



## AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

# Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid)



Roger Ruiz Moral\*, Fernando Caballero Martínez, Cristina García de Leonardo, Diana Monge, Fernando Cañas y Patricia Castaño

*Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España*

Recibido el 1 de febrero de 2017; aceptado el 17 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 4 de mayo de 2017

### PALABRAS CLAVE

Habilidades de comunicación médico-paciente;  
Educación médica;  
Estudiantes de medicina;  
Métodos educativos;  
Evaluación

### KEYWORDS

Physician-patient communication skills;  
Medical education;  
Medical students;  
Teaching methods;  
Evaluation

**Resumen** La comunicación clínica ha sido aceptada como un contenido importante de los planes de estudio de medicina y reconocida como una competencia esencial por los organismos de acreditación y las organizaciones internacionales de educación médica. La formación en habilidades de «comunicación clínica» requiere que el estudiante ensaye con «pacientes simulados» bajo supervisión y observación directa y reciba un *feedback* específico y personalizado. Ello exige un programa de enseñanza en grupos pequeños, a través de un aprendizaje experiencial, impartido por profesores médicos especializados en la materia, de forma integrada con el resto de habilidades clínicas, esto es, no mediante intervenciones puntuales, sino a lo largo de todo el currículum.

Se describen las características generales, organizativas y pedagógicas de un programa transversal dirigido a los estudiantes de medicina para su formación en habilidades de «comunicación clínica» basado en la experiencia desarrollada en la facultad de medicina en la Universidad Francisco de Vitoria durante los últimos 6 años, la cual puede servir de ejemplo en el contexto de los estudios de medicina en España o de otros entornos educativos.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Teaching and learning clinical communication skills in Francisco de Vitoria medical school (Madrid)

**Abstract** Clinical communication has been accepted as an important content of medical curricula and recognized as an essential competence by accreditation bodies and international medical education organizations. “Clinical Communication” skills training requires the student to practice with “standardized patients” under direct supervision and observation and receive specific and personalized feedback. This task requires a small group teaching, through

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [r.ruiz.prof@ufv.es](mailto:r.ruiz.prof@ufv.es) (R. Ruiz Moral).

an experiential learning, given by medical teachers specialized in this subject, in an integrated way with other clinical skills, that is, not through isolate interventions, but throughout the curriculum.

We describes the general, managerial, educational features and main educational results of an integrated "Clinical Communication Skills Curriculum" for medical students, implemented at the Universidad Francisco de Vitoria school of medicine during the last six years. Some useful and practical messages for improving teaching and learning these skills in university medical education in Spain are extracted.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Junto al conocimiento médico y las habilidades prácticas clínicas las habilidades de comunicación representan un componente esencial de la competencia médica. Se ha comprobado que estas habilidades contribuyen de forma importante para conseguir resultados de salud positivos en los pacientes, modulando actitudes profesionales<sup>1,2</sup>. En España el *Libro blanco del título de grado en medicina* (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005) resalta este carácter, y la orden del Ministerio de Educación y Ciencia que establece los requisitos para la verificación del título universitario oficial de medicina incluye estas habilidades como una de las 7 competencias que el estudiante de medicina debe de adquirir para conseguir el título (ECI/332/2008 BOE n.º 40, viernes 15 de febrero de 2008. pp. 8351-5). La evidencia demuestra que es posible capacitar a los estudiantes en estas habilidades y que los métodos de aprendizaje de tipo experiencial son los más eficaces<sup>3-6</sup>. Este tipo de enseñanza requiere de un entrenamiento específico que no puede obtenerse mediante el modelo de clases magistrales, ofreciendo lecciones o seminarios de tipo demostrativo de forma puntual y sin introducir nuevos sistemas de evaluación metodológicamente rigurosos. Para que sea efectiva su enseñanza se requiere que el estudiante ensaye con «pacientes simulados» bajo supervisión y observación directa, y reciba un feedback específico y personalizado. Ello exige programas de enseñanza con grupos pequeños, impartido por profesores médicos especializados en la materia, de forma integrada con el resto de habilidades clínicas, esto es, no mediante intervenciones puntuales, sino a lo largo de todo el currículum. Igualmente, para que tal materia resulte significativa y de impacto educativo, debe ser objeto de evaluación rigurosa mediante formatos evaluativos adecuados, tipo ECOE o similares, aptos para la valoración observacional de habilidades. En este artículo se describen las características generales, organizativas y educativas de un programa transversal (interviniendo en diversas materias) y longitudinal (en los distintos años del grado) dirigido a los estudiantes de medicina para su formación en habilidades de comunicación clínica, basado en la experiencia desarrollada en la facultad de medicina de la Universidad Francisco de Vitoria (UFV), Madrid, durante los últimos 6 años, la cual puede servir de ejemplo para el contexto de

los estudios de medicina en España o en otros entornos educativos.

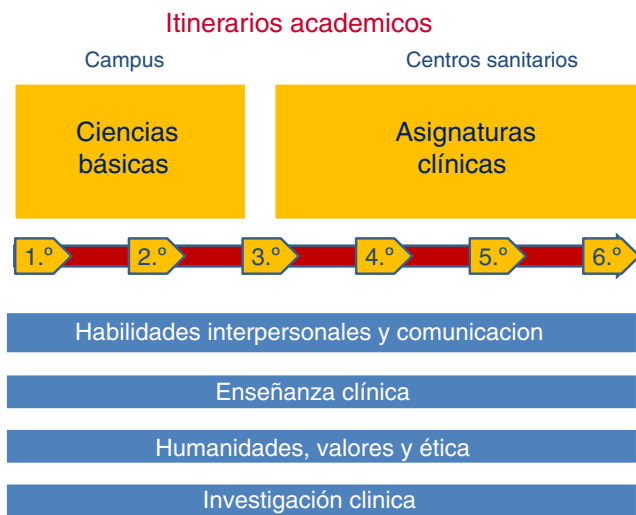
## Características generales del currículum de medicina en la Universidad Francisco de Victoria

En España los estudios de grado de medicina se prolongan durante 6 años y su estructura general, en la mayoría de las facultades, responde a la clásica división de periodos preclínico y clínico. Se trata de un diseño curricular sustentado en asignaturas independientes que, dirigidas desde departamentos con gran autonomía de decisión, se configuran como bloques de contenidos formativos aislados. El diseño curricular general de la Facultad de Medicina de la UFV sigue también un esquema tradicional, respetando así los requerimientos generales de la normativa legal universitaria y las directrices de la Agencia de Acreditación Nacional<sup>7</sup>. Sin embargo, en este diseño se han dado ciertas particularidades de tipo organizativo y de oportunidad que han facilitado una mayor integración del currículum en función de unos objetivos generales bien definidos en su declaración de misión, particularizados a través de objetivos de aprendizaje concretos.

Entre los diferentes objetivos a alcanzar, los responsables del proceso de diseño curricular plantearon evitar la redundancia de contenidos entre temas y asignaturas, y conseguir transiciones suaves y lógicas de un curso a otro<sup>8</sup>. El diseño curricular se estructuró como un mapa articulado en 4 itinerarios competenciales básicos que intentan desarrollar algunas dimensiones del perfil competencial, en ocasiones, insuficientemente garantizadas en los programas tradicionales:

- 1) Habilidades interpersonales y de comunicación.
- 2) Entrenamiento clínico efectivo (habilidades y razonamiento).
- 3) Humanismo médico, valores profesionales y ética clínica.
- 4) Investigación clínica.

Cada uno de estos itinerarios se configura con elementos docentes (educativos y evaluativos) de diversas asignaturas, que se emplean reiterando los impactos docentes en distintos momentos del currículum para alcanzar y evaluar



**Figura 1** Estructuración genérica del currículum de medicina en la UFV: itinerarios formativos.

de forma conjunta y progresiva ciertos objetivos-clave de aprendizaje en el perfil del graduado (fig. 1).

Así, muchas de las asignaturas del currículum contienen elementos de cada uno de los 4 dominios de forma no exclusiva, aunque algunas resulten particularmente importantes en cada uno de ellos. Con el objetivo integral y declarado de formar alumnos capaces de ofrecer una «atención clínica centrada en la persona», esta reformulación del currículum pretende una aproximación docente centrada en el estudiante y basada en los problemas clínicos y la evidencia científica. Todo ello supone que los estudiantes no sean considerados como receptores pasivos de conocimiento, sino como sujetos activos que deben resolver problemas complejos, por lo que se debe priorizar una formación que les estimule para este fin, ayudándoles a pensar, a afrontar racionalmente los problemas, animándoles a que contribuyan con sus propias estrategias. Este enfoque requiere de una enseñanza en grupos pequeños con alta interactividad, en los que el componente actitudinal es importante y donde la atención a los sentimientos y las emociones de los estudiantes sea considerada, respetada y forme parte de los propios objetivos docentes.

### Características generales del currículum de comunicación clínica

- 1) *Los objetivos* de aprendizaje de la enseñanza en comunicación clínica se extraen de la evidencia disponible o ampliamente consensuada por grupos de expertos internacionales<sup>9</sup>.
- 2) *El itinerario* docente pretende mantener un *continuum* a lo largo de todos los años del grado. La investigación muestra efectos positivos tanto de una formación repetida en diferentes niveles del aprendizaje del estudiante (de tipo helicoidal), como integrada con el resto de las habilidades clínicas, frente a los cursos cortos e intensivos en la materia<sup>10</sup>.
- 3) *La enseñanza* comienza con las habilidades básicas para la interacción entre personas, contextualizada en el ámbito de las experiencias personales comunes del

estudiante novel y útiles en cualquier tipo de interacción, para incluirlas después gradualmente en contextos propiamente sanitarios, esto es, en el marco de la entrevista médica, con el objetivo de adquirir destrezas para realizar una historia clínica genérica que, progresivamente, incorporará objetivos de salud concretos y específicos en función del tipo de problema de salud abordado, del tipo de paciente atendido o del tipo de situación clínica en la que el estudiante desarrolle su tarea. Para ello, el estudiante es expuesto desde estadios precoces de su formación (desde los cursos preclínicos) y de forma progresiva a los diferentes contextos sanitarios en los que ejercerá su futura labor como médico, primero con un papel puramente observacional y reflexivo centrado en los contenidos generales comunicativos (escucha activa, empatía...) o relevantes médicamente (valorar la experiencia de enfermedad, el impacto en la familia, la respuesta del sistema sanitario), para, posteriormente, entrenar y desarrollar activamente habilidades comunicativas generales y específicas en contextos simulados y, finalmente, incorporar estas habilidades al trabajo en contextos clínicos reales.

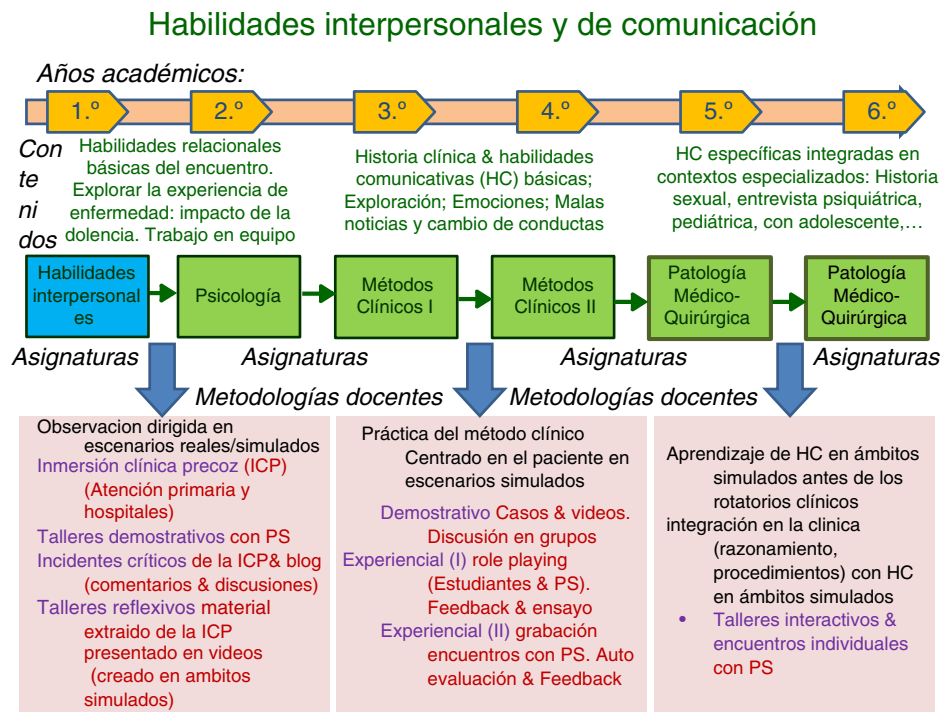
### Breve visión del currículum de comunicación clínica

Aunque existe un número cada vez mayor de facultades de medicina españolas que siguiendo la normativa legal están introduciendo habilidades comunicativas en la enseñanza de grado<sup>11</sup>, no hemos encontrado descripciones detalladas de la forma en la que estas experiencias docentes se están llevando a cabo, más allá de algunas puntuales<sup>12-14</sup>. En la figura 2 mostramos esquemáticamente la distribución del currículum de comunicación a lo largo de los 6 años del grado de medicina en la UFV. A continuación ofrecemos algunos detalles del mismo en cada una de sus etapas.

#### Primer año: habilidades de comunicación básicas para la interacción humana

Este primer contacto tiene lugar dentro de la asignatura de «Habilidades y competencias interpersonales». Los objetivos generales de esta asignatura pretenden introducir al alumno en los componentes de una buena comunicación interpersonal y reflexionar sobre la forma que tiene de comunicarse con los demás. Se pretende que junto a esta tarea de autoconocimiento el alumno reflexione también sobre la forma de dirigirse a los pacientes, a los familiares, a los medios de comunicación y a los profesionales. Igualmente estas habilidades son utilizadas para el trabajo en equipo.

A los alumnos se les introducen los contenidos de comunicación, los aspectos clave para establecer y mantener la relación con los pacientes y en el equipo, resaltando el papel de la empatía, la escucha activa, la autenticidad, el respeto y el lenguaje no verbal. Sin embargo, el componente práctico y reflexivo representa el aspecto esencial de este entrenamiento. Los alumnos inician rotatorios prácticos en los centros de atención primaria y los hospitales, con el objetivo de realizar una observación dirigida y con la tarea de redactar al menos 2 *incidentes críticos* sobre aspectos significativos para ellos ocurridos en el contexto de la atención



**Figura 2** Esquema del currículum de comunicación a lo largo de los 6 años del grado de medicina en la UFV.

clínica que habrán observado. Esta observación y reflexión está dirigida sobre todo a aspectos de la comunicación, el trabajo en equipo, la organización sanitaria, el tipo de problemas de salud que presentan los pacientes y sus familiares, incluyendo los sentimientos, emociones, temores que les suscitan, así como valores implicados. Los incidentes son «subidos» a un blog y utilizados después como material práctico para los seminarios. Un estudio preliminar realizado con nuestros alumnos sobre su capacidad para detectar aspectos significativos en las interacciones clínicas mostró una gran variedad de conductas comunicativas de los profesionales y los pacientes y sus familiares objeto de evaluación y reflexión crítica por parte de los alumnos<sup>15</sup>.

### Segundo año: el médico ante la experiencia y el sufrimiento que origina la enfermedad

Dentro de la asignatura de «Psicología» los objetivos relacionados con las habilidades comunicativas trabajados tienen que ver con 2 aspectos: por un lado las cualidades que debe poseer un profesional médico para establecer una adecuada y eficaz relación con el paciente y, por otro, los componentes subjetivos de la enfermedad para los pacientes: la experiencia de enfermedad y la empatía como estrategia para comprender esta experiencia.

Las metodologías docentes utilizadas para ello son también aquí la inmersión en la práctica clínica, en este caso en contextos clínicos de atención primaria, cuidados paliativos y psiquiátricos con objetivos específicos relacionados. Los estudiantes realizan una *memoria reflexiva* sobre sus experiencias en esos contextos clínicos en relación con la experiencia de enfermedad de los pacientes y familiares,

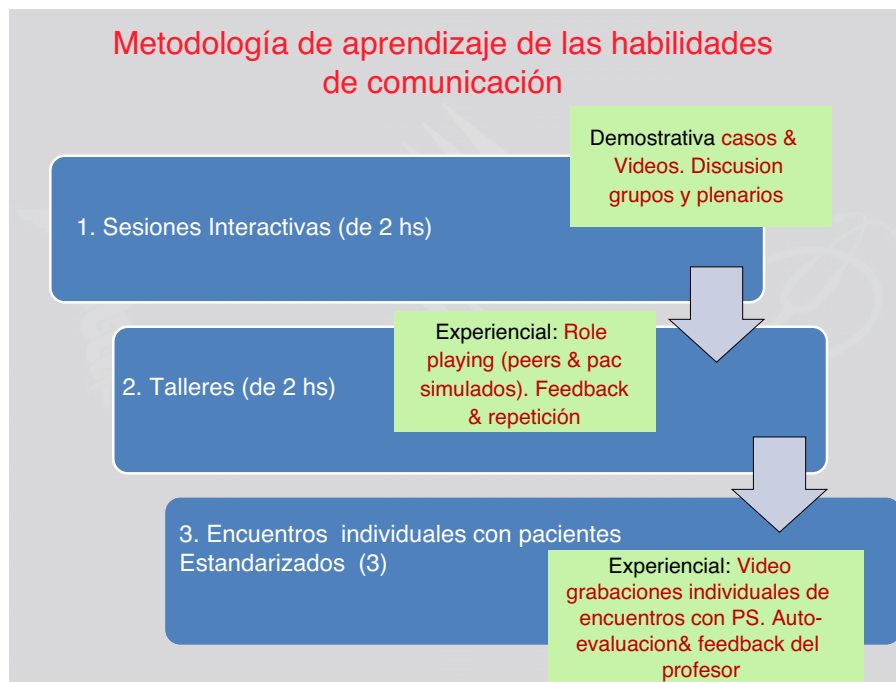
que han de plasmar en un portafolio y que posteriormente es objeto de discusión en grupo. Mediante un *taller específico con una paciente simulada* los alumnos experimentan personalmente los contenidos de una entrevista clínica que aborda los aspectos subjetivos del enfermar.

En la asignatura de «Antropología» el componente práctico se ubica en la rotación de cuidados paliativos, donde además del objetivo comunicacional se incluye el humanístico, lo que implica que el estudiante entienda el sufrimiento humano como una experiencia integral que trasciende la dimensión física y que, particularmente en estos contextos, frecuentemente incluye elementos psicosociales y espirituales.

### Tercer año: la entrevista médica, el método clínico centrado en el paciente

Dentro de la asignatura de «Métodos clínicos I» los alumnos aprenden el modelo genérico de una entrevista médica centrada en el paciente, cuyos aspectos teóricos están descritos en el libro *Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica*<sup>16</sup>.

El objetivo es que los alumnos articulen el uso conjunto de habilidades comunicativas básicas de contenido para obtener información clínica relevante a través de la historia clínica o anamnesis con las habilidades de proceso (forma de comunicar), para establecer una relación médico-paciente eficaz clínicamente, escuchando la historia del paciente y detectando y respondiendo adecuadamente a las «claves contextuales». Deberán empatizar y realizar un proceso de transmisión de información adaptado a las necesidades del paciente, y a la vez estructurar y



**Figura 3** Métodos docentes para la enseñanza de habilidades comunicativas en las asignaturas de *métodos clínicos I y II*.

organizar adecuadamente la entrevista gestionando el tiempo disponible para la misma.

Esta formación se lleva a efecto mediante 3 diferentes estrategias docentes (fig. 3):

- Los alumnos participan en 4 sesiones de 2 horas de tipo demostrativo utilizando situaciones gatillo: *videos* y *casos clínicos* con los que los alumnos trabajan en pequeños grupos a los que se sigue de puesta en común mediante discusión y aporte de evidencias.
- Posteriormente en el Centro de Simulación Clínica los alumnos asisten en grupos de 14-15 a 2 talleres de 2 horas cada uno en el que cada alumno paulatinamente va entrevistando a un *paciente simulado* (PS), mientras el resto observa la interacción. Tras cada encuentro el alumno entrevistador recibe *feedback* de sus compañeros, del PS y del profesor facilitador.
- Finalmente todos los alumnos realizan hasta 3 *encuentros individuales con 3 PS* que son videograbados (mediante el *Programa Learning Space/CAE Healthcare*). Tras cada encuentro el alumno realiza una autoevaluación de su entrevista de tipo cualitativo (comentarios personales) y cuantitativo (mediante planilla evaluativa con las habilidades) que compara con la evaluación realizada por el PS y el profesor facilitador, del que recibe *feedback* personalizado escrito.

Las prácticas las realizan los alumnos en los centros de atención primaria (asignatura de «Medicina de familia») y en los hospitales (asignatura de «Patología general») donde tienen la oportunidad de observar a sus tutores clínicos y recibir *feedback* de estos en los aspectos de contenido clínico (historia clínica) y comunicativos.

#### Cuarto año: emociones en la consulta y situaciones específicas

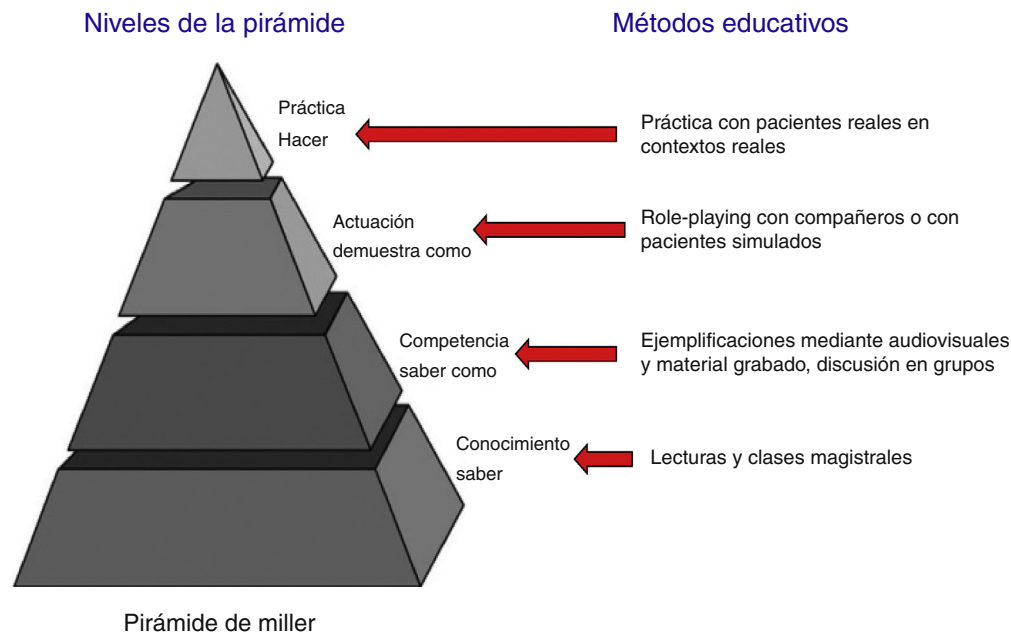
Simultáneamente con el estudio de los síndromes y entidades nosológicas, la asignatura de *Métodos clínicos II* introduce a los alumnos en el abordaje de las emociones en la consulta y las formas de apoyarlos; para ello los alumnos trabajan situaciones específicas como dar malas noticias. Por otra parte, se introducen *escenarios concretos* para el cambio de conducta, al objeto de que el estudiante adquiera, sobre todo, habilidades específicas para motivar a los pacientes, pero también habilidades para alcanzar acuerdos y compartir decisiones. Las estrategias docentes utilizadas aquí son las mismas que las usadas en *Métodos clínicos I* y siguen el esquema de aprendizaje de habilidades expuesto en la figura 3.

#### Quinto y sexto año: situaciones específicas

Junto al desarrollo de las asignaturas con contenidos médico-quirúrgicos tienen lugar *seminarios* con los alumnos para practicar habilidades comunicativas específicas como son: la entrevista psiquiátrica, estrategias comunicativas en pacientes con personalidad límite, la entrevista pediátrica, la entrevista con el adolescente, o la realización de una historia sexual.

Durante el último año se pretende implantar la integración de los aspectos «médicos» y los «comunicativos» de la consulta. Los estudiantes deberán realizar un mínimo de *consultas con pacientes simulados* en los que deberán poner en práctica los principios específicos de la comunicación asistencial en el momento de abordar los desafíos médicos propios de una consulta, como el razonamiento clínico,





**Figura 4** La pirámide de Miller y los métodos educativos.

hacer un diagnóstico, negociar con el paciente y/o la familia y decidir sobre las mejores opciones de tratamiento.

### Consideraciones sobre la metodología docente

El proceso de aprendizaje de habilidades complejas, como son las habilidades de comunicación y su integración para una práctica clínica efectiva, exige de la aplicación de diferentes metodologías educativas. Un buen marco teórico para comprender esto es la pirámide de Miller, donde se muestran los niveles del aprendizaje. Para alcanzar un determinado nivel se precisan diferentes metodologías educativas (fig. 4).

1. Inicialmente se puede introducir el marco teórico, aunque esto también puede hacerse más tarde después de usar alguna estrategia docente práctica. Los principios comunicativos se pueden ejemplificar mediante el uso de historias médicas o ajenas a la medicina, igualmente las habilidades pueden mostrarse mediante material audiovisual, bien sean clips de películas generales o vídeos grabados de actuaciones médicas específicas. Discutiendo sobre este material el profesor facilitador puede pedir a los alumnos que en función de su propia experiencia aporten posibles comportamientos alternativos, promoviendo así un diálogo grupal más enriquecedor que favorece la reflexión personal.
2. Los casos clínicos con historias de pacientes representan un paso más. Los estudiantes discuten las habilidades comunicativas necesarias para abordar cada situación. También es útil aportar viñetas con declaraciones de los pacientes o clips videograbados en los que se ejemplifican trozos de diálogos entre un médico y un paciente con respuestas comunicativas subóptimas para alcanzar los objetivos propuestos, abriendo la discusión sobre alternativas posibles. Somos partidarios de que a la

vez que se realiza este proceso se vayan introduciendo los aspectos teóricos y se aporten las evidencias científicas sobre la efectividad clínica de las habilidades. Este tipo de habilidades se desarrollan mejor en grupos pequeños (10-15 estudiantes), en ellos los estudiantes pueden hacer con sus compañeros (o con pacientes simulados) juegos de rol (*rol-playing*). Pedir a los alumnos que alternativamente hagan el rol de paciente es una estrategia muy útil para que estos adquieran la perspectiva del paciente y entender así mejor los pensamientos y las experiencias de los mismos. Esto facilita el que el estudiante explore mejor las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes y reconozca mejor sus emociones.

3. El empleo de PS le da a esos encuentros y actividades un carácter mucho más realista. Con esta finalidad en la UFV hemos desarrollado un programa de PS que en el momento presente implica a más de 60 personas que eventualmente trabajan en diferentes roles y escenarios, no solo para los estudios de medicina, sino para otras carreras sanitarias<sup>17</sup>. En función del tipo de rol y de la actividad a realizar (simple actuación o feedback espontáneo o estructurado) los PS son entrenados siguiendo protocolos específicos. El papel del PS debe ser lo más auténtico posible, y para ello precisa de una adaptación que va más allá de la edad y el sexo. En nuestra experiencia no hay diferencias significativas en usar actores profesionales/aficionados o no actores, aunque, en función del rol, priorizamos la experiencia personal del aspirante en el ámbito de la dolencia y el uso de los servicios sanitarios. Nuestros pacientes son instruidos para ofrecer *feedback* a los estudiantes y con fines de investigación para evaluar los encuentros simulados desde su perspectiva, para lo cual se han creado herramientas de medición adaptadas.

- Finalmente la grabación de las consultas reales puede ofrecer nuevas perspectivas sobre la actuación del estudiante, aunque dada la limitación legal de estos a la hora de realizar un acto médico auténtico no es posible realizar una evaluación de la actuación «en el lugar de trabajo», por lo que habría que valorar la utilidad real de su inclusión<sup>18</sup>.

## Consideraciones sobre la evaluación

En cada una de las etapas se prioriza un tipo de evaluación

- Exámenes escritos con preguntas abiertas o de elección múltiple* para valorar el conocimiento sobre los principios generales, la naturaleza y el tipo de las habilidades, su reconocimiento y aplicación teórica, así como la efectividad clínica demostrada.
- Memorias-portafolio e incidentes críticos* para evaluar la capacidad del alumno en mostrar una observación relevante y reflexionar sobre ella.
- PS* para la adquisición de habilidades comunicativas y su puesta en práctica. Se evalúa directamente mediante la medición de las intervenciones de los alumnos con los PS en los diferentes escenarios, siendo este tipo de evaluación el más relevante, ya que conlleva la constatación del grado de adquisición de las habilidades comunicativas. Este tipo de evaluación la realiza por una parte un observador experto (el profesor) mediante escalas específicas validadas y, por otra, los propios PS. Ambas perspectivas son consideradas y sus resultados incluidos para la evaluación sumativa del alumno. Así, se dispone tanto de la fiabilidad del observador externo en el uso de los ítems de las escalas (mediante pruebas test-retest y medidas de correlación) como la validez concurrente entre las evaluaciones del observador y las de los PS (mediante la aplicación de coeficientes de correlación de las puntuaciones de los ítems de uno y otro, la correlación entre los distintos dominios de medición entre las escalas utilizados por uno y otros, etc.).
- ECOE*. Se realiza una aproximación evaluativa al conjunto de habilidades clínicas prácticas (razonamiento, diagnóstico y toma de decisiones) en el que se incluyen los aspectos comunicativos.

## Consideraciones sobre la efectividad de esta enseñanza

En el proceso aquí descrito de introducción de un currículum específico que por su naturaleza es complejo y supone una innovación importante, tanto en el ámbito de las metodologías docentes como evaluativas, una tarea a considerar, consustancial al propio proceso, es su evaluación. Esta evaluación debe ser considerada en función de los objetivos planteados para el programa y de los actores implicados, principalmente los alumnos. El resultado de la misma debe ser utilizado para reevaluar la idoneidad del propio programa y sus eventuales modificaciones. Durante el desarrollo de las diferentes actividades de este currículum a lo largo de estos 6 años hemos realizado paralelamente distintas evaluaciones del mismo desde diferentes perspectivas. Por una

parte, y como aspecto principal, hemos evaluado la adquisición y capacidad para poner en práctica las habilidades comunicativas por parte de los estudiantes, tanto en habilidades básicas de la entrevista clínica como en algunas específicas (dar malas noticias y cambio de conducta). Esta valoración se ha realizado usando metodologías cuantitativas (principalmente descriptivas o cuasi experimentales tipo antes-después sin grupo control) y cualitativas. Los resultados obtenidos (mediante medición por observador externo y por percepción de la calidad del encuentro por parte del PS) muestran tanto en el conjunto de habilidades comunicativas y de realización de una historia clínica<sup>19</sup>, como en las habilidades específicas para dar malas noticias<sup>19,20</sup> o cambiar conductas<sup>19</sup>, resultados positivos educativamente significativos. La capacidad de los alumnos para explorar el contexto psicosocial del paciente, y en especial la experiencia de enfermedad de los pacientes, atender a su discurso, captando y siguiendo pistas comunicativas y finalmente mostrar su comprensión empáticamente es una faceta muy relevante que los alumnos adquieren de forma significativa tras las actividades educativas programadas<sup>21</sup>, y que afecta al objetivo genérico declarado en la misión de formar a estudiantes para que realicen una atención clínica *centrada en la persona/paciente*. Otros aspectos del programa también evaluados han sido la percepción de los propios estudiantes sobre el impacto que esta formación ha tenido sobre su capacitación para llevar a cabo tareas comunicativas concretas<sup>19,22,23</sup>, así como la perspectiva de los mismos sobre el programa en su conjunto y sobre las estrategias educativas y evaluativas utilizadas<sup>24</sup>. En relación con esto, merece la pena destacar cómo algunos alumnos sienten y expresan dificultades para entender y compartir ciertos objetivos, contenidos, métodos docentes, en especial la exposición que supone el exponerse a realizar entrevistas ante sus compañeros y recibir sus críticas, así como su dificultad para aceptar una evaluación de tipo sumativo de este tipo de habilidades, algo que por otra parte ha sido también observado por otros autores<sup>25,26</sup>.

## Recuerda

En función de la experiencia desarrollada en la UFV para la enseñanza y evaluación de las habilidades de comunicación clínica y en línea con la mayoría de las recomendaciones internacionales sobre este ámbito docente, destacamos los siguientes puntos esenciales a la hora de ofrecer un currículum en comunicación:

- Diseñar y aplicar un currículum en comunicación clínica integrado para el grado de medicina, con características docentes experienciales, es factible en el contexto educativo médico español. El desafío está en superar las acciones puntuales y realizar una integración real a lo largo de todo el currículum de una manera coherente, lo que requerirá en muchas facultades cambios estructurales y la colaboración entre los distintos responsables docentes universitarios.
- Para incorporar un currículum de esta naturaleza es preciso hacer énfasis en un tipo de enseñanza que enfatiza el rol activo del estudiante a través de diferentes

metodologías educativas. Esto no es exclusivo de la enseñanza de la competencia comunicativa, también lo es de la enseñanza de las habilidades clínicas, donde la demostración de las mismas y su integración sería el aspecto docente prioritario, y no tanto la adquisición de conocimientos.

3. Todo ello implica importantes modificaciones en la metodología evaluativa, como la incorporación de otros formatos de examen y no solo los de tipo preguntas de elección múltiple. Las condiciones para hacer esto realidad exigen a su vez modificaciones paralelas en el actual examen de acceso a la formación especializada en España (examen MIR). Mientras esto no tenga lugar, estos cambios será difícil que llegen a producirse. Todo lo anterior, sin embargo, estaría en línea con el espíritu y las directrices de la reforma de Bolonia y la práctica de una medicina centrada en el paciente, objetivo prioritario de todos los servicios de salud.
4. Los desafíos prácticos que este tipo de enseñanza revela son muchos y variados:
  - a) Una enseñanza en grupos pequeños supone una importante carga de trabajo para los docentes, que puede resolverse incorporando un mayor número de ellos, lo cual, sin embargo, no siempre es posible.
  - b) La necesidad de homogenizar bien las enseñanzas, para lo cual puede ser necesario elaborar guías y manuales adecuados.
  - c) El peso de esta enseñanza debería recaer en profesionales clínicos con demostradas habilidades de comunicación que además, en función del contexto clínico, trabajen en colaboración con otros especialistas.
  - d) El trabajo en simulación exige disponer de un mínimo de materiales y estructuras, en especial de un suficiente y variado número de pacientes estandarizados, lo que conlleva la necesidad de rigurosos programas de entrenamiento.
  - e) La creación de materiales adecuados para trabajar de forma estandarizada los objetivos de aprendizaje exige la preparación de casos bien diseñados, así como métodos de evaluación (escalas) adecuados cuya validez y fiabilidad esté demostrada.
  - f) Es importante conseguir la aceptabilidad de este tipo de enseñanzas entre los propios estudiantes que, aunque influenciada por la escasa experiencia clínica del estudiante, el contexto en el que este se mueve (priorización de conocimientos) y otros potentes factores ligados al currículum oculto, puede ser mejorado mediante continuas revisiones y adaptaciones de las estrategias aquí propuestas y ensayadas.
5. La integración de las habilidades comunicativas con el resto de habilidades clínicas debe ser un aspecto fundamental de todo programa formativo en las facultades de medicina, lo que exige esfuerzos para una incorporación más eficiente de los contextos simulados de aprendizaje con las competencias clínicas de los rotatorios prácticos de los alumnos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

## Bibliografía

1. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2001;357:757–62.
2. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796–804.
3. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2011;84:152–62.
4. Henry SG, Holmboe ES, Frankel RM. Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: A review with suggestions for implementation. *Med Teach*. 2013;35:395–403.
5. Smith S, Hanson JL, Tewksbury LR, Christy C, Talib NJ, Harris MA, et al. Teaching patient communication skills to medical students: A review of randomized controlled trials. *Eval Health Prof*. 2007;30:3–21.
6. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Cherpaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 2003;290:1157–65.
7. Palés JL. Planificar un currículum o programa formativo. *Educ Med*. 2006;9:59–65.
8. Harden R. Curriculum mapping: A tool for transparent and authentic teaching and learning. *Med Teach*. 2000;23:123–7.
9. García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Medical Education*. 2016:16–99.
10. Van Dalen J, Kerkhofs E, Van Knippenberg-Van Den Berg BW, Van Den Hout HA, Scherpbier AJ, Van Der Vleuten CP. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: Two dutch medical schools compared. *Adv Health Sci Educ Theor Practice*. 2002;7:29–40.
11. Ferreira Padilla G, Ferrandez Anton T, Baleriola Julvez J, Almeida Cabrera R. Competencia en comunicación en el currículum del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la atención primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Aten Primaria*. 2015;47:399–410.
12. Borrell Carrió F, Clèries X, Paredes-Zapata D, Borrás-Andrés JM, Sans-Corrales M, Mascort-Roca JJ. Proceso de Bolonia (VI). Aprendiendo comunicación para la salud en el grado de medicina. *Educ Méd*. 2012;15:197–201.
13. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA, Barrios L, Parras Rejano JM, Aparicio Sánchez J, Lemos Peña A, et al. Programa para ayudar a estudiantes de tercer año a integrar el contenido y la forma en la realización de la historia clínica. *Educ Méd*. 2012;15:53–61.
14. Rodríguez-Díez MC, Beunza JJ, López-del Burgo C, Hyder O, Civeira-Murillo MP, Díez N. Aprendizaje de la historia clínica con pacientes simulados en el grado de Medicina. *Educ Méd*. 2012;15:47–52.
15. Ruiz-Moral R, Caballero F, García de Leonardo C, Monge D. Sensibilidad de los alumnos admitidos en una Facultad de Medicina en aspectos relacionales, organizativos y éticos de la práctica clínica. *Educ Med*. 2017;18:30–6.
16. Ruiz Moral R. Comunicación clínica. En: Principios y habilidades para la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
17. Ruiz-Moral R, Caballero F. Programa para seleccionar y entrenar pacientes estandarizados en el contexto de un currículum universitario de simulación clínica. *FEM*. 2014;17:199–204.
18. Ziv A, Small SD, Root Wolpe P. Patient safety and simulation-based medical education. *Med Teach*. 2000;22:489–95.



19. Ruiz Moral R. Experience on clinical simulation in undergraduate medical education. 4th International Congress of Person Centered Medicine. Madrid, november 2016.
20. Ruiz-Moral R, Caballero F Monge D, García de Leonardo C. Diseño y evaluación de un Programa Educativo para estudiantes de medicina sobre cómo dar malas noticias. IV Jornadas de Innovación docente. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid, junio 2015.
21. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Monge D, García de Leonardo C, Caballero F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Pat Edu Couns*. 2017. In press. Manuscript reference PEC-17-150R1.
22. Ruiz Moral R. Percepción de estudiantes sobre su capacidad para dar malas noticias tras un programa formativo específico. *Boletín de educación médica Doctutor*. 2016, noviembre. [consultado 25 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2016/11/07/percepcion-de-estudiantes-sobre-su-capacidad-para-dar-malas-noticias-tras-un-programa-formativo-especifico/>
23. Ruiz Moral R. Percepciones de los estudiantes de medicina sobre la entrevista sexual. *Boletín de Educación Médica Doctutor*. 2016, octubre. [consultado 25 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2016/10/06/percepciones-de-los-estudiantes-de-medicina-sobre-la-entrevista-sexual/>
24. Ruiz-Moral R, García de Leonardo C, Monge D, Caballero F. Medical students opinion about learning communication skills. *BMC Medical Education*. 2017. Submitted March 24; 2017.
25. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: Why students loathe and love it - a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ*. 2005;5:28.
26. Rees CE, Sheard CE, McPherson AC. A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Med Teach*. 2002;24:289-93.