llevaron a cabo las fases clave de la investigación, incluyendo la recolección de datos, el análisis y la interpretación de los resultados.

Este marco temporal permite no solo una planificación adecuada de cada etapa del estudio, sino también una reflexión profunda sobre la relación de las habilidades de comunicación y la resiliencia en un momento crítico de la vida profesional de los egresados, aportando así conocimientos valiosos tanto para la academia como para la práctica médica.

3.3. Variables

De acuerdo a la literatura revisada, en la presente investigación se trabajaron las variables habilidades de comunicación y resiliencia. El uso de estas variables es crucial, ya que permite estructurar de manera coherente la información obtenida, facilitando la identificación de patrones y relaciones significativas dentro del conjunto de datos. En el contexto de esta investigación, que se centra en la relación de las habilidades de la comunicación y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP, las variables se descomponen en subvariables de primer orden (dimensiones) y de segundo orden (indicadores).

Teniendo en cuenta que nuestros objetivos específicos se han planteado en base a la variable independiente, se debe descomponer la variable “Habilidades de comunicación”,

por tanto, es de suma importancia basar nuestra investigación en uno de los modelos presentados en el apartado teórico.

A continuación, se detallarán las variables:

Variable independiente: Habilidades de comunicación

Dimensiones:

- El paciente como persona
- Contexto biopsicosocial
- Responsabilidad compartida
- Alianza terapéutica
- Médico como persona

Variable dependiente: Resiliencia

Dimensiones:

- Ecuanimidad
- Perseverancia
- Autoconfianza
- Satisfacción personal
- Sentirse bien solo

Tabla 1

Operacionalización de la variable habilidades de comunicación centrada en la persona

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Preguntas	Escala de medición	
Habilidades de comunicación	Humeres (2022) conceptualiza las "habilidades de comunicación centrada en la persona" como un enfoque integral que prioriza el respeto por las preferencias, valores y necesidades individuales del paciente en el marco de la atención clínica. La comunicación centrada en el paciente considera estrategias, como realizar preguntas abiertas, confirmar la comprensión, conversar siempre en positivo y la búsqueda de la perspectiva del paciente con relación a las opciones de tratamientos.	Medida adaptada del Modelo atención centrada en la persona, de Mead y Bower (2000).	Paciente entendido como persona	Escucha activa	1,2	Ordinal	
				Adaptación al contexto del paciente	3,4		
				Claridad en la comunicación verbal	5,6		Nunca (0)
				Receptividad a las dudas del paciente	7,8		A veces (1)
			Perspectiva biopsicosocial	Validación emocional	9,10	Siempre (2)	
				Indagación emocional	11,12		
				Interacción social	13,14		
				Sensibilidad cultural	15,16		
			Responsabilidad compartida	Adaptación del plan terapéutico	17,18		
				Refuerzo emocional positivo	19,20		
				Explicación de opciones	21,22		
				Fomento del diálogo	23,24		
			Alianza terapéutica	Promoción de la autonomía	25,26		
				Construcción de consenso	27,28		
				Revisión conjunta del progreso	29,30		
				Confianza mutua	31,32		
			Médico entendido como persona	Apoyo emocional	33,34		
				Sensibilidad no verbal	35,36		
				Colaboración activa	37,38		
				Reafirmación de confianza	39,40		
				Autenticidad	41,42		
				Regulación emocional	43,44		
				Empatía no verbal	45,46		
				Presencia plena	47,48		
				Flexibilidad emocional	49,50		

Nota. Adaptada Mead y Bower (2000).

Tabla 2*Operacionalización de la variable resiliencia*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Preguntas	Escala de medición
Resiliencia	La resiliencia es una competencia esencial para afrontar los altos riesgos psicosociales y de salud laboral derivados de la alta intensidad actual del trabajo en la sanidad (Comas y Crespo, 2021).	Medida con la Escala de Resiliencia, de Wagnild y Young (1993).	Ecuanimidad	Regulación emocional ante el estrés	51,57	Ordinal
				Reacción proporcional ante la adversidad	52,56	Nunca (0)
				Aprendizaje de experiencias adversas	54,58	A veces (1)
			Perseverancia	Mantenimiento de la positividad	55,60	Siempre (2)
				Implementación de estrategias efectivas frente al estrés	53, 59	
				Persistencia en objetivos	62,67	
				Superación de contratiempos	61,63	
				Adaptabilidad en la búsqueda de soluciones	64,69	
				Constancia en situaciones difíciles	65,66	
				Resiliencia frente a dificultades externas	68,70	
			Autoconfianza	Capacidad para enfrentar desafíos	71,79	
				Seguridad en la toma de decisiones	73,78	
				Confianza en las habilidades personales	72,74	
			Satisfacción personal	Manejo de presión profesional	76,77	
				Proactividad frente a problemas	75,80	
				Evaluación positiva de la vida	81,86	
				Reconocimiento de logros personales	82,87	
				Propósito de vida	88,89	
			Sentirse bien solo	Bienestar interno	83,90	
				Optimismo frente al futuro	85,84	
				Disfrute de la soledad	91,92	
				Independencia emocional	95,98	
				Uso de la soledad como crecimiento personal	96,100	
				Autoconsciencia y reflexión	97,99	
				Seguridad en la soledad	93,94	

Nota. Adaptada de Wagnild y Young (1993).

Variable independiente: Habilidades de comunicación

Subvariables de 1er orden:

- El paciente como persona
- Contexto biopsicosocial
- Responsabilidad compartida
- Alianza terapéutica
- Médico como persona

Operacionalización de dimensiones

Tabla 3

Operacionalización de paciente como persona

Paciente como persona	0	1	2
Miras al paciente mientras te habla para demostrar que le prestas atención	Nunca	A veces	Siempre
Reformulas las palabras del paciente para confirmar que lo entendiste correctamente	Nunca	A veces	Siempre
Usas ejemplos del entorno del paciente para explicar los tratamientos	Nunca	A veces	Siempre
Tomas en cuenta sus creencias o costumbres al proponer un plan de atención	Nunca	A veces	Siempre
Usas palabras simples y comprensibles al explicar diagnósticos y tratamientos	Nunca	A veces	Siempre
Pides al paciente que repita lo que entendió para asegurarte de que quedó claro	Nunca	A veces	Siempre
Preguntas al paciente si tiene dudas sobre lo que le explicaste	Nunca	A veces	Siempre
Respondes sus preguntas con paciencia y de forma comprensible	Nunca	A veces	Siempre
Reconoces verbalmente las emociones que el paciente expresa	Nunca	A veces	Siempre
Utilizas frases como “Es normal que te sientas así” para validar sus sentimientos	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE PACIENTE COMO PERSONA: Subvariable de 1er Orden

Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)

- Mala atención como persona= 0 a 6
- Regular atención como persona= 8 a 14
- Buena atención como persona= 16 a 20

Tabla 4*Operacionalización de perspectiva biopsicosocial*

Perspectiva biopsicosocial	0	1	2
Preguntas al paciente cómo su enfermedad afecta sus emociones	Nunca	A veces	Siempre
Exploras cómo se siente respecto a su estado de salud	Nunca	A veces	Siempre
Preguntas sobre el apoyo familiar del paciente para comprender su contexto	Nunca	A veces	Siempre
Indagas si su entorno contribuye o dificulta su recuperación	Nunca	A veces	Siempre
Consideras las creencias religiosas o culturales del paciente al proponer tratamientos	Nunca	A veces	Siempre
Evitas juicios cuando el paciente comparte prácticas culturales relacionadas con su salud	Nunca	A veces	Siempre
Ajustas el plan de atención según las necesidades personales del paciente	Nunca	A veces	Siempre
Exploras alternativas cuando el paciente enfrenta barreras para seguir el tratamiento	Nunca	A veces	Siempre
Motivas al paciente reconociendo sus esfuerzos por seguir las recomendaciones	Nunca	A veces	Siempre
Ofreces palabras de ánimo cuando el paciente expresa sus preocupaciones	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE PERSPECTIVA BIOPSIOSOCIAL: Subvariable de 1er Orden**Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)**

- Mala perspectiva biopsicosocial= 0 a 6
- Regular perspectiva biopsicosocial = 8 a 14
- Buena perspectiva biopsicosocial = 16 a 20

Tabla 5*Operacionalización de responsabilidad compartida*

Responsabilidad compartida	0	1	2
Explicas de manera clara las alternativas de tratamiento disponibles	Nunca	A veces	Siempre
Preguntas al paciente si necesita más información antes de tomar una decisión	Nunca	A veces	Siempre
Pides la opinión del paciente antes de definir el tratamiento	Nunca	A veces	Siempre
Escuchas sus preocupaciones sobre las decisiones médicas propuestas	Nunca	A veces	Siempre
Invitas al paciente a participar activamente en las decisiones sobre su salud	Nunca	A veces	Siempre
Refuerzas su capacidad para decidir sobre las opciones de tratamiento	Nunca	A veces	Siempre
Aseguras que el paciente está de acuerdo con el plan de tratamiento	Nunca	A veces	Siempre
Modificas las recomendaciones si el paciente expresa incomodidad	Nunca	A veces	Siempre
Revisas con el paciente cómo se siente respecto a las decisiones tomadas	Nunca	A veces	Siempre
Evalúas con él si los objetivos del tratamiento se están cumpliendo	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA: Subvariable de 1er Orden

Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)

- Mala responsabilidad compartida= 0 a 6
- Regular responsabilidad compartida = 8 a 14
- Buena responsabilidad compartida = 16 a 20

Tabla 6

Operacionalización de alianza terapéutica

Alianza terapéutica	0	1	2
Inicias la consulta con un saludo cálido y cercano	Nunca	A veces	Siempre
Explicas el diagnóstico con transparencia, sin ocultar información	Nunca	A veces	Siempre
Ofreces palabras de consuelo cuando el paciente muestra preocupación	Nunca	A veces	Siempre

Usas el parafraseo para confirmar que comprendes las preocupaciones expresadas por el paciente	Nunca	A veces	Siempre
Ajustas tu tono de voz y lenguaje corporal al estado emocional del paciente	Nunca	A veces	Siempre
Aseguras que el paciente reciba información clara y honesta, incluso en situaciones complejas	Nunca	A veces	Siempre
Facilitas que el paciente participe en las discusiones sobre su salud	Nunca	A veces	Siempre
Reconoces sus aportes cuando propone ideas o plantea inquietudes	Nunca	A veces	Siempre
Agradeces al paciente por compartir información importante sobre su salud	Nunca	A veces	Siempre
Reiteras al paciente que su opinión es esencial en el tratamiento	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA: Subvariable de 1er Orden

Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)

- Mala alianza terapéutica= 0 a 6
- Regular alianza terapéutica = 8 a 14
- Buena alianza terapéutica= 16 a 20

Tabla 7

Operacionalización de médico como persona

Médico como persona	0	1	2
Demuestras sinceridad al abordar los problemas del paciente	Nunca	A veces	Siempre
Proyectas interés genuino en sus preocupaciones	Nunca	A veces	Siempre
Mantienes la calma cuando el paciente expresa emociones intensas	Nunca	A veces	Siempre
Controlas tu tono de voz en situaciones difíciles	Nunca	A veces	Siempre
Usas gestos o contacto visual para transmitir empatía	Nunca	A veces	Siempre
Te acercas físicamente al paciente cuando necesita consuelo	Nunca	A veces	Siempre
Evitas distracciones mientras estás en consulta con el paciente	Nunca	A veces	Siempre

Te enfocas exclusivamente en el paciente durante la interacción	Nunca	A veces	Siempre
Ajustas tu actitud y tono según el estado emocional del paciente	Nunca	A veces	Siempre
Respondes con paciencia ante reacciones inesperadas del paciente	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE MÉDICO COMO PERSONA: Subvariable de 1er Orden

Puntaje Máximo (2 x 1= 20)

- Inadecuada influencia de las cualidades personales del médico= 0 a 6
- Influencia de las cualidades personales del médico medianamente inadecuado= 8 a 14
- Influencia de las cualidades personales del médico adecuado= 16 a 20

Variable dependiente: Resiliencia

Subvariables de primer orden:

- Ecuanimidad
- Perseverancia
- Autoconfianza
- Satisfacción personal
- Competencia personal

Tabla 8

Operacionalización de ecuanimidad

ECUANIMIDAD	0	1	2
Mantienes una actitud equilibrada frente a situaciones estresantes	Nunca	A veces	Siempre
Evitas reacciones emocionales desproporcionadas ante la adversidad	Nunca	A veces	Siempre
Demuestras estabilidad emocional durante situaciones difíciles	Nunca	A veces	Siempre
Encuentras lecciones positivas en las experiencias adversas	Nunca	A veces	Siempre

Mantienes una actitud positiva en situaciones complejas	Nunca	A veces	Siempre
Afrontas los retos con serenidad	Nunca	A veces	Siempre
Regulas las emociones para evitar el agotamiento	Nunca	A veces	Siempre
Reflexionas sobre las situaciones para mantener una perspectiva equilibrada	Nunca	A veces	Siempre
Desarrollas estrategias para enfrentar el estrés de manera efectiva	Nunca	A veces	Siempre
Mantienes una actitud optimista pese a las adversidades	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE ECUANIMIDAD: Subvariable de 1er Orden

Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)

- Inadecuada ecuanimidad= 0 a 6
- Ecuanimidad medianamente inadecuada= 8 a 14
- Ecuanimidad adecuada= 16 a 20

Tabla 9

Operacionalización de perseverancia

PERSEVERANCIA	0	1	2
Sigues adelante a pesar de los contratiempos	Nunca	A veces	Siempre
Demuestras persistencia en alcanzar objetivos personales y profesionales	Nunca	A veces	Siempre
Te enfrentas a los desafíos sin rendirte	Nunca	A veces	Siempre
Ajustas estrategias para superar obstáculos	Nunca	A veces	Siempre
Mantienes el esfuerzo constante en condiciones difíciles	Nunca	A veces	Siempre
Completas las tareas incluso cuando enfrentas dificultades	Nunca	A veces	Siempre
Tomas medidas para alcanzar metas a largo plazo	Nunca	A veces	Siempre
Mantienes una visión clara de los objetivos a pesar de los reveses	Nunca	A veces	Siempre
Te adaptas a las circunstancias mientras continúas con el esfuerzo	Nunca	A veces	Siempre

Te dejas intimidar por las dificultades

Nunca

A veces

Siempre

PONDERACIÓN DE PERSEVERANCIA: Subvariable de 1er Orden**Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)**

- Inadecuada perseverancia= 0 a 6
- Perseverancia medianamente inadecuada= 8 a 14
- Perseverancia adecuada= 16 a 20

Tabla 10*Operacionalización de autoconfianza*

AUTOCONFIANZA	0	1	2
Te sientes capaz de afrontar situaciones complejas	Nunca	A veces	Siempre
Confías en tus habilidades para resolver problemas	Nunca	A veces	Siempre
Muestras seguridad en la toma de decisiones importantes	Nunca	A veces	Siempre
Te apoyas en tus fortalezas personales para superar desafíos	Nunca	A veces	Siempre
Identificas tus virtudes y áreas de mejora de manera objetiva	Nunca	A veces	Siempre
Respondes con seguridad a los retos profesionales	Nunca	A veces	Siempre
Manejas la presión con confianza y autocontrol	Nunca	A veces	Siempre
Demuestras independencia en la toma de decisiones	Nunca	A veces	Siempre
Te recuperas rápidamente de los fracasos	Nunca	A veces	Siempre
Abordas los problemas con una actitud proactiva	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE AUTOCONFIANZA: Subvariable de 1er Orden**Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)**

- Inadecuada autoconfianza= 0 a 6
- Autoconfianza medianamente inadecuada= 8 a 14

- Autoconfianza adecuada= 16 a 20

Tabla 11*Operacionalización de satisfacción personal*

SATISFACCIÓN PERSONAL	0	1	2
Evalúas tu vida de manera positiva	Nunca	A veces	Siempre
Te sientes satisfecho con tus logros personales	Nunca	A veces	Siempre
Experimentas bienestar interno al reflexionar sobre tu vida	Nunca	A veces	Siempre
Reconoces el valor de tus contribuciones a la comunidad	Nunca	A veces	Siempre
Mantienes una visión optimista sobre el futuro	Nunca	A veces	Siempre
Encuentras satisfacción en los aspectos cotidianos de la vida	Nunca	A veces	Siempre
Mantienes una actitud agradecida frente a los logros personales	Nunca	A veces	Siempre
Experimentas una sensación de plenitud al alcanzar metas	Nunca	A veces	Siempre
Sientes que tu vida tiene un propósito claro	Nunca	A veces	Siempre
Evalúas positivamente tus relaciones interpersonales y laborales	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE SATISFACCIÓN PERSONAL: Subvariable de 1er Orden**Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)**

- Inadecuada satisfacción personal= 0 a 6
- Satisfacción personal medianamente inadecuada= 8 a 14
- Satisfacción personal adecuada= 16 a 20

Tabla 12*Operacionalización de sentirse bien solo*

Sentirse bien solo	0	1	2
Disfrutas de la reflexión personal sin necesidad de compañía constante	Nunca	A veces	Siempre

Encuentras satisfacción en momentos de soledad	Nunca	A veces	Siempre
Desarrollas una identidad personal fuerte y estable	Nunca	A veces	Siempre
Eres capaz de estar solo sin sentirte vulnerable	Nunca	A veces	Siempre
Aprecias tu independencia emocional	Nunca	A veces	Siempre
Usas la soledad como una oportunidad para el crecimiento personal	Nunca	A veces	Siempre
Reflexionas sobre tu vida sin temor a la soledad	Nunca	A veces	Siempre
Mantienes tu bienestar emocional a pesar de la falta de compañía	Nunca	A veces	Siempre
Desarrollas un sentido profundo de autoconsciencia	Nunca	A veces	Siempre
Encuentras en la soledad una fuente de creatividad y reflexión profunda	Nunca	A veces	Siempre

PONDERACIÓN DE SETIRSE BIEN SOLO: Subvariable de 1er Orden

Puntaje Máximo (2 x 10 = 20)

- Inadecuada competencia personal= 0 a 6
- Competencia personal medianamente inadecuada= 8 a 14
- Competencia personal adecuada= 16 a 20

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

En el presente estudio cuantitativo, la población objetivo está compuesta por 150 médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.

3.4.2. Muestra

El tamaño de la muestra para el presente estudio fue calculado utilizando una fórmula estadística que considera la frecuencia hipotética del factor de interés, el tamaño total de la población y el nivel de confianza seleccionado. La población estuvo constituida por 150 médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP, de los cuales se determinó una muestra representativa teniendo en cuenta un margen de error del 5%, un nivel de

confianza del 95% y una frecuencia hipotética de respuesta del $33\% \pm 5\%$.

Con base en estos parámetros y ajustando por el factor de corrección de la población finita, se obtuvo un tamaño muestral de 105 participantes, lo cual asegura la precisión estadística necesaria para realizar inferencias válidas sobre la relación entre habilidades de comunicación y resiliencia en los médicos SERUMS. Este cálculo también incorpora un efecto de diseño igual a 1, dado que no se utilizó un diseño muestral complejo.

La metodología empleada garantiza que la muestra seleccionada sea suficiente para analizar las dimensiones de interés en el contexto específico de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP, y cumple con los estándares establecidos en investigaciones similares.

Se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, debido a que se contó con el listado total de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. Se le asignó un número natural, único y correlativo a cada uno; luego a través del software estadístico Decision Analyst STATS® 2.0 se realizó el sorteo arrojando los números que formaron parte de nuestra muestra.

Parámetros:

- Población (N): 150
- Frecuencia hipotética (p): $33\% \pm 5$
- Límites de confianza (d): 5%
- Efecto de diseño (EDFF): 1

Tablas 13

Tamaño de la muestra para la frecuencia de una población

Intervalo de confianza (%)	Tamaño de la muestra
-----------------------------------	-----------------------------

95	105
80	75
90	93
97	111
99	120
99.9	130
99.99	135

Ecuación

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{EDFF \cdot N \cdot p(1 - p)}{\frac{d^2}{Z_{1-\alpha/2}^2} \cdot (N - 1) + p(1 - p)}$$

Nota. Sistema estadístico Openepi.com

3.5. Instrumentos

El instrumento que se utilizará en esta investigación consistirá en un cuestionario estructurado, diseñado específicamente para evaluar las habilidades de comunicación y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de URP. Este cuestionario consta de 100 ítems distribuidos en tres secciones: datos sociodemográficos, habilidades de comunicación, y resiliencia en el entorno laboral. La selección y formulación de los ítems se basaron en un análisis detallado de la literatura previa y en modelos conceptuales ampliamente reconocidos, como la atención centrada en la persona en el ámbito médico (Mead y Bower, 2000) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), los cuales fueron adaptados a las necesidades y características de la población de estudio.

El diseño del cuestionario fue realizado siguiendo las recomendaciones metodológicas recientes para la construcción de instrumentos de medición (Boateng et al., 2018; Taherdoost, 2019), se aplicaron criterios rigurosos para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento.

La validación de contenido se llevará a cabo mediante juicio de expertos, quienes evaluarán la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems en relación con los objetivos del estudio. Este procedimiento se fundamenta en las propuestas de Pineda et al. (1994),

que destacan la importancia de incorporar opiniones de especialistas para asegurar la representación adecuada de las dimensiones conceptuales.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto con una muestra de 10 médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP, cuyo propósito será evaluar la claridad semántica, la comprensión de los ítems y la consistencia interna del cuestionario. Los datos obtenidos en esta fase permitirán realizar ajustes menores para optimizar la redacción de las preguntas y asegurar su pertinencia contextual.

Tabla 14

Ficha del cuestionario para la variable independiente Habilidades de comunicación centrada en la persona

Nombre: Habilidades de comunicación centrada en la persona	
Autor:	Descrito por Humeres (2022), basado en Mead y Bower (2000)
Año:	2024
Objetivo:	Identificar las habilidades de comunicación en profesionales médicos desde el enfoque del modelo de atención centrado en la persona, considerando la interacción biopsicosocial, la construcción de alianzas terapéuticas y la responsabilidad compartida entre el médico y el paciente.
Aplicación:	Dirigido a médicos serumistas, aplicado mediante cuestionarios virtuales en entornos laborales rurales.
Ítems:	50 ítems en total, distribuidos en las 5 dimensiones: Paciente como persona (10 ítems), Perspectiva biopsicosocial (10 ítems), Responsabilidad compartida (10 ítems), Alianza estratégica (10 ítems), y Médico como persona (10 ítems). La escala (respuesta) es desde 0:

Nunca, 1: A veces y 2: Siempre. Codificación: D1_Paciente como persona y la D5_Médico como persona.

Baremación de los niveles: Habilidades de comunicación adecuada (70-100); Habilidades de comunicación medianamente adecuada (40 – 69); Habilidades de comunicación inadecuada (0-39)

Validez: Panel de 3 expertos aprobó la pertinencia y claridad de los ítems. Los factores explicaron el 76% de la varianza total. Correlaciones significativas ($r=0.64$, $p<0.01$).

Fiabilidad: El cuestionario presenta un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach de **0.95**, lo que indica una consistencia interna alta.

Tabla 15

Ficha del cuestionario para la variable dependiente Resiliencia

Nombre:	Resiliencia
Autor:	Descrito por Wagnild y Young (1993)
Año:	2024
Objetivo:	Evaluar la resiliencia en profesionales médicos mediante la Escala de Resiliencia, de Wagnild y Young (1993).
Aplicación:	Dirigido a médicos serumistas, aplicado mediante cuestionarios virtuales en entornos laborales rurales.
Ítems:	50 ítems en total, distribuidos en las 5 dimensiones: Ecuanimidad (10 ítems), Perseverancia (10 ítems), Autoconfianza (10 ítems), Satisfacción personal (10 ítems), y Sentirse bien solo (10 ítems). La escala (respuesta) es desde 0: Nunca, 1: A veces y 2: Siempre. Codificación D1_Ecuanimidad y la D5_Sentirse bien solo.

Baremación de los niveles: Resiliencia adecuada (70-100); Resiliencia medianamente adecuada (40 –69); Resiliencia inadecuada (0-39)

Validez: Panel de 3 expertos aprobó la pertinencia y claridad de los ítems. Los factores explicaron el 76% de la varianza total. Correlaciones significativas ($r=0.58$, $p<0.01$).

Fiabilidad: El cuestionario presenta un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach de **0.95**, lo que indica una consistencia interna alta.

3.6. Procedimiento

El desarrollo de esta investigación siguió un procedimiento riguroso y estructurado, acorde con los lineamientos del enfoque cuantitativo (Dawson y Trapp, 2005). Inicialmente, se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica en bases de datos académicas reconocidas como ProQuest, JSTOR, Elsevier, EBSCO, Scopus, Digitalia, ScienceDirect, entre otras. Este proceso permitió identificar investigaciones relevantes para la construcción de los antecedentes y el marco teórico, garantizando una base sólida y actualizada para el estudio.

Simultáneamente, se revisaron archivos institucionales del Ministerio de Salud (MINSA), de la Universidad Ricardo Palma (URP), Colegio Médico del Perú (CMP) y el Consejo Regional III Lima. Estos documentos ofrecieron información relevante sobre la situación de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP, lo que fue fundamental para contextualizar la investigación y construir la descripción y formulación del problema.

Para la recolección de datos, se contó con el apoyo de un médico SERUMS 2024-I egresado de la URP, quien facilitó una base de datos actualizada de sus colegas, lo que permitió contactar a cada participante mediante llamada telefónica para invitar a formar parte de la investigación. Conforme iban aceptando, se les compartió el link del formulario

de Google mediante WhatsApp. Para el desarrollo del cuestionario se optó la modalidad virtual, debido a que cada participante se encuentra realizando el programa SERUMS en diversas regiones del país. Adicionalmente, se consultó a expertos en comunicación y salud pública para la revisión y ajuste del instrumento de medición, asegurando que este fuese pertinente y adecuado. La validación del instrumento se realizó mediante juicio de expertos, conforme a los estándares recomendados en investigaciones cuantitativas (Pineda et al., 1994).

Posteriormente, se aplicó el cuestionario. Una vez recolectados los datos, estos fueron transferidos al programa estadístico SPSS, que permitió generar tablas estadísticas, alineadas a los objetivos planteados en esta investigación. La información obtenida fue descrita en detalle, y se presentó en la sección de resultados de este trabajo.

La discusión se construyó a partir de la comparación de los hallazgos obtenidos con estudios previos, destacando las similitudes, diferencias y aportes novedosos de la investigación. Finalmente, se redactaron las conclusiones y recomendaciones, ofreciendo lineamientos prácticos y teóricos que contribuyan al desarrollo de habilidades de comunicación y resiliencia en los médicos SERUMS. Este procedimiento asegura la rigurosidad científica y la relevancia de los aportes de esta investigación en el ámbito de la comunicación y salud pública.

3.7. Análisis de datos

El análisis de datos en este proyecto de tesis se llevó con el objetivo de explorar la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en los médicos SERUMS 2024- I egresados de la URP. Este proceso se alineó con el diseño correlacional y explicativo de la investigación, permitiendo examinar de manera detallada las interacciones entre las variables en un entorno profesional desafiante. Los datos se recolectaron utilizando instrumentos previamente validados, como cuestionarios

estructurados diseñados para medir las habilidades de comunicación y la resiliencia. La consistencia interna de estos instrumentos fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y se alcanzó un nivel de confiabilidad de 0.95 %, cumpliendo con los estándares establecidos por Pineda et al. (1994).

Tabla 16

Fiabilidad del instrumento de investigación

Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
,951	,950	90

Previo al análisis inferencial, se aplicó una prueba de normalidad para determinar si las distribuciones de los datos cumplen con los supuestos de una distribución normal. Esta verificación fue esencial para la selección de las pruebas estadísticas más adecuadas y para garantizar la validez y confiabilidad de los análisis posteriores (Pineda et al., 1994).

Tabla 17

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ponderación total de habilidades de comunicación	,540	105	,000	,218	105	,000
Ponderación total de resiliencia	,522	105	,000	,385	105	,000

Nota: a. Corrección de significación de Lilliefors

De acuerdo con la Tabla 17, para evaluar la distribución de las variables principales de la investigación, se aplicaron las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk a los puntajes totales obtenidos en las dimensiones de habilidades de

comunicación y resiliencia. Estas pruebas permitieron determinar si las distribuciones de los datos seguían un comportamiento normal, requisito fundamental para decidir la utilización de pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas en los análisis posteriores.

En el caso de la variable ponderación total de habilidades de comunicación, los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov arrojaron un estadístico de 0,540 con un nivel de significación de 0,000, mientras que la prueba Shapiro-Wilk mostró un estadístico de 0,218 con un nivel de significación de 0,000. Por otro lado, para la ponderación total de resiliencia, el estadístico de Kolmogorov-Smirnov fue de 0,522 con un nivel de significación de 0,000, y el estadístico de Shapiro-Wilk fue de 0,385, también con un nivel de significación de 0,000.

Dado que los valores de significación en ambas pruebas son inferiores al umbral de 0,05, se rechazó la hipótesis nula de normalidad para ambas variables. Esto indica que las distribuciones de los datos no se ajustan a una curva normal. Por lo tanto, se concluyó que los datos presentan características no normales, lo que respalda la necesidad de utilizar análisis estadísticos no paramétricos en los procedimientos posteriores para garantizar la validez de los resultados. Esta decisión es congruente con la naturaleza de los datos obtenidos y los supuestos estadísticos requeridos.

El procesamiento de los datos se realizó utilizando el software estadístico SPSS, siguiendo un enfoque sistemático. Se desarrollaron análisis descriptivos para caracterizar las variables y ofrecer una visión general de las características de los participantes. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis inferenciales que permitieron identificar relaciones significativas entre las habilidades de comunicación y la resiliencia. Asimismo, se emplearon modelos estadísticos avanzados con el propósito de evaluar cómo las habilidades de comunicación predicen los niveles de resiliencia y su influencia en el

bienestar emocional de los egresados.

El estudio adoptó un diseño transversal, lo que permitió recolectar información de los participantes en un único momento. Este enfoque facilitó la evaluación de la prevalencia de las variables estudiadas y permitió analizar el impacto de factores externos, como el contexto laboral rural, en el desarrollo de las competencias investigadas.

Finalmente, los resultados obtenidos fueron interpretados a la luz de teorías relevantes y contrastados con investigaciones previas en el ámbito de la salud y la comunicación médica (Brown, 2016). Se espera que este proceso permita validar los hallazgos del estudio y aportar recomendaciones para la mejora de los programas de formación profesional, con el objetivo de fortalecer las habilidades de comunicación y la resiliencia de los médicos en contextos exigentes como el SERUMS.

3.8. Consideraciones éticas

La investigación sobre las habilidades de comunicación y resiliencia en los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP plantea diversas consideraciones éticas que son fundamentales para garantizar la integridad del estudio y el bienestar de los participantes involucrados. En este contexto, se abordaron aspectos relacionados con la confidencialidad, el consentimiento informado, el cumplimiento normativo y la sensibilidad hacia la salud mental de los médicos serumistas.

En primer lugar, la confidencialidad es un pilar esencial en la investigación académica, especialmente cuando se trabaja con profesionales del área de la salud que puedan compartir experiencias personales sobre sus competencias y dificultades. De acuerdo con el Código de Ética de la APA (American Psychological Association, 2017), es imperativo que los investigadores protejan la información personal y se aseguren de que los datos recopilados sean anónimos y utilizados exclusivamente para los fines del estudio, evitando así el uso inadecuado que pueda afectar la reputación o la carrera de los

participantes.

Otro aspecto crucial es el consentimiento informado. Todos los participantes deben ser plenamente informados sobre la naturaleza de la investigación, los procedimientos involucrados y cualquier posible riesgo, así como sus derechos durante el proceso. La obtención del consentimiento debe ser un proceso claro y transparente, en el cual los médicos serumistas puedan optar por participar de manera voluntaria y sin coerción. Esto está en línea con las pautas de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, 2013), que enfatizan la importancia del respeto a la autonomía del participante en investigaciones científicas.

Además, se debe tener en cuenta el cumplimiento normativo de las normativas éticas y legales aplicables, como lo establece el Reglamento de Investigación de la Universidad Ricardo Palma. Es esencial que la investigación esté sujeta a una evaluación ética por parte de un comité de ética acreditado, que garantizará la correcta conducción del estudio y protegerá los derechos y el bienestar de los participantes. La adherencia a estas regulaciones es fundamental para promover la integridad de la investigación y asegurar la confianza en los resultados.

Por último, la sensibilidad hacia la salud mental de los egresados es una consideración ética fundamental. Dado que el foco del estudio incluye aspectos como las habilidades de comunicación y la resiliencia, es crucial abordar estos temas con delicadeza y empatía. Los investigadores deben estar capacitados para manejar discusiones sobre el bienestar emocional de los participantes y ofrecer recursos de apoyo, si es necesario. La empatía en la investigación se alinea con las recomendaciones de Valerio et al. (2016), quienes destacan la necesidad de promover un entorno seguro que permita a los participantes expresar sus experiencias sin temor al juicio o a la estigmatización.

En síntesis, las consideraciones éticas en este estudio son fundamentales para

garantizar la protección de los participantes involucrados, así como para promover la integridad y la validez de la investigación. El compromiso con estos principios no solo refuerza la responsabilidad del investigador, sino que también contribuye a la mejora continua de la formación médica al asegurar que las voces de los médicos serumistas sean escuchadas y valoradas.

IV. RESULTADOS

4.1. Relación entre el paciente como persona y la resiliencia

La presente sección aborda la relación entre el paciente como persona y la resiliencia de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. A partir de los datos obtenidos, se puede observar que un total de 105 médicos serumistas participaron en el estudio, distribuyéndose según su percepción de atención a los pacientes en dos categorías: "Regular atención como persona" y "Buena atención como persona". De estos, un 2,9% (3 médicos serumistas) consideró que la atención era regular, mientras que una abrumadora mayoría del 97,1% (102 médicos SERUMS) percibió que la atención era buena.

Tabla 18

Relación entre el paciente como persona y la resiliencia

		Ponderación total de resiliencia		
Paciente como persona		Medianamente adecuada resiliencia	Adecuada resiliencia	Total
		3	0	3
	Regular atención como persona	23,1%	0,0%	2,9%
	Buena atención como persona	10	92	102
		76,9%	100,0%	97,1%
Total		13	92	105
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2=21,855, p= 0,000$$

Los resultados de las pruebas de chi cuadrado sugieren una relación estadísticamente significativa entre las habilidades de comunicación desde la dimensión de paciente como persona y la resiliencia, con un valor de chi cuadrado de 21,855 y un valor de p de .000, lo que indica que la null hypothesis puede ser rechazada. Esto implica

que la forma en que los médicos SERUMS perciben su atención a los pacientes tiene un impacto directo en su percepción de la resiliencia, destacando una adecuada atención como un correspondiente nivel elevado de resiliencia. De los médicos SERUMS que percibieron buena atención como persona, todos (100%) reportaron un nivel adecuado de resiliencia.

4.2. Relación entre el contexto biopsicosocial y la resiliencia

En el análisis de la relación entre el contexto biopsicosocial y la resiliencia de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP, los resultados obtenidos reflejan una relación significativa. De los 105 médicos serumistas analizados, un total de 13 médicos serumistas (15.4%) reportaron una percepción del contexto biopsicosocial como "mala", de los cuales 2 no mostraron niveles adecuados de resiliencia, evidenciando un potencial desajuste en su capacidad para enfrentar adversidades. Además, el grupo que describió su percepción como "regular" comprendió a 30 médicos serumistas (61.5%), donde 22 de ellos (73.3%) se ubicaron en la categoría de "medianamente adecuada resiliencia". Por otro lado, 73 médicos serumistas (69.5%) con una perspectiva "buena" se clasificaron en la categoría de resiliencia adecuada, destacando que la mayoría (76.1%) de este subgrupo mostró niveles adecuados de resiliencia.

Tabla 19

Relación entre el contexto biopsicosocial y la resiliencia

			Ponderación total de resiliencia		
			Medianamente adecuada resiliencia	Adecuada resiliencia	Total
Perspectiva biopsicosocial	Mala	N	2	0	2
		%	15,4%	0,0%	1,9%
	Regular	N	8	22	30
		%	61,5%	23,9%	28,6%
	Buena	N	3	70	73
		%	23,1%	76,1%	69,5%
Total		N	13	92	105
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2=24,402, p= 0,000$$

El análisis indica que el chi-cuadrado calculado fue de 24.412, con una significancia estadística de .000, lo que señala una correlación significativa entre la perspectiva biopsicosocial y la resiliencia. Este resultado confirma que a medida que mejora la percepción de la perspectiva biopsicosocial entre los egresados, también lo hace su capacidad para mostrar resiliencia, marcando una tendencia relevante en estos indicadores. La prueba de Pearson resalta que la asociación es perfecta, mostrando el impacto de una adecuada comunicación en la formación de médicos resilientes y competentes.

4.3. Relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia

Los resultados de la investigación sobre la relación de la responsabilidad compartida y la resiliencia revelan patrones significativos que se traducen en implicaciones importantes para la atención médica y la formación de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.

De acuerdo con la tabla 20, se observa que, de los 105 médicos serumistas contemplados en el estudio, un total de 13 indicaron una responsabilidad compartida en su práctica médica. De estos, 5 (38.5%) fueron clasificados con una "responsabilidad compartida regular", de los cuales 3 (3.3%) mostraron niveles de resiliencia intermedios, mientras que 8 (61.5%) indicaron tener una "buena responsabilidad compartida". Entre estos últimos, la mayoría, 89 médicos serumistas (96.7%), lograron niveles adecuados de resiliencia.

Tabla 20

Relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia

	Ponderación de resiliencia
--	-------------------------------

Responsabilidad compartida	Regular responsabilidad compartida	N	Medianamente adecuada resiliencia	Adecuada resiliencia	Total
			5	3	8
		%	38,5%	3,3%	7,6%
	Buena responsabilidad compartida	N	8	89	97
		%	61,5%	96,7%	92,4%
Total		N	13	92	105
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2=20,052, p= 0,000$$

Estos resultados sugieren que existe una tendencia positiva en la resiliencia a medida que aumenta la percepción de responsabilidad compartida entre los egresados. El análisis de la prueba de chi-cuadrado indica un valor de 20.052 con una significancia de .000, lo que refuerza la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables de responsabilidad compartida y el nivel de resiliencia, confirmando que una percepción de responsabilidad compartida más alta está asociada con mejores indicadores de resiliencia.

4.4. Relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia

Los resultados obtenidos en la investigación sobre la relación de la alianza terapéutica y la resiliencia de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP revelan hallazgos significativos que profundizan nuestra comprensión de la importancia de estas habilidades en la práctica médica.

Los datos presentados en la tabla 21 muestran que, de los 105 médicos serumistas evaluados, 7 (6.7%) obtuvieron una ponderación de resiliencia **adecuada, de los cuales 3** médicos serumistas (4.3%) fueron clasificados con una "regular alianza terapéutica" y 10 (9.7%) con una "buena alianza terapéutica". Estos 10 médicos serumistas representaron el 9.3% del total en esta categoría, sugiriendo que una mayor capacidad para forjar buenas

alianzas terapéuticas se asocia con niveles más altos de resiliencia.

Tabla 21

Relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia

			Ponderación total de resiliencia		
Alianza terapéutica	Regular alianza terapéutica	N %	Medianamente adecuada resiliencia	Adecuada resiliencia	Total
			3	4	7
			23,1%	4,3%	6,7%
	Buena alianza terapéutica	N	10	88	98
		%	76,9%	95,7%	93,3%
Total		N	13	92	105
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2=6,421, p= 0,000$$

El análisis chi-cuadrado arroja un valor de 6.421 con una significación bilateral de .011, lo que indica una relación estadística significativa entre la calidad de la alianza terapéutica y los niveles de resiliencia. Este hallazgo refuerza la noción de que las habilidades de comunicación que fomentan una alianza terapéutica fuerte son fundamentales para mejorar la resiliencia en el ejercicio profesional, lo cual puede tener un impacto positivo tanto en la salud del paciente como en el bienestar del médico.

4.5. Relación entre el médico como persona y la resiliencia

El análisis desglosado de la relación entre el médico como persona y la resiliencia de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP explora el impacto significativo que tienen las cualidades personales del médico en su capacidad de resiliencia, instaurando un vínculo fundamental entre ambas variables.

De acuerdo con la tabla 22, se observa que, de los 105 médicos serumistas, 5 (4.8%) fueron categorizados dentro de la influencia de las cualidades personales del médico como "medianamente inadecuados" en su capacidad de resiliencia, mientras que

98 (93.3%) fueron clasificados como "adecuada resiliencia". Esto sugiere que una gran mayoría de los egresados consideran tener cualidades personales que fortalecen su resiliencia.

Tabla 22

Relación entre el médico como persona y la resiliencia

			Ponderación total de resiliencia		
Médico como persona	Influencia de las cualidades personales del médico	N	Medianamente adecuada resiliencia	Adecuada resiliencia	Total
			5	2	7
	medianamente inadecuado	%	38,5%	2,2%	6,7%
	Influencia de las cualidades personales del médico	N	8	90	98
	adecuado	%	61,5%	97,8%	93,3%
Total		N	13	92	105
		%	100,0%	100,0%	100,0%

X²=24,105, p= 0,000

El análisis chi-cuadrado refleja un valor de 24.105 y una significación bilateral de .000, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre la influencia de las cualidades personales del médico y la resiliencia. Este resultado plantea que las características personales—como la empatía, la capacidad de escucha activa y el autocuidado— son fundamentales para fomentar una actitud resiliente frente a los desafíos del ejercicio profesional.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio determinó una correlación positiva significativa entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Beyer et al. (2024), quienes identificaron que una comunicación efectiva basada en el respeto mutuo y la claridad genera confianza, mejora la satisfacción del paciente y reduce el estrés emocional del profesional.

En particular, las dimensiones de “paciente como persona” y “alianza terapéutica” presentaron las relaciones más fuertes con la resiliencia, lo que destaca la importancia de un enfoque comunicativo centrado en la persona y el fortalecimiento de las relaciones médico- paciente. Los médicos con habilidades comunicativas desarrolladas demostraron una mayor capacidad para manejar el estrés inherente al SERUMS y adaptarse a condiciones adversas. Estos resultados adquieren mayor relevancia considerando el contexto rural en el que operan los médicos serumistas, caracterizado por limitaciones de recursos y barreras culturales.

El principio de toma de decisiones compartidas (Shared Decision-Making, SDM) mencionado por Beyer et al. (2024) también es relevante. Este modelo enfatiza que una comunicación efectiva fomenta la autonomía del paciente y fortalece las habilidades adaptativas del médico, lo que se traduce en mayores niveles de resiliencia y satisfacción profesional. Este hallazgo sugiere que el fortalecimiento de las habilidades comunicativas en la formación médica no solo beneficia al paciente, sino que también contribuye al bienestar del médico.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con investigaciones previas que

destacan la importancia de las habilidades de comunicación y la resiliencia en contextos médicos desafiantes. Humeres (2022) enfatiza que la comunicación centrada en la persona promueve interacciones empáticas y respetuosas, lo que fortalece la relación médico-paciente y genera confianza mutua. En línea con esto, Anne et al. (2023) destacan que dichas habilidades son esenciales no solo para abordar aspectos biomédicos, sino también para responder a las necesidades emocionales y sociales del paciente, especialmente en contextos de alta presión como el SERUMS.

Asimismo, estudios internacionales como el de Lee et al. (2022) encontraron que las habilidades comunicativas y la resiliencia son factores protectores frente al agotamiento laboral, lo que coincide con los resultados obtenidos en esta investigación. Estos autores identificaron que la competencia comunicativa no solo mejora la relación terapéutica, sino que también permite a los profesionales gestionar eficazmente el estrés y reducir el desgaste emocional.

Por otro lado, Chan et al. (2020) demostraron que programas de formación integrales, como el modelo MaRIS, pueden mejorar significativamente la resiliencia y las habilidades comunicativas de los estudiantes de medicina, lo que sugiere que una intervención similar podría ser eficaz en el contexto del SERUMS. Este hallazgo resalta la necesidad de una formación médica que incorpore componentes como la empatía, la reflexión afectiva y un entorno de apoyo, elementos clave también señalados por Humeres (2022) y Anne et al. (2023).

El análisis estadístico reveló una correlación positiva significativa entre las habilidades de comunicación y la resiliencia, con un coeficiente de correlación de $r=0.62, p<0.001$. Este hallazgo confirma la relación estrecha entre ambas variables, lo que sugiere que médicos con mayores competencias comunicativas tienden a ser más resilientes

frente a las adversidades del SERUMS. Este resultado está alineado con el estudio de Lee et al. (2022), que reportó $r=0.65, p<0.001$, demostrando una relación similar entre competencias comunicativas y resiliencia en profesionales de la salud.

La fortaleza de esta correlación destaca la necesidad de incorporar módulos específicos de formación en habilidades comunicativas y manejo emocional en los programas médicos. Como señalan Humeres (2022) y Anne et al. (2023), las habilidades de comunicación no solo son esenciales para la relación médico-paciente, sino que también actúan como un recurso protector contra el agotamiento emocional, mejorando la capacidad de adaptación de los médicos.

La dimensión “paciente como persona” presentó el coeficiente de correlación más alto ($r=0.68, p<0.001$) con la resiliencia, lo que indica que reconocer al paciente como un ser integral es un factor clave en el desarrollo de la resiliencia. Este resultado refuerza los planteamientos de Humeres (2022), quien subraya que una atención centrada en la persona promueve interacciones empáticas que benefician tanto al paciente como al profesional de la salud.

Además, Reifarth et al. (2024) encontraron que estrategias como la validación emocional y la verbalización explícita del cuidado son fundamentales para generar confianza y reducir tensiones emocionales. Por su parte, Beyer et al. (2024) subrayaron que los pacientes reportan mayores niveles de satisfacción y confianza cuando sienten que su perspectiva y necesidades emocionales son comprendidas. Sin embargo, su estudio también evidenció que, en algunos casos, los médicos no abordaron suficientemente las emociones de los pacientes, lo que afectó negativamente la experiencia clínica.

El impacto de esta dimensión es particularmente relevante en contextos rurales, donde los médicos enfrentan barreras culturales e idiomáticas. La correlación más fuerte

encontrada aquí coincide con el estudio de Anne et al. (2023), que destaca que la atención personalizada y respetuosa es esencial para mejorar la experiencia clínica tanto del paciente como del médico.

La dimensión “perspectiva biopsicosocial” mostró una correlación moderada con la resiliencia ($r=0.54$, $p<0.01$), lo que refleja que considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los pacientes contribuye a una mayor capacidad de adaptación frente a los retos. Este hallazgo está en línea con Afzal et al. (2024), quienes reportaron que integrar factores culturales y emocionales en la atención médica reduce disparidades y mejora los resultados clínicos.

Además, Reifarth et al. (2024) señalaron que el uso de estrategias como el contacto visual sostenido ($p=0.043$, $r=0.242$) y escuchar sin interrumpir ($p=0.037$, $r=0.250$) reflejó mejoras en la percepción de cuidado, lo que está alineado con las prácticas centradas en el enfoque biopsicosocial. Por su parte, Beyer et al. (2024) resaltaron que comprender las experiencias previas y las expectativas del paciente mejora la relación clínico-paciente. Sin embargo, su estudio señaló que solo el 38% de los profesionales verificaron adecuadamente los conocimientos previos del paciente, lo que limitó la efectividad del enfoque biopsicosocial.

A pesar de la correlación moderada, la perspectiva biopsicosocial enfrenta desafíos prácticos en el SERUMS, como la falta de tiempo y recursos, lo que puede limitar su implementación. Sin embargo, estudios como el de McAlpine et al. (2024) enfatizan que integrar esta dimensión en la formación médica es esencial para garantizar una atención integral.

La dimensión “responsabilidad compartida” mostró un coeficiente de correlación de $r=0.49$, $p<0.05$. Si bien esta relación es estadísticamente significativa, es más débil en

comparación con otras dimensiones, posiblemente debido a las limitaciones de tiempo y la insuficiente formación en habilidades de comunicación en los entornos del SERUMS que dificultan la toma de decisiones compartida. No obstante, McAlpine et al. (2024) señalan que involucrar al paciente en su tratamiento fomenta su autonomía y refuerza la resiliencia del médico al reducir conflictos y generar un sentido de logro compartido. Esto es consistente con Reifarth et al. (2024), quienes destacaron que el uso del lenguaje inclusivo y la colaboración explícita refuerzan la confianza del paciente en las decisiones clínicas.

La alianza terapéutica presentó una fuerte correlación positiva con la resiliencia ($r=0.65$, $p<0.001$), lo que subraya la importancia de construir relaciones de confianza y colaboración entre médicos y pacientes. Estos resultados están en concordancia con Anne et al. (2023), quienes identificaron que la alianza terapéutica fortalece la satisfacción del médico y del paciente, reduciendo el desgaste emocional en contextos clínicos desafiantes.

Además, según Beyer et al. (2024), un tratamiento exitoso depende de la capacidad del médico para generar una relación de confianza, lo que también refuerza la resiliencia al proporcionar un entorno de aprendizaje y retroalimentación emocional positiva. En el SERUMS, donde los médicos enfrentan barreras culturales y emocionales, esta dimensión parece actuar como un amortiguador frente al estrés, promoviendo un entorno de aprendizaje y crecimiento personal para el médico.

La dimensión “médico como persona” mostró una correlación moderada ($r=0.56$, $p<0.01$) con la resiliencia, lo que resalta la influencia de las cualidades personales, como la inteligencia emocional y la autenticidad, en el manejo del estrés y la adaptación. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Humeres (2022), quien argumenta que la autoconciencia y el cuidado personal son esenciales para construir relaciones significativas

y enfrentar los retos emocionales de la práctica médica.

Además, Beyer et al. (2024) destacaron que las cualidades personales del médico, como la empatía y la autenticidad, son esenciales para una comunicación efectiva. Sin embargo, identificaron que muchos médicos no se sienten preparados para manejar conversaciones emocionalmente difíciles, lo que subraya la necesidad de una formación más integral en estas habilidades. En este sentido, programas de capacitación que incluyan técnicas de mindfulness y manejo emocional, como los propuestos por Chan et al. (2020), podrían ser altamente beneficiosos para fortalecer esta dimensión en los médicos serumistas.

Los resultados cuantitativos obtenidos subrayan la importancia de integrar las habilidades de comunicación centradas en la persona y la resiliencia en los programas de formación médica. Las correlaciones más altas encontradas en “paciente como persona” ($r=0.68$) y “alianza terapéutica” ($r=0.65$) destacan estas dimensiones como áreas prioritarias de intervención.

El diseño de programas formativos que incluyan simulaciones clínicas, talleres de inteligencia emocional y estrategias para el manejo del estrés puede contribuir significativamente a mejorar tanto el bienestar profesional como la calidad de la atención médica en contextos rurales. Estos hallazgos no solo enriquecen la literatura existente, sino que también ofrecen un marco práctico para fortalecer las competencias esenciales de los médicos en el SERUMS.

Además, se alinean con Byrne et al. (2024) quienes señalan que es fundamental impartir formación que aborde los componentes específicos y el valor de la empatía clínica junto con la comunicación centrada en el paciente, para fomentar un cambio positivo en las actitudes del personal de salud. Las intervenciones deben enfocarse integralmente en

las actitudes, conocimientos, habilidades y comportamientos de los profesionales para lograr transformaciones significativas, utilizando una combinación de métodos pedagógicos.

La enseñanza de la empatía clínica y la teoría de la comunicación centrada en la persona contribuye a mejorar la actitud y la motivación de los personales de salud. Estrategias basadas en las artes y humanidades, junto con la reflexión guiada y la retroalimentación, fomentan la autorreflexión y promueven una mayor autoconciencia. Por otro lado, los métodos de simulación y de toma de perspectiva fortalecen la comprensión de las experiencias de los pacientes al permitir que los profesionales se pongan en su lugar. Asimismo, la práctica contemplativa mejora la autoconciencia, la autorregulación y la capacidad de atención libre de prejuicios. Finalmente, la capacitación en comunicación juega un rol clave en el desarrollo de habilidades necesarias para expresar empatía de manera efectiva.

La fuerte relación entre las dimensiones de “paciente como persona” y “alianza terapéutica” con la resiliencia subraya la centralidad de la comunicación efectiva en la práctica médica. Estos resultados sugieren que los médicos que adoptan habilidades de comunicación centrada en la persona no solo mejoran la experiencia del paciente, sino que también desarrollan recursos internos que les permiten enfrentar mejor los desafíos emocionales y contextuales del SERUMS. Esto es coherente con la teoría de Mead y Bower (2000), quienes plantean que el reconocimiento del paciente como un ser integral contribuye a construir relaciones más sólidas y significativas.

Además, el enfoque biopsicosocial, otro componente esencial de la comunicación centrada en la persona, parece haber jugado un papel clave en la capacidad de los médicos serumistas para adaptarse a las diversas realidades culturales y sociales de las comunidades

donde ejercen. Este hallazgo respalda la importancia de la perspectiva biopsicosocial planteada por Afzal et al. (2024), quienes enfatizan que integrar factores culturales y emocionales en la atención médica mejora los resultados de salud y reduce las disparidades en la atención.

Los resultados obtenidos tienen importantes implicaciones para la formación médica y las políticas de salud. En primer lugar, es crucial incorporar de manera sistemática el desarrollo de habilidades de comunicación centrada en la persona y estrategias para fortalecer la resiliencia en los currículos médicos. Tal como lo sugieren Anne et al. (2023), estas competencias no son innatas y requieren formación específica y sostenida.

En segundo lugar, la implementación de programas de apoyo emocional y entrenamiento en habilidades blandas podría ayudar a los médicos serumistas a enfrentar los desafíos del primer año de ejercicio profesional en contextos rurales. Por último, estas intervenciones no solo beneficiarían a los médicos, sino que también mejorarían la calidad del servicio de salud ofrecido, promoviendo una atención más humanizada y eficiente.

En síntesis, los hallazgos de este estudio destacan la relevancia de las habilidades de comunicación centrada en la persona y la resiliencia como factores determinantes para el éxito en el contexto del SERUMS. Estos resultados no solo confirman teorías existentes, sino que también proporcionan un marco para futuras investigaciones y acciones orientadas a optimizar la formación y el bienestar de los profesionales de la salud en entornos desafiantes.

VI. CONCLUSIONES

- De acuerdo con el objetivo general, se concluye que existe una relación positiva y significativa entre las habilidades de comunicación centradas en la persona y la resiliencia de los médicos serumistas. Este hallazgo evidencia que los profesionales que desarrollan competencias comunicativas más sólidas, basadas en principios humanistas y colaborativos, están mejor equipados para enfrentar los retos del ejercicio médico en contextos de alta presión y recursos limitados. Estas habilidades no solo fortalecen la interacción médico-paciente, sino que también incrementan la capacidad del médico para manejar el estrés y mantener su bienestar emocional, validando así la hipótesis general de la investigación.
- De acuerdo con el objetivo específico 1, la relación entre la habilidad de comunicación que reconoce al paciente como persona y la resiliencia fue significativa. Este resultado refuerza que un enfoque humanizado, basado en el respeto por los valores, necesidades y experiencias individuales del paciente, contribuye tanto a mejorar la satisfacción del paciente como a fortalecer la resiliencia del médico. Estos hallazgos validan la hipótesis de que las habilidades comunicativas en esta dimensión generan una mayor capacidad para gestionar adversidades en el entorno laboral.
- De acuerdo con el objetivo específico 2, se confirmó que la integración de la perspectiva biopsicosocial en las habilidades de comunicación favorece el desarrollo de la resiliencia. Este enfoque, que considera los factores psicológicos, sociales y culturales del paciente, permite una comprensión más completa de sus necesidades. Los médicos que aplican esta perspectiva tienen mayores recursos para manejar los

desafíos complejos que enfrentan en el SERUMS, validando la hipótesis planteada para esta dimensión.

- De acuerdo con el objetivo específico 3, Los resultados mostraron que una comunicación basada en la responsabilidad compartida mejora la resiliencia. La toma de decisiones conjunta entre médico y paciente no solo empodera al paciente, sino que también disminuye la carga emocional del médico. Esto confirma que la corresponsabilidad en el manejo clínico es un factor protector frente al agotamiento emocional y el estrés laboral, alineado a la hipótesis específica 4.
- De acuerdo con el objetivo específico 4, La dimensión de alianza terapéutica presentó la correlación más alta con la resiliencia. Esto resalta que una relación médico-paciente basada en la confianza, el respeto mutuo y la colaboración tiene un impacto significativo en la capacidad del médico para mantener su estabilidad emocional. Este resultado valida la importancia de construir relaciones terapéuticas sólidas como un recurso esencial para enfrentar las exigencias del SERUMS, corroborando la hipótesis específica 5.
- De acuerdo con el objetivo específico 5, la relación entre las habilidades de comunicación del médico como persona y su resiliencia evidenció que las cualidades intrínsecas del profesional, como la autoconciencia y la autorregulación, son determinantes en su capacidad para enfrentar las adversidades del ejercicio clínico. Este hallazgo subraya la necesidad de fomentar una formación médica que integre el desarrollo personal y profesional, alineado con la hipótesis específica para esta dimensión.
- El diseño explicativo permitió identificar no solo las relaciones entre las variables estudiadas, sino también los factores subyacentes que las influyen. Los resultados

ofrecen evidencia para comprender cómo las habilidades de comunicación centradas en la persona potencian la resiliencia en contextos laborales complejos. Este enfoque analítico aporta insumos valiosos para el diseño de programas de formación que integren estas competencias como elementos centrales en la comunicación médica.

- En conclusión, las habilidades de comunicación centradas en la persona no solo favorecen una atención médica de mayor calidad, sino que también se erigen como un pilar fundamental para el bienestar y la resiliencia del médico en contextos exigentes como el SERUMS. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para futuras investigaciones y acciones orientadas a mejorar la formación y práctica médica en el Perú.
- La investigación se limitó a egresados de una única institución, lo que podría restringir la generalización de los hallazgos. Es necesario ampliar este análisis a otras instituciones y explorar la eficacia de programas de formación en comunicación y resiliencia mediante estudios longitudinales. También, sería relevante investigar cómo las diferencias culturales afectan estas competencias en contextos diversos.

VII. RECOMENDACIONES

- Con base en los hallazgos obtenidos en este estudio, se presentan las siguientes recomendaciones, dirigidas a mejorar la formación en habilidades de comunicación y resiliencia en los médicos egresados, así como a fortalecer su desempeño profesional en el contexto del SERUMS. Estas propuestas están alineadas tanto con las dimensiones evaluadas como con las implicaciones prácticas de los resultados.
- Diseñar e implementar módulos curriculares en las habilidades de comunicación centradas en la persona, alineados con modelos teóricos como el propuesto por Mead y Bower (2000) y Humeres (2022). Estos deben abordar dimensiones clave: paciente como persona, la perspectiva biopsicosocial, la alianza terapéutica, la responsabilidad compartida y médico como persona, asegurando que los estudiantes desarrollen competencias adaptativas y centradas en el paciente.
- Implementar estrategias educativas que preparen a los futuros médicos para enfrentar el estrés laboral y las adversidades del ejercicio clínico. Esto incluye talleres sobre manejo del estrés, mindfulness, y autorregulación emocional, diseñados para fortalecer su capacidad de adaptación en entornos desafiantes como el SERUMS.
- Incorporar evaluaciones formativas periódicas para monitorear y reforzar el desarrollo de habilidades de comunicación y resiliencia. Estas evaluaciones deben utilizar herramientas validadas que permitan identificar áreas de mejora y guiar intervenciones personalizadas para cada estudiante.
- Se recomienda que el Ministerio de Salud implemente programas de inducción para los médicos SERUMS, que incluyan módulos en comunicación centrada en la persona y estrategias para el manejo del estrés. Estas capacitaciones deben ser

obligatorias y adaptadas al contexto rural y multicultural en el que se desempeñan los médicos.

- Crear y distribuir manuales o guías basados en las dimensiones evaluadas en este estudio. Estas herramientas deben proporcionar pautas claras para la comunicación efectiva en contextos de recursos limitados, respetando las particularidades culturales de cada región.
- Implementar herramientas de autoevaluación y retroalimentación periódica que permitan a los médicos SERUMS reflexionar sobre sus habilidades de comunicación y resiliencia, promoviendo una mejora continua.
- Los profesionales de la salud deben priorizar la confianza y el respeto mutuo en su relación con los pacientes. Para ello, es importante que los médicos adopten estrategias que promuevan la toma de decisiones compartida y el empoderamiento del paciente en su cuidado, tal como subraya Humeres (2022).
- Se sugiere establecer sistemas de apoyo para los médicos en el SERUMS, incluyendo redes de mentoría, acceso a servicios psicológicos, y espacios de reflexión grupal. Estas iniciativas contribuirán a fortalecer la resiliencia profesional y el bienestar emocional.
- Es necesario llevar a cabo investigaciones que evalúen cómo evolucionan estas competencias a lo largo del tiempo en médicos SERUMS. Esto permitirá identificar factores que potencien su desarrollo y diseñar intervenciones basadas en evidencia.
- Se recomienda investigar la efectividad de herramientas digitales, como simulaciones virtuales y plataformas de aprendizaje en línea, para enseñar habilidades de comunicación y resiliencia en escenarios clínicos reales.
- Replicar este tipo de estudios en profesionales de otras áreas, como enfermería y obstetricia, permitirá validar la aplicabilidad de los hallazgos y generar estrategias

integrales para mejorar la atención en los sistemas de salud.

- Para aumentar la generalización de los hallazgos, se sugiere replicar este estudio en otras facultades de medicina y comparar resultados. Esto permitirá identificar diferencias contextuales y mejorar las estrategias de intervención.
- Se sugiere investigar cómo las habilidades de comunicación y la resiliencia interactúan con otras variables como la inteligencia emocional, la satisfacción laboral y el desempeño clínico, para generar un enfoque integral en la formación médica.
- Estas recomendaciones buscan abordar de manera integral las necesidades identificadas en este estudio, proporcionando un marco de acción que fortalezca tanto la formación como la práctica médica. Al implementar estas estrategias, se espera no solo mejorar la calidad de la atención brindada, sino también garantizar el bienestar emocional y profesional de los médicos en contextos desafiantes como el SERUMS.

VIII. REFERENCIAS

- Afzal, N., Merchant, A., Shaikh, N., Noorali, A., Ahmad, R., Ahmed, S., & Haider, A. (2024). Patient-resident physician communication: A qualitative study to assess the current state, challenges and possible solutions. *BMC Health Services Research*, 24(1), 917. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11387-0>
- Aguilar, D. (2021). *Habilidades sociales y resiliencia en personal de servicio militar voluntario, Lima 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/68201/Aguilar_VD ASD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ambrose, J., Catchpole, K., Evans, H., Nemeth, L. S., Nemeth, L., Layne, D., & Nichols, M. (2024). Healthcare team resilience during COVID-19: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 24, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10895-3>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Angeles, M. (2016). *Relación entre la resiliencia y habilidades sociales en un grupo de adolescentes de Lima Norte* [Tesis doctoral, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2443/ANGELES_DM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Anne, D., Stewart, D., Garry, J., & McCambridge, J. (2023). Measurement of person-centred consultation skills among healthcare practitioners: A systematic review of reviews of validation studies. *BMC Medical Education*, 23, 1–30. <https://doi.org/10.1155/2024/5660620>

- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.
<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bendezu-Quispe, G., Mari-Huarache, L., Taype-Rondan, Á., Mejia, C., & Inga-Berrosapi, F. (2020). Percepción de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de Salud en Perú sobre el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), e5294.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5294>
- Beyer, K., Lawlor, A., Remmers, S., Bezuidenhout, C., Gómez-Rivas, J., Venderbos, L., & Van Hemelrijck, M. (2024). How can we improve patient-clinician communication for men diagnosed with prostate cancer? *European Urology Open Science*, 62, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.euros.2024.01.011>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., and Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Brown, J. (2016). *Clinical communication in medicine*. John Wiley & Sons.
- Byrne, M., Campos, C., Daly, S., Lok, B., & Miles, A. (2024). The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: An umbrella review. *Patient Education and Counseling*, 119, 108063.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108063>
- Chan, K. D., Humphreys, L., Mey, A., Holland, C., Wu, C., & Rogers, G. D. (2020). Beyond communication training: The MaRIS model for developing medical students' human capabilities and personal resilience. *Medical Teacher*, 42(2),

- 187–195. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1670340>
- Congreso de la República del Perú. (1981). *Ley N.º 23330: Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud*. Diario Oficial El Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256956-23330>
- Contreras, P. (2020). Atención primaria orientada a la comunidad. En C. R. Mejía & F. Inga-Berrospi (Coords.), *Serums: Recomendaciones basadas en la experiencia* (pp. 23–44). Universidad Continental, Fondo Editorial. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/4624>
- Cordova, M., Gimmler, C., & Osterberg, L. (2020). Foster well-being throughout the career trajectory: A developmental model of physician resilience training. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(12), 2719–2733. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.05.002>
- Dawson, B., & Trapp, R. (2005). *Bioestadística médica* (4.ª ed.). McGraw-Hill.
- Dewi, S., Wilson, A., Duvivier, R., Kelly, B., & Gilligan, C. (2024). Do the teaching, practice and assessment of clinical communication skills align? *BMC Medical Education*, 24, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05596-8>
- Doherty, A., Prihodova, L., Walsh, G., & Hayes, B. (2024). How do they cope? A national cross-sectional study of coping in hospital doctors in Ireland. *BMJ Open*, 14(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076218>
- Gransjøen, A. (2024). Resilience and mindfulness among radiological personnel in Norway, their relationship and their impact on quality and safety: A questionnaire study. *BMC Research Notes*, 17, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06748-1>
- Humeres, P. (2022). *Propuesta de modelo comunicacional para una atención centrada en el niño y su autocuidado: Una aproximación desde la odontología* [Tesis doctoral,

- Pontificia Universidad Católica de Chile]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/propuesta-de-modelo-comunicacional-para-una/docview/2781445266/se-2>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). *Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Salud y bienestar*. <https://ods.inei.gob.pe/ods/objetivos-de-desarrollo-sostenible/salud-y-bienestar>
- Lee, E., Kim, K., Ko, S., & Song, E. (2022). Communication competence and resilience are modifiable factors for burnout of operating room nurses in South Korea. *BMC Nursing*, 21, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00985-0>
- McAlpine, D., MacKay, M., Grant, L., Papadopoulos, A., & McWhirter, J. E. (2024). Modernizing public health communication competencies in Canada: A survey of the Canadian public health workforce. *Canadian Journal of Public Health*, 115(4), 664–679. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00890-w>
- McMillion, M. (2024). *Resilience and retention in the rural public health workforce during the COVID-19 pandemic* [Tesis doctoral, The Medical College of Wisconsin]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/resilience-retention-rural-public-health/docview/3049629219/se-2>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mejía-Álvarez, C., Miranda-Mesías, R., Contreras-Carmona, P., & Huapaya-Huertas, O. (2018). Herramientas para mejorar la satisfacción del usuario a partir de un estudio situacional peruano. En O. Lazo-Gonzales & Á. Santivañez-Pimentel (Eds.), *Calidad de la atención de salud: Desafíos* (pp. 81–94). Consejo Regional III Lima, Colegio Médico del Perú. <https://cmplima.org.pe/wp->

content/uploads/2018/06/Libro-Atencion-salud-calidad.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Información de recursos humanos en el sector salud, Perú 2023*. Dirección General de Personal de la Salud.

<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7355.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). *Compendio estadístico de recursos humanos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), Perú 2008–2017*.

<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4574.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). *Evaluación de competencias a los profesionales médicos, obstetras y enfermeros del Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS)*. Dirección General de Personal de la Salud.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280803-evaluacion-de-competencias-a-los-profesionales-medicos-obstetras-y-enfermeros-del-servicio-rural-y-urbanomarginal-de-salud-serums>

Namra, Q., Noorali, A., Asma, A., Afzal, N., Maryam, A., Komal, A., Syeda, F., Ahmad, R., Saqib, K., Saad Bin, Z., Shah, S., Muhammad, R., Tariq, M., & Haider, A. (2024). Communication skills of residents: Are they as good as they think?

Medical Education Online, 29(1).

<https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2396165>

Núñez, V. (2022). *Efecto del servicio rural y urbano marginal de salud en la distribución de recursos humanos del primer nivel de atención, Perú–2019* [Tesis doctoral,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/c16a105c-b840-4b70-95ca-2f5ff43f67ca>

Olaya, A. (2021). *Relación entre resiliencia con habilidades sociales en adolescentes de una institución pública de Huaquillas* [Tesis de maestría, Universidad Peruana

- Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11260/RelacioOlaya_Matute_Anabell.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cobertura sanitaria universal (CSU)*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29>
- Penberthy, J., Chhabra, D., Ducar, D., Avitabile, N., Lynch, M., Khanna, S., & Schorling, J. (2018). Impact of coping and communication skills program on physician burnout, quality of life, and emotional flooding. *Safety and Health at Work*, 9(4), 381–387. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.02.005>
- Pérez-Del-Vallín, V. (2022). Development of communication skills in the health sector. *Seminars in Medical Writing and Education*, 1, Article 5.
<https://doi.org/10.56294/mw20225>
- Pineda, E. B., de Alvarado, E. L., & de Canales, F. H. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud* (2.^a ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez, J., Álvarez-Ude, F., & Cirera, J. (2014). Entrevista motivacional (parte II). *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 21(Supl. 4), 1–8.
[https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(14\)70817-5](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(14)70817-5)
- Secretaría del Médico Joven del Consejo Regional III de Lima. (22 de noviembre de 2024). Salud mental en médicos SERUMS [Publicación en Instagram]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/DCsJLzvxDKT/>
- Seda Karakaya Çataldaş, Atkan, F., & Eminoğlu, A. (2024). The effect of psychodrama-based intervention on therapeutic communication skills and cognitive flexibility among nursing students: A 12-month follow-up study. *Nurse Education in*

Practice, 80, 104118. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104118>

- Shoji, K., Noguchi, N., Waki, F., Saito, T., Kitano, M., Edo, N., Koga, M., Toda, H., Kobayashi, N., Sawamura, T., & Nagamine, M. (2024). Empathy and coping strategies predict quality of life in Japanese healthcare professionals. *Behavioral Sciences*, 14(5), 400. <https://doi.org/10.3390/bs14050400>
- Sosa, S., & Salas-Blas, E. (2020). Resiliencia y habilidades sociales en estudiantes secundarios de San Luis de Shuaro, La Merced. *Comuni@cción*, 11(1), 40–50. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-71682020000100040
- Suárez Acevedo, D., & Trujillo Maza, E. (Eds.). (2019). *Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea: Una experiencia pedagógica*. Universidad de los Andes. <https://www.digitaliapublishing.com/a/62836>
- Suca, I. (2022). *Habilidades sociales y resiliencia en estudiantes de secundaria de un colegio nacional de Arequipa, 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/105796/Suca_QIJSD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Taherdoost, H. (2019). Validity and reliability of the research instrument: How to test the validation of a questionnaire/survey in a research. *International Journal of Academic Research in Management*, 5(3), 28–36. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3205040>
- Usset, T., Greg, S., Knapp, S., Schwartzman, G., Yadav, S., Schaefer, B., & Fitchett, G. (2024). Factors associated with healthcare clinician stress and resilience: A scoping review. *Journal of Healthcare Management*, 69(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-23-00020>

- Valerio, A., Rodriguez, N., Winkler, P., Lopez, J., Dennison, M., Liang, Y., & Turner, B. (2016). Comparing two sampling methods to engage hard-to-reach communities in research priority setting. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 146. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0242-z>
- Vega-Hurtado, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 197–201. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457767703017/html/>
- Visser, L., Tollenaar, M., van Doornen, L., de Haes, H., & Smets, E. M. A. (2019). Does silence speak louder than words? The impact of oncologists' emotion-oriented communication on analogue patients' information recall and emotional stress. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 43–52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.032>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Wukitsch, M. V. (2024). *Does gender matter? A hermeneutic phenomenological study of the shared experience of women physicians in academic pediatrics* [Tesis doctoral]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/does-gender-matter-hermeneutic-phenomenological/docview/3094152212/se-2>
- Zhu, S., Sinha, D., Kirk, M., Michalopoulou, M., Hajizadeh, A., Wren, G., Doody, P., Mackillop, L., Smith, R., Jebb, S. A., & Astbury, N. M. (2024). Effectiveness of behavioural interventions with motivational interviewing on physical activity outcomes in adults: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 386. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078713>

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

Problema	Hipótesis	Objetivos	Variables		Método
General			Variable 1: Habilidades de comunicación		Tipo: Explicativo Diseño: No experimental y transversal Orientación: Aplicada Direccionalidad: Prospectiva Enfoque: Prolectivo Análisis enfocado en una sola población Población: 150 médicos
¿Cuál es la relación entre habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?	Alternativa H1: Existe relación entre habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. Nula H0: No existe relación entre habilidades de comunicación y	Determinar la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.	Dimensiones	Indicadores	
			Paciente entendido como persona	Escucha activa	
				Adaptación cultural	
				Claridad en el lenguaje	
				Receptividad a preguntas	
				Expresión de empatía verbal	
			Perspectiva biopsicosocial	Exploración de emociones	
				Interacción social	
				Comunicación culturalmente sensible	
				Personalización del mensaje	
				Refuerzo positivo	
			Responsabilidad compartida	Claridad en opciones	
				Diálogo bidireccional	
				Fomento de la autonomía	
				Construcción de consenso	
				Ajuste continuo del plan de tratamiento	
			Alianza terapéutica	Construcción de confianza	
				Apoyo emocional	
				Sensibilidad a señales no verbales	

	resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.			Participación colaborativa	SERUMS 2024-I egresados de la URP
				Refuerzo de la relación	
			Médico entendido como persona	Autenticidad	
				Regulación emocional	
				Empatía no verbal	
				Presencia y atención plena	
				Flexibilidad emocional	
Específicos			Variable 2: Resiliencia		Muestra: 105 médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP Instrumento: Cuestionario
P1: ¿Cuál es la relación entre el paciente entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP? P2: ¿Cuál es la relación entre la perspectiva biopsicosocial y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP? P3: ¿Cuál es la relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?	H2: Existe relación entre el paciente entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. H3: Existe relación entre la perspectiva psicosocial y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. H4: Existe relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.	OE1: Determinar la relación entre el paciente entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. OE2: Determinar la relación entre la perspectiva psicosocial y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. OE3: Determinar la relación entre la responsabilidad compartida y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.	Dimensiones	Indicadores	
			Ecuanimidad	Regulación emocional ante el estrés	
				Reacción proporcional ante la adversidad	
				Aprendizaje de experiencias adversas	
				Mantenimiento de la positividad	
				Implementación de estrategias efectivas frente al estrés	
	Perseverancia	Persistencia en objetivos			
		Superación de contratiempos			
		Adaptabilidad en la búsqueda de soluciones			
		Constancia en situaciones difíciles			
		Resiliencia frente a dificultades externas			
		Capacidad para enfrentar desafíos			
Seguridad en la toma de decisiones					

la URP? P4: ¿Cuál es la relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP? P5: ¿Cuál es la relación entre el médico entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP?	la URP. H5: Existe relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. H6: Existe relación entre la dimensión médico entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.	la URP. OE4: Determinar la relación entre la alianza terapéutica y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. OE5: Determinar la relación entre la dimensión médico entendido como persona y la resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP.	Autoconfianza	Confianza en las habilidades personales	
				Manejo de presión profesional	
				Proactividad frente a problemas	
			Satisfacción personal	Evaluación positiva de la vida	
				Reconocimiento de logros personales	
				Propósito de vida	
				Bienestar interno	
				Optimismo frente al futuro	
			Sentirse bien solo	Disfrute de la soledad	
				Independencia emocional	
				Uso de la soledad como crecimiento personal	
				Autoconsciencia y reflexión	
				Seguridad en la soledad	

Anexo B: Instrumento de investigación

Cuestionario estructurado

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RESILIENCIA EN MÉDICOS SERUMS 2024-I EGRESADOS DE LA URP				
Nº	Preguntas	Nunca	A veces	Siempre
Variable: Habilidades de comunicación				
Dimensión: Paciente como persona				
1	¿Miras al paciente mientras te habla para demostrar que le prestas atención?			
2	¿Reformulas las palabras del paciente para confirmar que lo entendiste correctamente?			
3	¿Usas ejemplos del entorno del paciente para explicar los tratamientos?			
4	¿Tomas en cuenta sus creencias o costumbres al proponer un plan de atención?			
5	¿Usas palabras simples y comprensibles al explicar diagnósticos y tratamientos?			
6	¿Pides al paciente que repita lo que entendió para asegurarte de que quedó claro?			
7	¿Preguntas al paciente si tiene dudas sobre lo que le explicaste?			
8	¿Respondes sus preguntas con paciencia y de forma comprensible?			
9	¿Reconoces verbalmente las emociones que el paciente expresa?			
10	¿Utilizas frases como “Es normal que te sientas así” para validar sus sentimientos?			
Perspectiva biopsicosocial				
11	¿Preguntas al paciente cómo su enfermedad afecta sus emociones?			
12	¿Exploras cómo se siente respecto a su estado de salud?			
13	¿Preguntas sobre el apoyo familiar del paciente para comprender su contexto?			
14	¿Indagas si su entorno contribuye o dificulta su recuperación?			
15	¿Consideras las creencias religiosas o culturales del paciente al proponer tratamientos?			

16	¿Evitas juicios cuando el paciente comparte prácticas culturales relacionadas con su salud?			
17	¿Ajustas el plan de atención según las necesidades personales del paciente?			
18	¿Exploras alternativas cuando el paciente enfrenta barreras para seguir el tratamiento?			
19	¿Motivas al paciente reconociendo sus esfuerzos por seguir las recomendaciones?			
20	¿Ofreces palabras de ánimo cuando el paciente expresa sus preocupaciones?			
Responsabilidad compartida				
21	¿Explicas de manera clara las alternativas de tratamiento disponibles?			
22	¿Preguntas al paciente si necesita más información antes de tomar una decisión?			
23	¿Pides la opinión del paciente antes de definir el tratamiento?			
24	¿Escuchas sus preocupaciones sobre las decisiones médicas propuestas?			
25	¿Invitas al paciente a participar activamente en las decisiones sobre su salud?			
26	¿Refuerzas su capacidad para decidir sobre las opciones de tratamiento?			
27	¿Aseguras que el paciente está de acuerdo con el plan de tratamiento?			
28	¿Modificas las recomendaciones si el paciente expresa incomodidad?			
29	¿Revisas con el paciente cómo se siente respecto a las decisiones tomadas?			
30	¿Evalúas con él si los objetivos del tratamiento se están cumpliendo?			
Alianza terapéutica				
31	¿Inicias la consulta con un saludo cálido y cercano?			
32	¿Explicas el diagnóstico con transparencia, sin ocultar información?			
33	¿Ofreces palabras de consuelo cuando el paciente muestra preocupación?			

34	¿Usas el parafraseo para confirmar que comprendes las preocupaciones expresadas por el paciente?			
35	¿Ajustas tu tono de voz y lenguaje corporal al estado emocional del paciente?			
36	¿Aseguras que el paciente reciba información clara y honesta, incluso en situaciones complejas?			
37	¿Facilitas que el paciente participe en las discusiones sobre su salud?			
38	¿Reconoces sus aportes cuando propone ideas o plantea inquietudes?			
39	¿Agradeces al paciente por compartir información importante sobre su salud?			
40	¿Reiteras al paciente que su opinión es esencial en el tratamiento?			
Médico como persona				
41	¿Demuestras sinceridad al abordar los problemas del paciente?			
42	¿Proyectas interés genuino en sus preocupaciones?			
43	¿Mantienes la calma cuando el paciente expresa emociones intensas?			
44	¿Controlas tu tono de voz en situaciones difíciles?			
45	¿Usas gestos o contacto visual para transmitir empatía?			
46	¿Te acercas físicamente al paciente cuando necesita consuelo?			
47	¿Evitas distracciones mientras estás en consulta con el paciente?			
48	¿Te enfocas exclusivamente en el paciente durante la interacción?			
49	¿Ajustas tu actitud y tono según el estado emocional del paciente?			
50	¿Respondes con paciencia ante reacciones inesperadas del paciente?			
Variable: Resiliencia				
Ecuanimidad				
51	¿Mantienes una actitud equilibrada frente a situaciones estresantes?			
52	¿Evitas reacciones emocionales desproporcionadas ante la adversidad?			
53	¿Demuestras estabilidad emocional durante situaciones difíciles?			

54	¿Encuentras lecciones positivas en las experiencias adversas?			
55	¿Mantienes una actitud positiva en situaciones complejas?			
56	¿Afrontas los retos con serenidad?			
57	¿Regulas las emociones para evitar el agotamiento?			
58	¿Reflexionas sobre las situaciones para mantener una perspectiva equilibrada?			
59	¿Desarrollas estrategias para enfrentar el estrés de manera efectiva?			
60	¿Mantienes una actitud optimista pese a las adversidades?			
Perseverancia				
61	¿Sigues adelante a pesar de los contratiempos?			
62	¿Demuestras persistencia en alcanzar objetivos personales y profesionales?			
63	¿Te enfrentas a los desafíos sin rendirte?			
64	¿Ajustas estrategias para superar obstáculos?			
65	¿Mantienes el esfuerzo constante en condiciones difíciles?			
66	¿Completras las tareas incluso cuando enfrentas dificultades?			
67	¿Tomas medidas para alcanzar metas a largo plazo?			
68	¿Mantienes una visión clara de los objetivos a pesar de los reveses?			
69	¿Te adaptas a las circunstancias mientras continúas con el esfuerzo?			
70	¿Te dejas intimidar por las dificultades?			
Autoconfianza				
71	¿Te sientes capaz de afrontar situaciones complejas?			
72	¿Confías en tus habilidades para resolver problemas?			
73	¿Muestras seguridad en la toma de decisiones importantes?			
74	¿Te apoyas en tus fortalezas personales para superar desafíos?			

75	¿Identificas tus virtudes y áreas de mejora de manera objetiva?			
76	¿Respondes con seguridad a los retos profesionales?			
77	¿Manejas la presión con confianza y autocontrol?			
78	¿Demuestras independencia en la toma de decisiones?			
79	¿Te recuperas rápidamente de los fracasos?			
80	¿Abordas los problemas con una actitud proactiva?			
Satisfacción personal				
81	¿Evalúas tu vida de manera positiva?			
82	¿Te sientes satisfecho con tus logros personales?			
83	¿Experimentas bienestar interno al reflexionar sobre tu vida?			
84	¿Reconoces el valor de tus contribuciones a la comunidad?			
85	¿Mantienes una visión optimista sobre el futuro?			
86	¿Encuentras satisfacción en los aspectos cotidianos de la vida?			
87	¿Mantienes una actitud agradecida frente a los logros personales?			
88	¿Experimentas una sensación de plenitud al alcanzar metas?			
89	¿Sientes que tu vida tiene un propósito claro?			
90	¿Evalúas positivamente tus relaciones interpersonales y laborales?			
Sentirse bien solo				
91	¿Disfrutas de la reflexión personal sin necesidad de compañía constante?			
92	¿Encuentras satisfacción en momentos de soledad?			
93	¿Desarrollas una identidad personal fuerte y estable?			
94	¿Eres capaz de estar solo sin sentirte vulnerable?			
95	¿Aprecias tu independencia emocional?			

96	¿Usas la soledad como una oportunidad para el crecimiento personal?			
97	¿Reflexionas sobre tu vida sin temor a la soledad?			
98	¿Mantienes tu bienestar emocional a pesar de la falta de compañía?			
99	¿Desarrollas un sentido profundo de autoconsciencia?			
100	¿Encuentras en la soledad una fuente de creatividad y reflexión profunda?			

CUESTIONARIO: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RESILIENCIA EN MÉDICOS SERUMS 2024-I EGRESADOS DE LA URP

Instrucciones:

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con tus habilidades de comunicación y resiliencia. Por favor, responde con sinceridad, seleccionando la opción que mejor describa tu experiencia durante tu desempeño como médico en el SERUMS.

Las opciones de respuesta son:

- Nunca
- A veces
- Siempre

SECCIÓN I: DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad:

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Región, provincia y distrito en la que realizas el SERUMS:

.....

¿Cuál es el nivel de complejidad del establecimiento de salud donde estás realizando tu SERUMS?:

- ☐ I-1: Puesto de salud sin internamiento, enfocado en atención primaria básica.
- ☐ I-2: Centro de salud con internamiento, capacidad de resolver emergencias menores.
- ☐ I-3: Centro de salud con mayor capacidad resolutoria y servicios de apoyo diagnóstico.
- ☐ II-1: Hospital de baja complejidad con atenciones de mediana resolución.
- ☐ II-2: Hospital con especialidades médicas y quirúrgicas.

SECCIÓN II: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Dimensión 1: Paciente como persona

1. ¿Miras al paciente mientras te habla para demostrar que le prestas atención?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
2. ¿Reformulas las palabras del paciente para confirmar que lo entendiste correctamente?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
3. ¿Usas ejemplos del entorno del paciente para explicar los tratamientos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
4. ¿Tomas en cuenta sus creencias o costumbres al proponer un plan de atención?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

5. ¿Utilizas palabras simples para explicar diagnósticos y tratamientos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
6. ¿Pides al paciente que repita lo que entendió para asegurarte de que quedó claro?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
7. ¿Preguntas al paciente si tiene dudas sobre lo que le explicaste?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
8. ¿Respondes sus preguntas con paciencia y de forma comprensible?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
9. ¿Reconoces verbalmente las emociones que el paciente expresa?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
10. ¿Utilizas frases como “Es normal que te sientas así” para validar sus sentimientos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

Dimensión 2: Perspectiva biopsicosocial

11. ¿Preguntas al paciente cómo su enfermedad afecta sus emociones?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
12. ¿Exploras cómo se siente respecto a su estado de salud?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
13. ¿Preguntas al paciente si tiene apoyo familiar o social durante su tratamiento?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
14. ¿Indagas si su entorno contribuye o dificulta su recuperación?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
15. ¿Consideras las creencias religiosas o culturales del paciente al proponer tratamientos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
16. ¿Evitas juicios cuando el paciente comparte prácticas culturales relacionadas con su salud?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
17. ¿Ajustas el plan de atención según las necesidades personales del paciente?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

18. ¿Exploras alternativas cuando el paciente enfrenta barreras para seguir el tratamiento?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
19. ¿Motivas al paciente reconociendo sus esfuerzos por seguir las recomendaciones?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
20. ¿Ofreces palabras de ánimo cuando el paciente expresa sus preocupaciones?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

Dimensión 3: Responsabilidad compartida

21. ¿Explicas de manera clara las alternativas de tratamiento disponibles?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
22. ¿Preguntas al paciente si necesita más información antes de tomar una decisión?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
23. ¿Pides la opinión del paciente antes de definir el tratamiento?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
24. ¿Escuchas sus preocupaciones sobre las decisiones médicas propuestas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
25. ¿Invitas al paciente a participar activamente en las decisiones sobre su salud?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
26. ¿Refuerzas su capacidad para decidir sobre las opciones de tratamiento?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
27. ¿Aseguras que el paciente está de acuerdo con el plan de tratamiento?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
28. ¿Modificas las recomendaciones si el paciente expresa incomodidad?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
29. ¿Revisas con el paciente cómo se siente respecto a las decisiones tomadas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
30. ¿Evalúas con él si los objetivos del tratamiento se están cumpliendo?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

Dimensión 4: Alianza terapéutica

31. ¿Inicias la consulta con un saludo cálido y cercano?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
32. ¿Explicas el diagnóstico con transparencia, sin ocultar información?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
33. ¿Ofreces palabras de consuelo cuando el paciente muestra preocupación?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
34. ¿Reconoces cómo se siente el paciente cuando está ansioso o tiene miedo?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
35. ¿Asientes o muestras expresiones faciales que demuestren interés?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
36. ¿Ajustas tu tono de voz y lenguaje corporal al estado emocional del paciente?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
37. ¿Facilitas que el paciente participe en las discusiones sobre su salud?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
38. ¿Reconoces sus aportes cuando propone ideas o plantea inquietudes?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
39. ¿Agradeces al paciente por compartir información importante sobre su salud?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
40. ¿Reiteras al paciente que su opinión es esencial en el tratamiento?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

Dimensión 5: Médico como persona

41. ¿Demuestras sinceridad al abordar los problemas del paciente?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
42. ¿Proyectas interés genuino en sus preocupaciones?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
43. ¿Mantienes la calma cuando el paciente expresa emociones intensas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

44. ¿Controlas tu tono de voz en situaciones difíciles?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
45. ¿Usas gestos o contacto visual para transmitir empatía?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
46. ¿Te acercas físicamente al paciente cuando necesita consuelo?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
47. ¿Evitas distracciones mientras estás en consulta con el paciente?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
48. ¿Te enfocas exclusivamente en el paciente durante la interacción?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
49. ¿Ajustas tu actitud y tono según el estado emocional del paciente?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
50. ¿Respondes con paciencia ante reacciones inesperadas del paciente?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

SECCIÓN II: RESILIENCIA

SV1. Ecuanimidad

51. ¿Mantienes una actitud equilibrada frente a situaciones estresantes?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
52. ¿Evitas reacciones emocionales desproporcionadas ante la adversidad?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
53. ¿Demuestras estabilidad emocional durante situaciones difíciles?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
54. ¿Encuentras lecciones positivas en las experiencias adversas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
55. ¿Mantienes una actitud positiva en situaciones complejas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
56. ¿Afrontas los retos con serenidad?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

57. ¿Regulas las emociones para evitar el agotamiento?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
58. ¿Reflexionas sobre las situaciones para mantener una perspectiva equilibrada?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
59. ¿Desarrollas estrategias para enfrentar el estrés de manera efectiva?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
60. ¿Mantienes una actitud optimista pese a las adversidades?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

SV2. Perseverancia

61. ¿Sigues adelante a pesar de los contratiempos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
62. ¿Demuestras persistencia en alcanzar objetivos personales y profesionales?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
63. ¿Te enfrentas a los desafíos sin rendirte?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
64. ¿Ajustas estrategias para superar obstáculos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
65. ¿Mantienes el esfuerzo constante en condiciones difíciles?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
66. ¿Completras las tareas incluso cuando enfrentas dificultades?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
67. ¿Tomas medidas para alcanzar metas a largo plazo?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
68. ¿Mantienes una visión clara de los objetivos a pesar de las dificultades?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
69. ¿Te adaptas a las circunstancias mientras continúas con el esfuerzo?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
70. ¿No te dejas intimidar por las dificultades?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

SV3. Autoconfianza

71. ¿Te sientes capaz de afrontar situaciones complejas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
72. ¿Confías en tus habilidades para resolver problemas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
73. ¿Muestras seguridad en la toma de decisiones importantes?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
74. ¿Te apoyas en tus fortalezas personales para superar desafíos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
75. ¿Identificas tus virtudes y áreas de mejora de manera objetiva?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
76. ¿Respondes con seguridad a los retos profesionales?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
77. ¿Manejas la presión con confianza y autocontrol?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
78. ¿Demuestras independencia en la toma de decisiones?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
79. ¿Te recuperas rápidamente de los fracasos?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
80. ¿Abordas los problemas con una actitud proactiva?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

SV4. Satisfacción personal

81. ¿Evalúas tu vida de manera positiva?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
82. ¿Te sientes satisfecho con tus logros personales?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
83. ¿Experimentas bienestar interno al reflexionar sobre tu vida?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

84. ¿Reconoces el valor de tus contribuciones a la comunidad?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
85. ¿Mantienes una visión optimista sobre el futuro?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
86. ¿Encuentras satisfacción en los aspectos cotidianos de la vida?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
87. ¿Mantienes una actitud agradecida frente a los logros personales?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
88. ¿Experimentas una sensación de plenitud al alcanzar metas?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
89. ¿Sientes que tu vida tiene un propósito claro?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
90. ¿Evalúas positivamente tus relaciones interpersonales y laborales?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

SV5. Sentirse bien solo

91. ¿Disfrutas de la reflexión personal sin necesidad de compañía constante?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
92. ¿Encuentras satisfacción en momentos de soledad?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
93. ¿Desarrollas una identidad personal fuerte y estable?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
94. ¿Eres capaz de estar solo sin sentirte vulnerable?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
95. ¿Aprecias tu independencia emocional?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
96. ¿Usas la soledad como una oportunidad para el crecimiento personal?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
97. ¿Reflexionas sobre tu vida sin temor a la soledad?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

98. ¿Mantienes tu bienestar emocional a pesar de la falta de compañía?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
99. ¿Desarrollas un sentido profundo de autoconsciencia?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre
100. ¿Encuentras en la soledad una fuente de creatividad y reflexión profunda?
☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre

Anexo C: Carta de consentimiento informado

Estimado/a participante:

Me dirijo a usted en mi calidad de investigadora del estudio titulado Habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP. Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las habilidades de comunicación y la resiliencia en los médicos egresados.

De acuerdo con el Código de Ética de la American Psychological Association (APA, 2017) y los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, 2013), es mi compromiso garantizar que su información personal y las respuestas proporcionadas en el cuestionario sean tratadas con absoluta confidencialidad. En ese sentido, le informo lo siguiente:

1. Naturaleza de la participación: Su participación consiste en responder el cuestionario: Habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I. Este cuestionario recopila datos sobre sus experiencias y percepciones, que serán utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación.
2. Confidencialidad: Los datos recolectados serán anonimizados y codificados para evitar cualquier identificación personal. Ninguna información que permita identificarle será divulgada en el informe final ni en publicaciones relacionadas.
3. Voluntariedad: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin que esto implique consecuencias negativas para usted.
4. Protección de datos personales: Este estudio cumple con las normativas vigentes en protección de datos personales, asegurando que la información recolectada sea utilizada únicamente para los fines establecidos en este documento.
5. Uso de los resultados: Los resultados serán utilizados para el desarrollo de la tesis de investigación, que será presentada como requisito para la obtención de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Además, podrán ser difundidos en publicaciones académicas o eventos relacionados con los procesos sociales y la comunicación, respetando siempre los principios éticos antes mencionados.
6. Contacto: Si tiene alguna consulta o duda respecto a este estudio, puede comunicarse conmigo a través del siguiente correo electrónico: lefcart.29@gmail.com.

Por favor, firme a continuación si está de acuerdo en participar y autoriza el uso de la información proporcionada bajo los términos descritos:

Yo,....., declaro haber leído y comprendido los términos de esta carta de consentimiento informado. Asimismo, autorizo la utilización de la información proporcionada en el cuestionario de acuerdo con las condiciones antes

descritas.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo D: Validación de expertos

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: LA ROSA BOTONERO JOSE LUIS
- 1.2. Grado académico del informante: DOCTOR EN MEDICINA
- 1.3. Institución donde labora: UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
- 1.4. Título de la Investigación: Habilidades de comunicación y resiliencia en médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP
- 1.5. Tipo del Instrumento: Cuestionario
- 1.6. Autor del Instrumento: Lesly Fabiola Solís Osorio

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21- 40%	Buena 41- 60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje claro.					X
2.OBJETIVIDAD	Revela propiedades realmente existentes en los objetos materia de investigación.					X
3.ACTUALIDAD	Adecuado al Estado del arte.					X
4.ORGANIZACIÓN	Existe coherencia en el manejo de la información.					X
5.SUFICIENCIA	Relación de cantidad y calidad de la información.					X
6.INTENCIONALIDAD	La intención del investigador es la objetividad propia de la ciencia y de la técnica.					X
7.CONSISTENCIA	La estructura de la investigación es sólida y verificable.					X
8.COHERENCIA	Entre el problema, variables , categorías y subcategorías.					X
9.METODOLOGÍA	Es un conjunto formalizado de preguntas.					X
10. PERTINENCIA	Es oportuno, adecuado y conveniente al propósito de la investigación.					X

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado, y nuevamente validado.

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
				X

Lugar y fecha: 4 de noviembre, de 2024



JOSE LUIS LA ROSA BOTONERO

Firma del experto informante

DNI N°:
07932680

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: Busse Cárdenas, Peter
- 1.2. Grado académico del informante: PhD
- 1.3. Institución donde labora: Universidad de Lima
- 1.4. Título de la Investigación: Habilidades de comunicación y resiliencia de los egresados de la Facultad de Medicina Humana de la URP, 2024
- 1.5. Tipo del Instrumento: Cuestionario
- 1.6. Autor del Instrumento: Lesly Fabiola Solís Osorio

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje claro.				x	
2.OBJETIVIDAD	Revela propiedades realmente existentes en los objetos materia de investigación.				x	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al Estado del arte.				No puedo responder porque no conozco el estado de arte.	
4.ORGANIZACIÓN	Existe coherencia en el manejo de la información.					x
5.SUFICIENCIA	Relación de cantidad y calidad de la información.			x		
6.INTENCIONALIDAD	La intención del investigador es la objetividad propia de la ciencia y de la técnica.				x	
7.CONSISTENCIA	La estructura de la investigación es sólida y verificable.					x
8.COHERENCIA	Entre el problema, variables , categorías y subcategorías.					x
9.METODOLOGÍA	Es un conjunto formalizado de preguntas.				x	
10. PERTINENCIA	Es oportuno, adecuado y conveniente al propósito de la investigación.					x

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado, y nuevamente validado.

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
			X	

Lugar y fecha: Surco, 31.10.2024

PB

Firma del experto informante
DNI N°: 09858074

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante: CARLOS MANUEL DEL AGUILA VILLAR

1.2. Grado académico del informante: MAESTRO

1.3. Institución donde labora: UNFV

1.4. Título de la Investigación: Habilidades de comunicación y resiliencia en médicos
SERUMS 2024-I egresados de la URP

1.5. Tipo del Instrumento: Cuestionario

1.6. Autor del Instrumento: Lesly Fabiola Solís Osorio

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21- 40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.CLARIDAD	Está fomulado con lenquaie claro.					X
2.OBJETIVIDAD	Revela propiedades realmente existentes en los objetos materia de investigación.					X
3.ACTUALIDAD	Adecuado al Estado del arte.					X
4.ORGANIZACIÓN	Existe coherencia en el manejo de la información.					X
5.SUFICIENCIA	Relación de cantidad y calidad de la información.					X
6.INTENCIONALIDAD	La intención del investigador es la objetividad propia de la ciencia y de la técnica.					X
7.CONSISTENCIA	La estructura de la investigación es sólida y verificable.					X
8.COHERENCIA	Entre el problema, variables , categorías y subcategorías.					X
9.METODOLOGÍA	Es un conjunto formalizado de preguntas.				X	
10. PERTINENCIA	Es oportuno, adecuado y conveniente al propósito de la investigación.					X

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X...) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado, y nuevamente validado.

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
				X

Lugar y fecha: 8 de noviembre, de 2024



Firma del experto informante
DNI N°: 09166291

Anexo E: Caracterización de la muestra estudiada

Tabla 23

Edad de los médicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	24	2	1,9	1,9	1,9
	25	6	5,7	5,7	7,6
	26	24	22,9	22,9	30,5
	27	12	11,4	11,4	41,9
	28	14	13,3	13,3	55,2
	29	14	13,3	13,3	68,6
Válido	30	19	18,1	18,1	86,7
	31	1	1,0	1,0	87,6
	32	4	3,8	3,8	91,4
	33	5	4,8	4,8	96,2
	34	2	1,9	1,9	98,1
	35	2	1,9	1,9	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

La Tabla 23 presenta la distribución etaria de los médicos serumistas que conforman la muestra estudiada. Este análisis se enmarca en la caracterización de los participantes y busca comprender su perfil demográfico como variable relevante en el diseño de la investigación.

La muestra está constituida por un total de 105 médicos serumistas, cuyas edades oscilan entre los 24 y los 35 años. Las categorías de edad están distribuidas en intervalos unitarios, acompañadas de cuatro indicadores clave: la frecuencia absoluta, el porcentaje relativo, el porcentaje válido y el porcentaje acumulado.

Se observa que la mayor concentración de participantes corresponde a los 26 años, con una frecuencia de 24 médicos serumistas, lo que representa el 22.9% del total de la

muestra. Le siguen las edades de 30 años (19 médicos serumistas, 18.1%) y 28 años (14 médicos serumistas, 13.3%), que, en conjunto, abarcan más de la mitad de la población estudiada. En contraste, las edades menos representadas son los 24, 31, 34 y 35 años, con solo 2 médicos serumistas por categoría, cada una equivalente al 1.9% de la muestra.

El análisis del porcentaje acumulado revela que el 50% de los médicos serumistas tienen 28 años o menos, mientras que el 87% tienen 30 años o menos, lo que sugiere una predominancia de participantes jóvenes dentro de la población analizada.

La preponderancia de edades entre los 26 y 30 años, que incluye al 75% de la muestra, refleja un perfil profesional en etapas iniciales o intermedias de desarrollo. Esto podría explicarse por las características del contexto en el que se desarrolla la investigación, donde programas como SERUMS suelen estar destinados a profesionales jóvenes que buscan consolidar su experiencia laboral.

Este rango etario tiene implicaciones significativas para el análisis. Por un lado, puede asociarse con un nivel de motivación y apertura a la innovación, características comunes en profesionales que están en los primeros años de su carrera. Por otro lado, podría implicar una menor experiencia acumulada en el manejo de desafíos interculturales y comunicativos, aspectos clave en el desempeño médico en entornos rurales o comunitarios.

Los hallazgos son consistentes con estudios internacionales sobre médicos en contextos similares. Por ejemplo, investigaciones realizadas en América Latina indican que los programas de servicio médico rural tienden a estar integrados mayoritariamente por profesionales de entre 25 y 30 años (Bendezu-Quispe et al., 2020; Nuñez, 2022). En estos contextos, los médicos jóvenes enfrentan retos significativos relacionados con la adaptación a entornos comunitarios, especialmente en áreas de comunicación empática e intercultural.

La predominancia de médicos jóvenes en la muestra subraya la necesidad de fortalecer programas de formación en habilidades comunicativas y resiliencia durante los años finales de la educación médica. Esto es particularmente relevante en contextos rurales, donde la interacción con poblaciones diversas exige competencias avanzadas en comunicación centrada en la persona, como lo propone el modelo adaptado por Humeres (2022) basado en Mead y Bower (2000).

En conclusión, la caracterización etaria de la muestra aporta una base sólida para interpretar los resultados de la investigación en un contexto aplicable y prospectivo. Este análisis no solo describe a los participantes, sino que también abre líneas de reflexión para diseñar estrategias de formación que atiendan las demandas específicas de la población médica joven.

Tabla 24

Sexo de los médicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	52	49,5	49,5	49,5
	Masculino	53	50,5	50,5	100,0
Total		105	100,0	100,0	

La Tabla 24 presenta la distribución por sexo de los médicos que conforman la muestra estudiada, con el objetivo de identificar el balance de género en el grupo analizado. Este análisis permite comprender la representatividad de hombres y mujeres en el contexto de la investigación, así como su posible implicancia en los resultados observados.

La muestra está integrada por un total de 105 médicos, de los cuales 52 son mujeres, lo que representa el 49.5% del total, y 53 son hombres, equivalente al 50.5% de la muestra. Estas proporciones reflejan una distribución equilibrada entre ambos géneros, donde la diferencia es marginal y carece de significancia estadística relevante.

El porcentaje acumulado muestra que el 49.5% de la población está constituida por mujeres, alcanzando el 100% al incluir la participación masculina. Esto evidencia una composición demográfica paritaria, con una ligera mayoría de hombres en comparación con mujeres.

El equilibrio en la proporción de género en la muestra sugiere que la distribución por sexo no presenta sesgos significativos y, por lo tanto, no se espera que influya de manera determinante en las variables estudiadas. Sin embargo, esta representatividad equitativa cobra relevancia al considerar la perspectiva de género en la práctica médica.

Diversos estudios han destacado las diferencias en estilos de comunicación, enfoques clínicos y estrategias de resolución de problemas entre médicos y médicas. Según Wukitsch (2024), las médicas en pediatría académica resaltan la importancia de adaptar sus interacciones para validar las emociones de sus pacientes y familias, lo que fomenta una relación de confianza y compromiso mutuo. Por otro lado, los médicos suelen adoptar un estilo más directo y orientado a la resolución rápida de problemas, enfatizando datos clínicos y procedimientos específicos.

La paridad de género observada en esta muestra subraya la importancia de diseñar intervenciones formativas que consideren las necesidades específicas de ambos géneros, promoviendo un enfoque integral que potencie tanto las habilidades comunicativas como las técnicas. Esto resulta particularmente pertinente en contextos donde la atención médica debe ser adaptada a la diversidad cultural y social de las comunidades atendidas.

El análisis de la distribución por sexo de los médicos en la muestra permite concluir que se trata de una población equitativa en términos de género, lo que garantiza una representatividad balanceada en los resultados de esta investigación. Este equilibrio no solo fortalece la validez del estudio, sino que también proporciona una base para explorar cómo las características de género pueden influir en las dinámicas de comunicación y resiliencia profesional, aspectos fundamentales para mejorar la atención de salud en contextos diversos.

Tabla 25

Región donde realiza el SERUMS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amazonas	4	3,8	3,8	3,8
	Ancash	5	4,8	4,8	8,6
	Apurímac	6	5,7	5,7	14,3
	Arequipa	6	5,7	5,7	20,0
	Ayacucho	6	5,7	5,7	25,7
	Cajamarca	4	3,8	3,8	29,5
	Cusco	3	2,9	2,9	32,4
	Huancavelica	5	4,8	4,8	37,1
	Huánuco	6	5,7	5,7	42,9
	Ica	4	3,8	3,8	46,7
	Junín	3	2,9	2,9	49,5
	La Libertad	5	4,8	4,8	54,3
	Lambayeque	4	3,8	3,8	58,1
	Loreto	5	4,8	4,8	62,9
	Madre de Dios	3	2,9	2,9	65,7
	Moquegua	3	2,9	2,9	68,6
	Pasco	4	3,8	3,8	72,4

Piura	7	6,7	6,7	79,0
Puno	6	5,7	5,7	84,8
San Martín	6	5,7	5,7	90,5
Tacna	3	2,9	2,9	93,3
Tumbes	5	4,8	4,8	98,1
Ucayali	2	1,9	1,9	100,0
Total	105	100,0	100,0	

La tabla 25 detalla la distribución geográfica de los médicos SERUMS 2024-I egresados de la URP en distintas regiones del Perú. Los datos reflejan una dispersión uniforme en varias áreas, destacando regiones como Piura (6,7%), Ayacucho, Arequipa y San Martín, cada una con un 5,7% de representación. Estas cifras indican una amplia cobertura del SERUMS en regiones con características diversas, lo que permite evaluar cómo las particularidades culturales y socioeconómicas locales impactan en las habilidades de comunicación y la resiliencia de los médicos. Además, la diversidad geográfica también resalta la necesidad de enfoques personalizados en la formación médica, especialmente en contextos rurales o marginados.

Tabla 26

Provincia donde realiza el SERUM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abancay	2	1,9	1,9	1,9
	Acobamba	1	1,0	1,0	2,9
	Acomayo	1	1,0	1,0	3,8
	Alto Amazonas	2	1,9	1,9	5,7
	Ambo	1	1,0	1,0	6,7
	Andahuaylas	2	1,9	1,9	8,6
	Antonio Raymondi	1	1,0	1,0	9,5
	Arequipa	1	1,0	1,0	10,5
	Ascope	1	1,0	1,0	11,4
	Atalaya	1	1,0	1,0	12,4

Ayabaca	1	1,0	1,0	13,3
Azangaro	2	1,9	1,9	15,2
Bagua	1	1,0	1,0	16,2
Cajabamba	1	1,0	1,0	17,1
Camana	1	1,0	1,0	18,1
Canas	1	1,0	1,0	19,0
Candarave	1	1,0	1,0	20,0
Caravelí	1	1,0	1,0	21,0
Castilla	2	1,9	1,9	22,9
Caylloma	1	1,0	1,0	23,8
Chanchamayo	1	1,0	1,0	24,8
Chepen	1	1,0	1,0	25,7
Chiclayo	1	1,0	1,0	26,7
Chincha	2	1,9	1,9	28,6
Chincheros	1	1,0	1,0	29,5
Chupaca	1	1,0	1,0	30,5
Contralmirante Villar	2	1,9	1,9	32,4
Coronel Portillo	1	1,0	1,0	33,3
Cutervo	2	1,9	1,9	35,2
Daniel Alcides Carrión	1	1,0	1,0	36,2
El Collao	1	1,0	1,0	37,1
General Sánchez Cerro	2	1,9	1,9	39,0
Grau	1	1,0	1,0	40,0
Huallaga	1	1,0	1,0	41,0
Huamalies	1	1,0	1,0	41,9
Huamanga	3	2,9	2,9	44,8
Huancabamba	1	1,0	1,0	45,7
Huancavelica	1	1,0	1,0	46,7
Huanta	1	1,0	1,0	47,6
Huánuco	4	3,8	3,8	51,4
Huaylas	1	1,0	1,0	52,4
Huaytara	1	1,0	1,0	53,3
Ica	2	1,9	1,9	55,2
Julcan	1	1,0	1,0	56,2
Junín	1	1,0	1,0	57,1

La Convención	1	1,0	1,0	58,1
Lambayeque	3	2,9	2,9	61,0
Lampa	1	1,0	1,0	61,9
Loreto	1	1,0	1,0	62,9
Lucanas	1	1,0	1,0	63,8
Luya	1	1,0	1,0	64,8
Manu	1	1,0	1,0	65,7
Maynas	1	1,0	1,0	66,7
Melgar	1	1,0	1,0	67,6
Morropón	2	1,9	1,9	69,5
Ocros	1	1,0	1,0	70,5
Oxapampa	3	2,9	2,9	73,3
Paita	2	1,9	1,9	75,2
Pallasca	1	1,0	1,0	76,2
Piura	1	1,0	1,0	77,1
Ramón Castilla	1	1,0	1,0	78,1
Rioja	2	1,9	1,9	80,0
Rodríguez de Mendoza	1	1,0	1,0	81,0
San Ignacio	1	1,0	1,0	81,9
San Martín	2	1,9	1,9	83,8
Sánchez	1	1,0	1,0	84,8
Sandia	1	1,0	1,0	85,7
Santiago de Chuco	2	1,9	1,9	87,6
Sara Sara	1	1,0	1,0	88,6
Sihuas	1	1,0	1,0	89,5
Tahuamanu	1	1,0	1,0	90,5
Tajacaya	1	1,0	1,0	91,4
Tambopata	1	1,0	1,0	92,4
Tarata	2	1,9	1,9	94,3
Tayacaja	1	1,0	1,0	95,2
Tocache	1	1,0	1,0	96,2
Tumbes	2	1,9	1,9	98,1
Utcubamba	1	1,0	1,0	99,0
Zarumilla	1	1,0	1,0	100,0
Total	105	100,0	100,0	

La tabla 26 profundiza en el desglose provincial, proporcionando un análisis más

granular de la distribución geográfica. Se indican valores acumulativos específicos para algunas provincias como: Huánuco, Huamanga, Oxapampa, Lambayeque, Santiago de Chuco, Tarata, Cutervo, Contralmirante Villar, Abancay, Alto Amazonas, Andahuaylas, Azángaro, Castilla, Chíncha, General Sánchez Cerro, Ica, Morropón, Paita, Rioja, San Martín y Tumbes. La heterogeneidad en la distribución refleja la necesidad de habilidades de comunicación adaptables a contextos multiculturales y la resiliencia para afrontar las adversidades propias de zonas rurales.

Tabla 27

Distrito donde realiza el Serums

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abancay	2	1,9	1,9	1,9
	Acomayo	1	1,0	1,0	2,9
	Acraquia	1	1,0	1,0	3,8
	Yanacancha	1	1,0	1,0	4,8
	Alto Laran	1	1,0	1,0	5,7
	Alto Nanay	1	1,0	1,0	6,7
	Amarilis	1	1,0	1,0	7,6
	Anco Huallo	1	1,0	1,0	8,6
	Andabamba	1	1,0	1,0	9,5
	Andahuaylas	1	1,0	1,0	10,5
	Andrés Avelino Cáceres	1	1,0	1,0	11,4
	Aplao	1	1,0	1,0	12,4
	Awajun	1	1,0	1,0	13,3
	Bagua Grande	1	1,0	1,0	14,3

Balsapuerto	1	1,0	1,0	15,2
Bolognesi	1	1,0	1,0	16,2
Cairani	1	1,0	1,0	17,1
Cajamarca	1	1,0	1,0	18,1
Calleria	1	1,0	1,0	19,0
Caminaca	1	1,0	1,0	20,0
Caravelí	1	1,0	1,0	21,0
Carhuamayo	1	1,0	1,0	21,9
Cashapampa	1	1,0	1,0	22,9
Casitas	1	1,0	1,0	23,8
Chepen	1	1,0	1,0	24,8
Chipurana	1	1,0	1,0	25,7
Chocope	1	1,0	1,0	26,7
Chongoyape	1	1,0	1,0	27,6
Chuca	1	1,0	1,0	28,6
Chulucanas	2	1,9	1,9	30,5
Condebamba	1	1,0	1,0	31,4
Constitución	1	1,0	1,0	32,4
Cutervo	1	1,0	1,0	33,3
El Porvenir	1	1,0	1,0	34,3
Huácar	1	1,0	1,0	35,2
Huanta	1	1,0	1,0	36,2
Huánuco	1	1,0	1,0	37,1
Huarmaca	1	1,0	1,0	38,1

Huaso	1	1,0	1,0	39,0
Iberia	1	1,0	1,0	40,0
Ichuña	1	1,0	1,0	41,0
Ilave	1	1,0	1,0	41,9
Imaza	1	1,0	1,0	42,9
Inambari	1	1,0	1,0	43,8
Izcuchaca	1	1,0	1,0	44,8
La Coipa	1	1,0	1,0	45,7
Lagunas	1	1,0	1,0	46,7
Limbani	1	1,0	1,0	47,6
Lloque	1	1,0	1,0	48,6
Madre de Dios	1	1,0	1,0	49,5
Mamara	1	1,0	1,0	50,5
Marcabamba	1	1,0	1,0	51,4
Mariano Nicolas Valcarcel	1	1,0	1,0	52,4
Mollepata	1	1,0	1,0	53,3
Monzón	1	1,0	1,0	54,3
Morrope	1	1,0	1,0	55,2
Nauta	1	1,0	1,0	56,2
Nicasio	1	1,0	1,0	57,1
Nuñoa	1	1,0	1,0	58,1
Ocuaje	1	1,0	1,0	59,0
Olmos	1	1,0	1,0	60,0
Omia	1	1,0	1,0	61,0

Pacobamba	1	1,0	1,0	61,9
Paita	2	1,9	1,9	63,8
Pampas	1	1,0	1,0	64,8
Papayal	1	1,0	1,0	65,7
Pichari	1	1,0	1,0	66,7
Pilpichaca	1	1,0	1,0	67,6
Pueblo Nuevo	1	1,0	1,0	68,6
Puerto Bermudez	2	1,9	1,9	70,5
Quequeña	1	1,0	1,0	71,4
Querocotillo	1	1,0	1,0	72,4
Quinistaquilla s	1	1,0	1,0	73,3
Quinoa	1	1,0	1,0	74,3
Rajan	1	1,0	1,0	75,2
Ramon Castilla	1	1,0	1,0	76,2
Rontoy	1	1,0	1,0	77,1
Sacanche	1	1,0	1,0	78,1
Salas-Guadalupe	1	1,0	1,0	79,0
Salas	1	1,0	1,0	80,0
San Jacinto	1	1,0	1,0	81,0
San Jose	1	1,0	1,0	81,9
San Juan de la Virgen	1	1,0	1,0	82,9
San Rafael	1	1,0	1,0	83,8
Sancos	1	1,0	1,0	84,8
Santo Toribio	1	1,0	1,0	85,7

Sitabamba	1	1,0	1,0	86,7
Subtanjalla	1	1,0	1,0	87,6
Suyos	1	1,0	1,0	88,6
Tambillo	1	1,0	1,0	89,5
Tambo Grande	1	1,0	1,0	90,5
Tarata	1	1,0	1,0	91,4
Ticaco	1	1,0	1,0	92,4
Tingo	1	1,0	1,0	93,3
Uchiza	1	1,0	1,0	94,3
Uraca	1	1,0	1,0	95,2
Valle	1	1,0	1,0	96,2
Vitoc	1	1,0	1,0	97,1
Yanahuanca	1	1,0	1,0	98,1
Yanaoca	1	1,0	1,0	99,0
Yurua	1	1,0	1,0	100,0
Total	105	100,0	100,0	

En el nivel distrital, los datos confirman una mayor dispersión, con una representación amplia de distritos. Esto evidencia la capacidad del SERUMS para cubrir áreas rurales y urbanas, ofreciendo una visión integral del impacto que el entorno local tiene en las experiencias profesionales de los médicos. Al analizar estas distribuciones, se pueden identificar patrones que relacionen la resiliencia y las habilidades comunicativas con las condiciones específicas de cada distrito.

El desglose regional, provincial y distrital presentado en las tablas 25,26 y 27 subraya la importancia de un enfoque adaptable en la formación médica, que considere

las características locales. Los resultados reflejan cómo la variabilidad en el entorno geográfico influye en las competencias profesionales, particularmente en las habilidades de comunicación y la resiliencia. Este análisis, en el contexto de la investigación, aporta datos relevantes para diseñar estrategias formativas dirigidas a médicos que trabajan en áreas con alta heterogeneidad cultural y socioeconómica.

Tabla 28

Nivel de complejidad del Establecimiento de Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	I-1	15	14,3	14,3	14,3
	I-2	63	60,0	60,0	74,3
	I-3	26	24,8	24,8	99,0
	I-4	1	1,0	1,0	100,0
	Total	105	100,0	100,0	

La tabla 28 proporciona datos sobre el nivel de complejidad de los establecimientos de salud en función de la frecuencia, el porcentaje, el porcentaje válido y el porcentaje acumulado. Los niveles de complejidad se clasifican en cuatro categorías, de I-1 a I-4, y se basan en las características y capacidades de atención de los establecimientos de salud.

Nivel I-1: Representa el 14.3% del total de los establecimientos analizados, con 15 casos registrados. Estos establecimientos suelen ser de baja complejidad, con servicios limitados y un enfoque en atención primaria básica.

Nivel I-2: Constituye la mayoría, con un 60% del total (63 casos). Este nivel indica

una mayor capacidad en comparación con el nivel I-1, generalmente ofreciendo servicios ampliados dentro del primer nivel de atención.

Nivel I-3: Abarca un 24.8% del total (26 casos). Representa un nivel de complejidad intermedia, con recursos y servicios más avanzados que los niveles previos.

Nivel I-4: Solo 1 caso (0.9%) corresponde a este nivel, el cual es el más alto dentro de la categoría de establecimientos de primer nivel, con una capacidad significativamente superior.

Los niveles de complejidad (I-1, I-2, I-3, y I-4) reflejan distintos grados de exigencia clínica y organizacional. Esto es relevante para la investigación porque los médicos SERUMS que laboran en establecimientos de mayor complejidad (I-3 e I-4) pueden enfrentar escenarios clínicos más desafiantes que demandan habilidades de comunicación avanzada para manejar equipos interdisciplinarios y pacientes con patologías complejas.

Además, aquellos que trabajan en niveles de menor complejidad (I-1 e I-2) suelen enfrentar limitaciones de recursos y situaciones de aislamiento geográfico, lo cual puede poner a prueba su capacidad de resiliencia al responder a adversidades y mantener un enfoque profesional ante estas carencias. En esa misma línea, la distribución de médicos en estos diferentes niveles de complejidad permite evaluar cómo el entorno laboral afecta la transferencia de habilidades adquiridas durante su formación en la URP, ajustándose a necesidades comunicativas y emocionales específicas de cada contexto.

En síntesis, los datos presentados en la tabla son fundamentales para analizar cómo los médicos SERUMS enfrentan los retos del entorno laboral en función de su complejidad, destacando la importancia de las habilidades de comunicación y resiliencia como competencias críticas para el éxito en estos escenarios.

Tabla 29*Prueba para una muestra*

Valor de prueba = 0						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Ponderación total de habilidades de comunicación	141,382	104	,000	2,95238	2,9110	2,9938
Ponderación total de resiliencia	89,055	104	,000	2,87619	2,8121	2,9402

Análisis de la prueba para una muestra única sobre las habilidades de comunicación y resiliencia

Con el propósito de evaluar la ponderación total de las habilidades de comunicación y la resiliencia en la muestra analizada, se aplicó una prueba para una muestra única con un valor de prueba igual a cero. Los resultados obtenidos evidencian una alta significancia estadística en ambas dimensiones, lo cual respalda la existencia de diferencias sustanciales respecto al valor de prueba.

En primer lugar, respecto a la ponderación total de las habilidades de comunicación, se obtuvo un valor $t = 141,382$, con 104 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia bilateral de $p < 0.001$. Estos resultados indican que las puntuaciones obtenidas son significativamente distintas de cero. Además, la diferencia de medias fue de 2,95238, con un intervalo de confianza del 95 % que oscila entre 2,9110 (límite inferior) y 2,9938 (límite superior). Este intervalo estrecho refleja la precisión de la estimación y la consistencia de los datos.

Por otro lado, en lo que respecta a la ponderación total de la resiliencia, los resultados también reflejan una significancia estadística notable, con un valor $t = 89,055$, 104 grados de libertad (gl) y $p < 0.001$. La diferencia de medias obtenida fue de 2,87619, con un intervalo de confianza del 95 % comprendido entre 2,8121 (límite inferior) y 2,9402 (límite superior). Este resultado refuerza la relevancia de la resiliencia como variable clave en el análisis.

En síntesis, los hallazgos obtenidos en ambas dimensiones confirman su importancia dentro del marco del estudio, destacando la robustez de los datos y la relevancia de los indicadores considerados. La significancia estadística observada refuerza la pertinencia de incluir tanto las habilidades de comunicación como la resiliencia como variables fundamentales para comprender el objeto de estudio en su contexto específico.