



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente

Philippa Moore<sup>a,b,\*</sup>, Gricelda Gómez<sup>a,c,e</sup> y Suzanne Kurtz<sup>d,f</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Comunicación y Relación en Atención en Salud (CREAS), Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile (PUC), Chile

<sup>b</sup> Departamento de Medicina Familiar, P. Universidad Católica de Chile, Chile

<sup>c</sup> Centro de Educación Médica, P. Universidad Católica de Chile, Chile

<sup>d</sup> Washington State University, EE.UU

<sup>e</sup> Magister en Salud y Humanización, Instructor, Escuela de Medicina PUC

<sup>f</sup> PhD, Clinical Professor, Director of Clinical Communication

Recibido el 12 de febrero de 2010; aceptado el 18 de julio de 2011

Disponible en Internet el 12 de noviembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Comunicación;  
Relación  
médico-paciente;  
Educación médica

### KEYWORDS

Communication;  
Physician-Patient  
Relation;  
Education medical

**Resumen** Las habilidades comunicacionales son parte del quehacer de un buen médico. Existe evidencia consistente que permite apoyar la docencia de comunicación efectiva en medicina.

Este artículo describe cómo la comunicación médico-paciente se diferencia de otras competencias en medicina y el desarrollo de la docencia en comunicación en una escuela de medicina en Chile.

Se describen las premisas necesarias de considerar en la planificación de la docencia en comunicación en el pregrado y cómo estas incidieron en el desarrollo de la docencia de las habilidades comunicacionales en nuestro currículo de pregrado.

Los programas de educación médica debieran incluir en todo nivel curricular, la enseñanza de la comunicación médico-paciente. Al diseñar la malla curricular es importante considerar cómo se aprenden las habilidades comunicacionales y utilizar diversas formas de observación de la entrevista médico-paciente para facilitar el aprendizaje.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different

**Abstract** Effective communication skills form part of being a good doctor. Today there is solid evidence to support the teaching of effective communication skills in all medical schools.

This article describes how communication is different from the other skills that medical students and residents need to learn, how this affects teaching and learning, and the application of these ideas in a Chilean medical school.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [moore@med.puc.cl](mailto:moore@med.puc.cl) (P. Moore).

We describe the premises that need to be taken into consideration when planning teaching communication in medicine and illustrate how these affected the development of our teaching of communication in our undergraduate curriculum.

All medical education programmes should include formal teaching on the doctor-patient relationship, but must take into consideration the aspects of communication teaching that make it different from teaching other aspects of medicine.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

En los años 70, las competencias clínicas básicas de un médico incluían solamente tres elementos: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos (*problem-solving skills*). Las habilidades comunicacionales estaban ausentes de esta lista. La mayoría de los médicos consideraban que la comunicación era una habilidad innata, propia del profesional, que no se podía aprender y, por lo tanto, no requería enseñanza. Los primeros intentos de introducir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular de las escuelas de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos<sup>1</sup>.

Mucho ha cambiado desde entonces. En 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) ya dio un giro a lo que se venía enseñando hasta ese momento, publicando un informe especial sobre comunicación médico-paciente, en el cual concluyó que toda escuela de medicina debería realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes<sup>2</sup>. Los informes más recientes, elaborados por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de los Estados Unidos, exigen que las escuelas de medicina, para ser acreditadas, enseñen las habilidades comunicacionales de manera formal y sujeta a evaluación tanto en sus programas de pregrado como de posgrado<sup>3,4</sup>. Actualmente, la comunicación efectiva es considerada como una de las competencias básicas de la educación médica<sup>5,6</sup>.

Dos fueron los principales factores responsables de que la actitud y la práctica hayan dado tal giro. El primero fue el crecimiento exponencial de la evidencia que da cuenta de la eficacia de la comunicación en medicina y el apoyo que han otorgado dichos resultados en la práctica. Aunque ya se contaba con evidencias sustantivas desde hace unos 40 años, la mayoría de los estudios datan de las últimas 2 décadas y han configurado una sólida base de evidencia científica, gracias a la cual se han determinado las habilidades indispensables para una comunicación efectiva y se ha establecido de manera fehaciente que pueden ser enseñadas y por lo tanto aprendidas<sup>7</sup>. El segundo factor fue la aparición de métodos que facilitan la observación de las entrevistas médicas: la filmación, la utilización del espejo unidireccional y el uso de pacientes simulados en la docencia. Estos métodos han permitido mejorar tanto la investigación como la enseñanza y la evaluación en esta área.

Así, actualmente la mayoría de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Europa incluyen dentro de la formación de pregrado un entrenamiento formal de las habilidades de comunicación de sus estudiantes<sup>7,8</sup>, a cargo de profesores que son, muchas veces, médicos familiares<sup>9</sup>. Poco se ha publicado en el mundo de habla hispana sobre la enseñanza de la comunicación médico-paciente durante los estudios

de pregrado. En España, por ejemplo, la dimensión comunicacional de la profesión médica no ha sido implantada por las universidades como un área integral del currículo<sup>10</sup>. En efecto, el desarrollo de la docencia ha sido focalizado a un nivel de posgrado<sup>9</sup> a través de asignaturas optativas o de libre elección<sup>11</sup>. En otros países hispano-parlantes, a pesar de que tanto los docentes como los estudiantes han demostrado interés por la comunicación médico-paciente, poco se ha visto reflejado en el currículo<sup>12-14</sup>. Las universidades chilenas empezaron a interesarse en la enseñanza de la comunicación en medicina relativamente tarde, en los años 1990<sup>15</sup>. Es así como la enseñanza formal de las habilidades comunicacionales fue incorporada a la malla curricular de pregrado por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 1996 y por la Universidad de Chile en el año 2000.

El desarrollo incipiente en el mundo hispano-parlante de docencia de comunicación en el pregrado hace prioritario reflexionar acerca de cuál es la forma más efectiva de enseñar la relación médico-paciente en nuestro medio. En este artículo se presentará, en primer lugar, las particularidades de la enseñanza de comunicación en medicina que hacen que su aprendizaje sea diferente al de otras áreas del currículo. Más adelante se presentará nuestra experiencia de 15 años como docentes de pregrado en el aprendizaje de habilidades comunicacionales y el aprendizaje formal en comunicación en el currículo actual de pregrado, dando cuenta de lecciones aprendidas y nuestros desafíos para el futuro.

## Las particularidades de la enseñanza de comunicación en medicina que hacen que su aprendizaje sea diferente

La [tabla 1](#) resume estas premisas.

### La competencia comunicacional se diferencia de las otras competencias en medicina

Desde el primer día del currículo del estudiante de medicina, el aprendizaje de la comunicación presenta diferencias con otras competencias médicas. A diferencia de lo que ocurre con la anamnesis o el examen físico, por ejemplo, donde los estudiantes de primer año comienzan de cero o de un nivel de competencias muy básico, la comunicación la vienen practicando por años, se puede decir desde que nacieron, y, por lo tanto, ya tienen «algún grado» de destreza. El factor motivador de estar aprendiendo algo completamente nuevo parece estar menos presente en el área de comunicación y

**Tabla 1** Algunas particularidades del aprendizaje sobre la comunicación en medicina

La comunicación es una competencia clínica básica
La comunicación en medicina se diferencia de las otras competencias en cuanto:
La novedad como motivador de aprendizaje: comunicación es algo que el estudiante ha practicado desde el momento de nacer. El aprendizaje no comienza de cero, sino de diferentes niveles en diferentes estudiantes
Las habilidades comunicacionales aprendidas en su vida antes de entrar a la escuela de medicina requieren adaptación para la relación médico-paciente
Aprender sobre comunicación está más relacionado al concepto de sí mismo del estudiante y de su autoestima que otras competencias
El nivel alcanzable es infinito: no se llega a ser «experto» en comunicación, nadie podrá decir <i>lo sé todo</i>
La comunicación en medicina es una serie de habilidades aprendidas
No es un rasgo de personalidad
Todos pueden aprender
Requiere una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia
La sola experiencia suele ser una mala profesora
Requiere una enseñanza teórico-práctica, didáctico-experiencial
El conocimiento de las habilidades no se traduce directamente en ejecución o acción
El reflexionar mediante una retroalimentación específica sobre su conducta observable permite al estudiante darse cuenta, reconocer y mejorar su competencia relacional

es, tal vez, una de las razones por la que los estudiantes no se entregan de igual manera a la práctica de habilidades de comunicación que al aprendizaje, por ejemplo, sobre cómo palpar un hígado. Es por esto que la forma como los estudiantes se han relacionado por tantos años antes de entrar a la escuela debe ser observada, analizada, reconocida y, probablemente, requerirá de una adaptación a esta novedad: la relación médico-paciente.

Comparada con el aprendizaje de otras materias en medicina, no existe un techo de aprendizaje en comunicación, una meta por lograr. No se llega a ser «experto» en comunicación, nadie podría decir *lo sé todo*, de manera que después se trate simplemente de mantener el manejo de las habilidades. No hay recetas rápidas para mejorar la relación médico-paciente. Comunicar a un nivel de competencia profesional envuelve un conjunto de habilidades complejas e interrelacionadas y aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas es una tarea de toda una vida.

La comunicación está relacionada al concepto de sí mismo y a la autoestima. Las personas perciben la forma en que se comunican como una parte de cómo son, de cuánto se valoran a sí mismos. La enseñanza sobre comunicación puede presentar una amenaza a la propia intimidad del estudiante y hace aún más importante la necesidad de crear un ambiente de aprendizaje que favorezca un clima de confianza.

## La comunicación efectiva es una habilidad aprendida más que un rasgo de personalidad

La comunicación efectiva en medicina es una serie de habilidades aprendidas o, como algunos dicen, un conjunto de procedimientos que tienen como fin mejorar el cuidado del paciente. Para ser «efectiva» el médico debe centrarse en habilidades específicas y no solo en una vaga noción de cómo mejorar la comunicación en general. Aprender a comunicar/comunicarse efectivamente es tal vez como aprender a jugar tenis profesionalmente. Para llegar a ser un profesional del tenis es necesario centrarse en diversas habilidades y estrategias y no solo en el juego en general. Así como las habilidades atléticas se deben practicar permanente y conscientemente, las habilidades comunicacionales en medicina se pueden atrofiar si no se tiene conciencia de ellas y no se practican.

Esto no quiere decir que la personalidad esté desconectada de todo el resto. La actitud y el deseo de aprender influirán en el aprendizaje y la personalidad puede gravitar en ambos factores. Cuando se refiere a comunicación, se puede decir que cualquier persona que quiera aprender puede hacerlo, siempre y cuando las dificultades que presente no sean el resultado de problemas psiquiátricos previos. Aun los aprendices que inicialmente presentan actitudes negativas o se muestran a la defensiva pueden lograr comunicar de manera más efectiva si tienen la ayuda apropiada y si se han puesto en la disposición de querer hacerlo. Cabe decir que llevarlos a dicha disposición no es tan difícil como parece.

## La sola experiencia *no* hace a un buen docente

La experiencia por sí sola puede ser un mal profesor en comunicación. Aun cuando es una excelente reforzadora de los hábitos, la experiencia tiende a no discriminar entre los buenos y los malos hábitos. Muchas competencias en medicina se aprenden mejor por modelaje. Sin embargo, varios estudios han demostrado que, sin intervención explícita, las habilidades comunicacionales de los estudiantes de medicina empeoran a lo largo del currículo<sup>16,17</sup>. El modelaje en comunicación tiene algunas dificultades en la medicina de hoy. Los docentes clínicos generalmente no distinguen entre la atención al paciente y la enseñanza de cómo resolver los problemas médicos al lado de su cama. Aunque quienes están aprendiendo creen que están observando el modelo de atención al paciente de sus docentes en el mundo «real», en realidad, lo que a menudo están observando en la sala corresponde al proceso de diagnosticar y al ejercicio de su competencia de resolución de problemas. Los estudiantes suelen percibir únicamente parcialidades de la relación médico-paciente, logrando rara vez observar, y mucho menos discutir, el espectro completo de las habilidades de comunicación que están implícitas al establecer un vínculo con el paciente o al mantener la relación a lo largo del tiempo. Desafortunadamente, los estudiantes comienzan percibiendo que la comunicación efectiva es simplemente «resolver el problema». Lo dicho anteriormente no significa que una atención óptima al paciente otorgada con una comunicación ejemplar no ocurra. Sin embargo, estudios indican que cuando los docentes utilizan habilidades de

comunicación, a menudo los estudiantes no están presentes para verlos y los docentes no saben poner nombre a lo que están haciendo<sup>18-20</sup>. Como consecuencia, los estudiantes no son capaces de reconocer ni de identificar las habilidades de comunicación que el docente utiliza.

### Requiere de enseñanza formal, didáctico-experiencial

El aprendizaje de comunicación efectiva requiere una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia. Se considera que 5 elementos serán necesarios en ésta: definición y delineamiento sistemático de las habilidades; observación de los estudiantes ejecutando su habilidades; *feedback* o retroalimentación; práctica o ensayo de las habilidades; evaluación<sup>21</sup>.

La definición y delineamiento sistemático de las habilidades que serán aprendidas es una parte muy importante para «rayar la cancha» (fijar límites) a los estudiantes. Existen variadas guías que presentan las habilidades efectivas ordenadas en formatos fáciles de «digerir» y que han sido validados en estudios psicométricos<sup>22-24</sup>. Sin embargo, el conocimiento por sí mismo no se traduce directamente en hechos, se pueden leer muchos libros sobre tenis y las habilidades mejorarán muy poco. Ser capaz de «comprender» no es lo mismo que ser capaz de «hacer». Si realmente se quiere mejorar la comunicación médico-paciente, tenemos que asegurar no solamente que los estudiantes y médicos conozcan las habilidades que permiten que la comunicación sea efectiva (¿sabe usted?), sino que además practiquen dichas habilidades (¿puede usted hacerlo?); y, por último, que utilicen en su quehacer diario una comunicación efectiva (¿la práctica en la realidad?)<sup>25</sup>.

Hasta hace poco, un estudiante podía pasar por una escuela de medicina sin que un docente lo observara durante sus entrevistas con pacientes hospitalizados o ambulatorios. Como consecuencia, escasamente podía recibir retroalimentación detallada de su propia comunicación con los pacientes. Para volver a la metáfora del tenis es como si el entrenador dijera que para llegar a ser un jugador de tenis profesional todo lo que se tiene que hacer es mirar mucho tenis y después, simplemente, salir y jugar muchos partidos. Sentarse en la consulta o al lado de la cama para observar un estudiante, además de ser muy consumidor de tiempo, es algo intimidante para el estudiante y también para el paciente. Los nuevos métodos de observación de la entrevista -ya sea directamente, usando salas con espejos unidireccionales; o indirectamente, observando una filmación de la entrevista- permiten que la observación se desarrolle no solo de manera más discreta, sino también menos invasiva. Además, el uso de pacientes simulados permite moldear la relación médico-paciente con fines docentes, por ejemplo, interrumpiendo, repitiendo la entrevista o representando situaciones difíciles.

Estructurando la observación usando una guía permite reconocer, nombrar y describir las habilidades comunicacionales utilizadas por el entrevistador<sup>26</sup>. El reflexionar mediante una retroalimentación entregada en forma específica sobre sus conductas observables permite al estudiante darse cuenta, reconocer y mejorar su competencia relacional. Por otro lado, si la entrevista ha sido grabada, el

entrevistador puede observarse a sí mismo, lo que constituye una potente herramienta para el autoaprendizaje y la autoevaluación.

### Aprendizaje sobre comunicación medico-paciente en el pre-grado, escuela de medicina, pontificia universidad católica de chile

#### Reinventando la rueda

Desde el año 1995 nuestra escuela de medicina ha estado interesada en desarrollar un continuo humanista en el currículo. Es así como en el año 1996 se formó un grupo de docentes interdisciplinario, guiado por un grupo de especialistas en comunicación de España. En el mismo año, se incorporó al currículo del cuarto año de medicina el curso de Relación de Ayuda dictado por José C. Bermejo, Hermano Camiliano, Doctor en teología sanitaria, magíster en bioética y counselling, director del Centro de Humanización de la Salud en Tres Cantos, España. Desde entonces hemos reinventado la rueda, siguiendo un camino quizás ya recorrido por las escuelas anglosajonas en una época anterior.

Los principales cambios están resumidos en [tabla 2](#). El primer curso fue dictado en aula con más de 90 alumnos y produjo en los estudiantes gran expectación y motivación por lo novedoso del tema. No obstante, en los siguientes cursos dictados por docentes locales, aunque fueron bien evaluados por los estudiantes, los docentes percibieron la dificultad de mantener el interés y de lograr la participación de tan numeroso grupo.

Por ello, tal como se recomienda en la literatura médica, se decidió dar el curso en grupos más pequeños. Se dividió el curso completo en 6 grupos de 15 estudiantes cada uno, creando grandes dificultades de conseguir docentes clínicos para realizar la docencia. No obstante, los cambios no se logró motivar mayormente a todos los estudiantes. La creencia era que lo que hacían espontáneamente en términos comunicacionales funcionaba bien y, por lo tanto, su creencia era que «sabían cómo hacerlo»<sup>27</sup>, aunque ni ellos ni sus docentes habían examinado detenidamente qué es lo que «hacían» exactamente.

Posteriormente se introdujo el uso de role-play entre los estudiantes, usando casos creados por el docente. El resultado de esto fue que se logró una estructura más clara para las sesiones, y permitió a los estudiantes practicar sus habilidades y recibir retroalimentación de los docentes y sus pares. No obstante, la resistencia persistió en los estudiantes. En parte debido al *pánico escénico* descrito cuando las metodologías nuevas y experienciales son introducidas en escuelas de medicina<sup>21</sup>. Quizás el grupo de 15 estudiantes fue aún demasiado grande para poder crear el clima de confianza necesaria, tomando en cuenta que lo propuesto para grupos chicos es 6-8 estudiantes<sup>28</sup>.

Otro problema importante fue los docentes. Al usar la metodología de grupos pequeños, se aumentó el requerimiento de docentes, especialmente al inicio cuando se hicieron todos los talleres en forma paralela. Los docentes clínicos sentían que no tenían herramientas para

**Tabla 2** Desarrollo de la docencia en Comunicación Escuela Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

	1997	2000	2003	2006
Contenido	Diseñado para otra cultura	Diseñado para otra cultura	Diseñado en Chile	Diseñado en Chile
Énfasis del curso	Actitudes	Actitudes	Actitudes y habilidades	Autoconocimiento, habilidades comunicacionales e interpersonales
Sesiones en aula	1 semana intensiva	4 clases teóricas	Introducción: 2 h	Introducción 2 h. Observación de role-play y reflexión
Sesiones Grupales	No hubo	6 sesiones semanales de 1,5 h	6 sesiones semanales de 2 h	3.ª año 8 sesiones semanales prácticas con PS 4.ª año 12 h. Reflexión y Práctica con PS 6.ª año 4 h malas noticias 7.ª año 2 h reflexión con filmación con pacientes reales
Alumnos por docente	100 alumnos: 1 docente	10 alumnos: 2 docentes	10 alumnos: 2 docentes	3.ª año 7-8 alumnos 1 docente 4.ª año 10 alumnos 2 docentes
Metodología	Análisis teórico de diálogos	Experiencial con poca estructura	Grupos didáctico - experiencial. Role-play entre alumnos	Estructurado, Autorreflexión, Análisis de cine, role-play con PS
Evaluación	Prueba con escasa ponderación	Se inicia ECOE/OSCE en 7.ª año Internado de Medicina Familiar	ECOE/OSCE en 3ª, 4ª, 6ª y 7ª	ECOE/OSCE en 3.ª, 4.ª, 6.ª y 7.ª
Docentes	ECM extranjero no-médico	ECM no clínicos	Duplas de ECM y docentes clínicos	3.ª año: docentes clínicos 4.ª año co-docencia (ECM y docente clínico) 6.ª año psicólogos 7.ª año médicos familiares
Formación de docentes	Énfasis: actitudes	Énfasis: comunicación médico-paciente	Énfasis: Cómo enseñar comunicación	Énfasis Cómo enseñar comunicación y Autorreflexión

ECM: especialista comunicación; PS: paciente simulado.

impartir el tema comunicación médico-paciente, especialmente con las nuevas metodologías de observación de role-play y feedback. Esto llevó a que la docencia fuera realizada por docentes no clínicos con interés en comunicación. Sin embargo, el entusiasmo de estos docentes no clínicos no fue suficiente para motivar a los estudiantes: estos no veían en los docentes no clínicos a un modelo de su quehacer diario, y por otro lado estando en la sala no se encontraban con docentes clínicos modelando las habilidades y actitudes que hacían parte del curso. Percibían una dicotomía entre lo enseñado y lo que realmente ocurría en la sala del hospital. Además nunca fueron observados entrevistando pacientes reales, ni en su docencia clínica ni en sus evaluaciones, en las cuales la competencia comunicacional estuvo ausente. Los estudiantes reclamaron que no entendían lo que tenían que aprender.

Afortunadamente, se introdujeron 3 cambios que permitieron un salto en esta área, abriendo un camino hacia un continuo de aprendizaje en la relación médico-paciente en el currículo:

- Evaluación ECOE/OSCE: Desde el año 2000 se iniciaron evaluaciones clínicas objetivas y estructuradas (ECOE/OSCE)<sup>29</sup>. Es conocido que lo que motiva a los estudiantes es lo que se evalúa. La introducción de evaluaciones con estaciones en las que se entrevistan pacientes, permite una evaluación objetiva de las interacciones estudiante-paciente y por lo tanto fue un factor clave en el desarrollo del aprendizaje de habilidades comunicacionales. El avance ha sido tal que actualmente tenemos evaluaciones tipo ECOE/OSCE en 5 de los 7 años de nuestra carrera.

**Tabla 3** Nueve recomendaciones para la docencia en comunicación en el pregrado<sup>1,2</sup>

Enseñanza formal, bien estructurada, con objetivos explícitos y con un desarrollo a lo largo del currículum comenzando desde lo más «sencillo» a lo más complejo
Docencia en grupos pequeños en un clima de confianza que permita la reflexión y crecimiento personal, basado en los principios de aprendizaje de adultos y centrado en el estudiante lo que conlleva a una auto-evaluación y, basado en problemas significativos para los estudiantes
Metodologías Experienciales e interactivas que permitan Observación directa o indirecta usando pacientes simulados y reales, filmación
Observación estructurada usando guías que permita mediciones de las habilidades demostradas
Feedback sobre las habilidades observadas
Adaptación del contenido a las circunstancias locales
Evaluación sumativa debe incluir observación de entrevistas estudiante-paciente
Docentes con experiencia en facilitar/guiar grupos pequeños
Debe haber correspondencia entre lo que se enseña en comunicación y en lo que se enseñan en la clínica, permitiendo modelaje del docente y practica de los estudiantes de las habilidades comunicacionales durante las rotaciones clínicas
Adecuado financiamiento y apoyo para los docentes quienes enseñan comunicación
El continuo curricular de docencia en comunicación debe ser evaluado periódicamente

Tomada de Makoul<sup>1</sup> y Ruiz-Moral<sup>2</sup>.

- Nuevos métodos de observación: desde el año 1997 se comenzaron a utilizar, como métodos de enseñanza y de evaluación de pregrado, los pacientes simulados, así como los espejos unidireccionales y filmaciones (desde el año 2000), esto permitió facilitar la observación de las entrevistas realizadas por los estudiantes. Actualmente se cuenta con 13 salas con espejo unidireccional y un equipo de más de 30 pacientes simulados.
- Formación docente en comunicación en medicina: en el año 2002 se comenzó a impartir el Diploma en Educación Médica, uno de cuyos cursos obligatorios es «Introducción a la docencia en comunicación centrada en la persona». A la fecha, más de 200 docentes han realizado este curso<sup>30</sup>. En 2005 el centro de educación médica contrató una especialista en comunicación no médico, quien ofrece apoyo a los docentes clínicos.

### El aprendizaje formal en comunicación en nuestro currículo actual

En la [tabla 3](#) están resumidas las recomendaciones internacionales para docencia en comunicación<sup>9,31</sup>. Usando estos mismo puntos describimos el aprendizaje formal en comunicación en nuestra formación de pregrado, que es de 7 años.

### Enseñanza formal a lo largo del currículo

Actualmente existen cursos formales de comunicación en tercero, cuarto, sexto y séptimo año. El énfasis del curso en tercer año «La entrevista médica» está puesto en el conocimiento (clases teóricas) y en la práctica (taller de 21 h) tanto de las habilidades comunicacionales como de la anamnesis tradicional, complementándose ambas competencias. En cuarto año el curso formal «Relación paciente-médico» tiene una duración de 12 h, fraccionadas en 3 sesiones de reflexión sobre la aplicación de habilidades comunicacionales conocidas y practicadas en tercer año de forma inicial. En sexto año se desarrolla un taller (4 h) con un desafío específico: malas noticias. Finalmente en séptimo año, durante el internado de medicina familiar, existe la posibilidad que observen y reciban *feedback* de una filmación de su atención con pacientes reales.

### De lo más «sencillo» a lo más complejo

En tercer año se comienza con situaciones de menor complejidad, más «sencillas», practicando la entrevista con pacientes simulados. En cuarto año se presentan ciertos desafíos comunicacionales en función de la clínica y planeados por los propios alumnos en su quehacer diario. Es así como en tercer año la dificultad está dada en términos de entrevistar pacientes simulados, luego en cuarto su enfrentamiento es con pacientes reales o simulados y en salas con espejo unidireccional para luego en el internado ser filmados en sus entrevistas con pacientes reales.

### Docencia en grupos pequeños y en un de clima de confianza

Los cursos formales de docencia en comunicación en la clínica son realizados en un formato de talleres con grupos de entre 10 a 15 estudiantes. La docencia se centra en los estudiantes, trabajando a partir de los problemas que son significativos para ellos y facilitando la reflexión, la autoevaluación y el conocimiento personal.

### Metodologías experienciales

Los estudiantes practican observación estructurada, utilizando desde su cuarto año una *ficha relacional* adaptada en Chile de las guías de Calgary Cambridge<sup>32</sup>. Esta ficha permite anotar y analizar las agendas y condicionantes tanto del médico como del paciente, y las habilidades demostrado tanto en las diferentes etapas de la entrevista, como en la estructura y creación de la relación. Aplicando la ficha en algunos escenas de de la película *Wit* y cuando observan y dan *feedback* a sus pares quienes entrevistan a pacientes simulados o reales.

### Evaluación con observación de entrevistas

Los estudiantes son informados que sus habilidades comunicacionales serán evaluadas en los diferentes OSCE/ECOE a lo largo de su formación, lo que claramente aumenta su interés por aprender y comprender lo que exactamente deben demostrar durante las evaluaciones. El uso de

una pauta que delimita las habilidades comunicacionales efectivas permite definir las reglas tanto para el estudiante como para sus evaluadores<sup>33</sup>. Uno de nuestros grandes desafíos actuales es tener una pauta que permita medir las habilidades efectivas mostradas por nuestros alumnos en los OSCE/ECOE y que sea lo suficientemente precisa para poder reconocer quiénes son aquellos que presentan tales habilidades y lo suficientemente sencilla como para que un docente clínico la pueda completar en forma adecuada. En este sentido existen varias pautas en español para la evaluación de habilidades comunicacionales<sup>34-36</sup>; sin embargo, ninguna ha sido validada en Chile.

### Docencia realizada por docentes capacitados

Otro gran desafío que nos presenta es motivar y capacitar a los docentes clínicos en docencia en comunicación ya que un gran porcentaje de ellos no tiene formación en esta área. No obstante, esta situación está en evolución ya que un número importante de docentes ya han tomado el curso «Introducción a la docencia en comunicación» en nuestra Diplomatura de Educación Médica. En el curso de cuarto año se ha optado por realizar codocencia (con un docente especialista en comunicación y un docente clínico) como una forma de apoyar y motivar a los docentes clínicos. Es así como se ha logrado reclutar para el curso de cuarto año docentes clínicos quienes han sido motivados por el curso en nuestro Diplomado de Educación Médica. Aun así, sigue siendo una dificultad la falta de docentes clínicos dispuestos a integrar la docencia de comunicación en su docencia clínica. Todavía existe una brecha entre lo que se enseña en comunicación y lo que se enseña en la clínica. El buen modelaje de entrevistas centradas en el paciente sigue siendo escaso y la docencia de habilidades comunicacionales durante las rotaciones clínicas sigue estando en segundo plano.

Pensamos que esto es un proceso de largo alcance y que la esperanza está puesta en las nuevas generaciones de docentes, quienes ya han tenido experiencias positivas en su aprendizaje sobre su relación médico-paciente durante su formación de pregrado. También se requiere una apuesta de parte de las autoridades por desarrollar aún más la docencia en comunicación. Y tal como lo recomienda la literatura especializada, nuestros docentes clínicos que se interesan en hacer docencia en comunicación necesitan de parte de la institución contar con un tiempo protegido para poder desarrollar esta actividad.

Otro reto es la evaluación del impacto de la docencia sobre comunicación en nuestro currículo. La opinión de los estudiantes está reflejada en las notas que fijan en sus evaluaciones de los cursos de comunicación, que en los últimos años han sido excelentes. Es probable que estudios con métodos cualitativos puedan reflejar en mayor profundidad el impacto de esta docencia en el aprendizaje de nuestros estudiantes y docentes.

### Conclusión

Todos quienes se dedican a la medicina clínica deberían ser capaces de poner en práctica las habilidades comunicacionales como una herramienta facilitadora de la relación con

sus pacientes. Promover el aprendizaje de habilidades efectivas (y, por lo tanto, de actitudes efectivas) es una tarea importante y necesaria en la docencia de pregrado y posgrado. Se requiere ejercer la docencia en pequeños grupos y el uso de metodologías innovadoras que permitan la observación estructurada de las entrevistas. Para que esto sea una realidad es necesario que el entrenamiento de esta competencia se extienda a los residentes y a los médicos clínicos, especialmente a aquellos docentes que son modelos para los estudiantes en formación. Es un desafío no quedarse en niveles superficiales y promesas sino, por el contrario, alcanzar niveles profesionales en la competencia relacional.

### Financiación

La visita de Suzanne Kurtz a Chile en 2005 fue financiada por un proyecto FONDEDOC de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Quisiéramos agradecer al Dr. Vicente Valdivieso su cuidadosa revisión de este trabajo

### Bibliografía

1. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The Consultation. An Approach to Learning and Teaching*. Oxford University Press, 89 A.D.
2. Association of American Medical Colleges. *Medical School Objectives Project: Report III -Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine*. Washington DC:Association of American Medical Colleges;1999.
3. AAMC Liaison Committee on Medical Education Functions And Structure of a Medical School Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. [consultado 11/10/2011]. Disponible en: <http://www.lcme.org/functions2008jun.pdf>
4. ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education). *Common Program Requirements*. [consultado 11/10/2011]. Disponible en: [http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh\\_dutyhoursCommonPR07012007.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh_dutyhoursCommonPR07012007.pdf)
5. AAMC Interprofessional Education Collaborative (IPEC). *Core Competencies for Collaborative Practice*. Washington DC:Association of American Medical Colleges; 2011.
6. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada The CanMEDS Physician Competency Framework. Available at: <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php> Accessed May 25, 11.
7. Aspegren K. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: a review with quality grading of articles*. Editor Association for Medical Education in Europe AMEE, Series Monografía Dundee, Scotland UK:Best Evidence Medical Education Guide;1999.
8. Association of American Medical Colleges. *Medical School Objectives Project: Report III -Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine*. Washington DC:Association of American Medical Colleges; 1999.
9. Ruiz-Moral R. *Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica*. *Educación Médica*. 2003;6:159-67.

10. Cleries C, de Nadal J, Branda L. Formar en comunicación a los estudiantes de medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios. *Educación Médica*. 2006;9:2-5.
11. Ruiz-Moral R, Perula de Torres LA, Barrios L, Parras-Rejano JM, Aparicio J, Lemos A, et al. Efectividad de un curso de pregrado sobre medicina de familia. Validez y fiabilidad de un test de concordancia script. *Educación Médica*. 2004;7:78-84.
12. Alonso-Gonzalez A, Kraftchenko-Beoto O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2003;17:39-46.
13. Sogi C, Zavala S, Olveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina [en línea]*. 2006;67:30-7.
14. García-Huidobro D, Nunez F, Vargas P, Astudillo S, Hirschfeld M, Gennero R, et al. Undergraduate medical students' expectation of their desired profile as medical doctors. *Rev Med Chil*. 2006;134:947-54.
15. Rossetot E. Looking for the physicians that our countries need: emphasis on communication and training of academics. *Rev Med Chil*. 2003;131:331-7.
16. Maguire GP, Rutter DR. History-taking for medical students. I-Deficiencies in performance. *Lancet*. 1976;2:556-8.
17. Florenzano R, Altuzarra R, Carvajal C, Weil K, Dorr A, Fullerton C, et al. Improving the quality of clinical interview teaching: evaluation of an intervention with medical students. *Rev Med Chil*. 2000;128:294-300.
18. Laidlaw TS, MacLeod H, Kaufman DM, Langille DB, Sargeant J. Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Med Educ*. 2002;36:115-24.
19. Weissmann PF, Branch WT, Gracey CF, Haidet P, Frankel RM. Role modeling humanistic behavior: learning bedside manner from the experts. *Acad Med*. 2006;81:661-7.
20. Cote L, Leclere H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med*. 2000;75:1117-24.
21. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning Communication Skills in Medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2005.
22. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30:83-9.
23. Ruiz-Moral R, Perula de Torres LA. Validity and reliability of a tool for assessing clinical communication in consultations: the CICAA questionnaire. *Aten Primaria*. 2006;37:320-4.
24. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45:23-34.
25. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65:S63-7.
26. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2005.
27. Beca IJ, Browne LF, Repetto LP, Ortiz PA, Salas AC. Medical student-patient relationship: the students' perspective. *Rev Med Chil*. 2007;135:1503-9.
28. Moore P, Gomez G. Comunicarse efectivamente en Medicina. ¿Cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de Medicina? *Ars Medica*. 2007;15:171-81.
29. Moraga L, Moore P. Helping fish to live? Metamorphosis of a structured objective clinical evaluation (ECO) for a family medicine intern in the last year of medical school. *Aten Primaria*. 2010;42:302-3.
30. Trivino X, Sirhan M, Moore P, Reyes C. Faculty development for clinical teachers in medicine. *Rev Med Chil*. 2009;137:1516-22.
31. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient Educ Couns*. 1999;37:191-5.
32. Alves de Lima A. Feasibility and Satisfaction rates of a Spanish translation and transcultural adaptation of the Calgary-Cambridge process Guide. 2006. Ref Type Conference Proceeding.
33. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2005.
34. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*. 2002;29 Suppl 2:S23-9.
35. Ruiz MR, Prados Castillejo JA, Alba JM, Bellon SJ, Perula de Torres LA. Validity and reliability of an instrument to assess the clinical interviews of residents in family and community medicine: the GATHA-RES questionnaire. *Aten Primaria*. 2001;27:469-77.
36. Gavilan ME, Ruiz MR, Perula de Torres LA, Parras Rejano JM. Evaluation of the patient centered clinical relationship: analysis of psychometric properties using the CICAA scale. *Aten Primaria*. 2010;42:162-8.