

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Comunicarse efectivamente en Medicina. ¿Cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de Medicina?

Dra. Philippa Moore Clive  
Profesora Auxiliar  
Departamento Medicina Familiar  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Gricelda Gómez del Río  
Instructora  
Centro de Educación Médica  
Pontificia Universidad Católica de Chile

## Resumen

Las habilidades comunicacionales efectivas forman parte de la competencia clínica de un buen médico, por lo que han sido incluidas en los programas de las escuelas de medicina de la mayoría de las universidades, tanto a nivel de docentes como de alumnos. El aprendizaje de las habilidades comunicacionales se optimiza cuando se enseñan de manera experiencial, observando a los estudiantes mientras interactúan con los pacientes, para luego entregarles un *feedback* constructivo. Estas habilidades pueden ser objeto de medición si se utilizan instrumentos que cuenten con las propiedades psicométricas adecuadas. Su evaluación, sin embargo, representa un desafío.

**palabras clave:** comunicación; docencia; evaluación.

## EFFECTIVE COMMUNICATION SKILLS IN MEDICINE. TEACHING AND LEARNING OF COMMUNICATION SKILLS IN MEDICINE

Communication skills are part of the clinical competency skills of a good doctor, and so have been included in the curriculum of the majority of medical schools, both in teaching and evaluation. There exists a large body of evidence that defines the essential communication skills. Communication skills are best learnt when the teaching is experiential and includes observation of the students with patients, and constructive feedback. The measurement of communication skills using instruments with adequate psychometric properties remains a challenge in evaluation.

**Key words:** communication; teaching; evaluation.

## Introducción

Los estudios muestran que el uso efectivo de las habilidades comunicacionales por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al médico como a sus pacientes. Por una parte, el médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión<sup>1</sup> y disminuyen las demandas iniciadas en su contra<sup>2,3,4</sup>. Por la otra, el paciente presenta menos molestias<sup>5,6</sup> y adhiere en mayor grado a los tratamientos prescritos, tanto farmacológicos como de cambios de estilos de

vida<sup>7, 8</sup>. Finalmente, el nivel de satisfacción de ambos, tanto del paciente<sup>9, 10</sup> como del médico, aumenta, permitiendo reducir en el médico el síndrome de *burn out*<sup>11, 12</sup>.

Aunque es antigua la idea de que la comunicación es un aspecto esencial de la medicina, la enseñanza de las habilidades comunicacionales solo se inició en los años 70, al incorporarse en los programas de pregrado y posgrado de universidades de países como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá. Durante los primeros años hubo bastante resistencia a aceptar que una buena comunicación es un concepto definible, medible y posible de aprender. Hoy, sin embargo, la realidad es otra: la mayoría de las escuelas de Norteamérica y de Europa incluyen cursos sobre comunicación en su currículo<sup>13</sup> y la comunicación efectiva es considerada como una de las competencias esenciales de un buen médico<sup>14</sup>. Es más, las instituciones dedicadas a la acreditación de las escuelas de medicina norteamericanas exigen a las universidades que brinden la formación adecuada, que evalúen las habilidades en comunicación de los médicos tanto con los pacientes como con las familias de los pacientes, los colegas y los demás profesionales de salud<sup>15</sup>.

Existe una gran diversidad en la manera cómo se enseñan y evalúan las habilidades comunicacionales. En 1999, la *Association of American Medical Colleges* (AAMC) publicó un informe sobre la enseñanza en comunicación y las principales metodologías utilizadas. El informe da cuenta de esta diversidad en los métodos y de que menos de un tercio de las escuelas de medicina usan un modelo estructurado para enseñar y evaluar la comunicación. En efecto, 91% de las escuelas enseñan las habilidades en discusiones en grupos pequeños; 82% en clases tradicionales; 79% aplicando la observación de entrevistas entre estudiantes y pacientes simulados; 74% de entrevistas de docentes con pacientes reales, y 72% de entrevistas de estudiantes con pacientes reales.

Con la implementación de las evaluaciones clínicas con estaciones (OSCE/ ECOE) se abrió la posibilidad de incluir las evaluaciones de habilidades comunicacionales entre las evaluaciones sumativas. Así ocurrió en nuestra escuela en el año 2000, cuando comenzamos a utilizar las evaluaciones de las habilidades con estaciones (OSCE/ECO) y las incluimos, en consecuencia, en las evaluaciones sumativas<sup>16</sup>. En 2004, en Estados Unidos se incorporaron estaciones OSCE en las evaluaciones del examen nacional de medicina de la *United States Medical Licensing Examination* (USMLE). Este examen exige que “*todo estudiante demuestre que puede recoger información y realizar examen físico a sus pacientes; al mismo tiempo debe ser capaz de comunicarse efectivamente con pacientes y colegas*”<sup>17</sup>.

## **Definición de habilidades esenciales**

Las primeras investigaciones sobre la relación médico-paciente fueron realizadas en los años 60. Actualmente existe un número importante de estudios de gran seriedad que definen cuáles son las principales habilidades comunicacionales que deben estar presentes en la relación médico paciente y que, como tales, deben ser aprendidas y desarrolladas por los estudiantes.

El desarrollo mencionado ha favorecido la creación de modelos estructurales para la enseñanza y la educación de las habilidades comunicacionales, entre los cuales los más renombrados son el *SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills* y el *Calgary- Cambridge*

*Observation Guide*<sup>18, 19</sup>. Estos modelos enfatizan en que el estudiante logre adquirir ciertas habilidades que deben estar presentes en la relación con sus pacientes. Este énfasis en los logros otorga flexibilidad a la aplicación de habilidades comunicacionales en cuanto el estudiante aprende probando diferentes estrategias para lograr su meta.

## **Deficiencias en comunicación**

Desafortunadamente, los médicos con frecuencia no practican las habilidades comunicacionales propias a un buen médico.

La evidencia muestra que esta realidad trae como consecuencias que solamente la mitad de los motivos de consulta se descubran<sup>20</sup>; que la morbilidad psicológica del paciente sea raramente detectada<sup>21</sup>; que, en general, se obtenga una baja adherencia a los tratamientos<sup>22</sup>; y que el nivel de satisfacción de los pacientes sea variable. Por un lado, el médico obtiene poca información sobre lo que al paciente le parece relevante, es decir, cómo está viviendo su enfermedad<sup>23</sup>. Por otro, las informaciones que se le entregan al paciente (cuando se le entregan) son rígidas e ignoran lo que él quiere saber o si efectivamente comprendió.

## **¿Cómo se explican estas deficiencias?**

La enseñanza en comunicación es un fenómeno relativamente nuevo, por lo que es esperable que muchos de los actuales docentes nunca hayan recibido capacitación en habilidades comunicacionales. En algunos médicos se percibe una resistencia a involucrarse en aspectos psicosociales de la medicina. Pareciera que hay temor a abrir una “caja negra sin fondo”. Se cree, erróneamente, que esto puede aumentar el estrés del paciente, tomar mucho tiempo o amenazar la propia estabilidad emocional del médico. Sin embargo, se sabe que lo que se propone es solo reconocer y validar los aspectos psicosociales del paciente.

## **Cómo se adquieren habilidades comunicacionales**

La comunicación es inherente a nosotros, desde que nacemos estamos comunicándonos. La “no-comunicación” no existe, por lo que estamos permanentemente practicando y también aprendiendo. La escuela de medicina puede proponer un aprendizaje desde el currículo formal, como el resto de los ramos; desde el currículo informal, a través del modelaje de sus profesores; o desde el “currículo oculto”, es decir, referido al trato a los miembros del equipo de salud o a los estudiantes también desde sus profesores.

En 1999 la organización *Best Evidence Medical Education* (BEME) publicó una revisión sistemática de 31 ensayos randomizados sobre la capacitación en habilidades comunicacionales<sup>24</sup>. Se llegó a las siguientes conclusiones:

- Todos los estudiantes de medicina deben recibir una capacitación formal en habilidades comunicacionales porque de esta forma logran diagnósticos más precisos y las relaciones con sus pacientes son, en sí mismas, terapéuticas.

•Para que la docencia en comunicación sea efectiva se deben usar métodos experienciales y focalizarse en practicar las habilidades para lograr las metas fijadas.

•Para que sea más efectivo el aprendizaje se debe realizar la capacitación durante las pasadas clínicas. "Se debe considerar que los hombres aprenden más lento que las mujeres.

En el mismo año 1999 la *Association of American Medical Colleges* emitió un informe sobre la enseñanza de comunicación en medicina<sup>25</sup>. Basándose en las declaraciones de consenso alcanzadas en dicho informe, se realizaron en 2001 ocho recomendaciones<sup>26</sup>:

1. La enseñanza y la evaluación deben estar basadas en la evidencia de una comunicación efectiva, para lo que se debe usar información proveniente de la literatura tanto clínica como de las ciencias de la conducta. Deben centrarse en las habilidades pero mantener una visión amplia de la aplicación de estas en su contexto y en la ética de la relación médico-paciente.
2. Debe haber coherencia entre la enseñanza en comunicación y la enseñanza clínica. Por ello, es muy importante que los clínicos conozcan los elementos que se enseñan en comunicación y que se refuercen estos conceptos en la clínica. Por otro lado, es necesario que la enseñanza en comunicación sea altamente relevante en el trabajo clínico. El aprendizaje de habilidades comunicacionales debe ser entendido como una herramienta para lograr el desarrollo de una relación médico-paciente más efectiva y terapéutica. El desarrollo de competencias relacionales debería ir de la mano del desarrollo de las competencias clínicas.
3. Se debe definir claramente qué es lo que necesita lograr un buen médico en términos comunicacionales. Un enfoque centrado en los logros que quiere alcanzar el estudiante le da un sentido al aprendizaje de dichas habilidades. Además, este tipo de enfoque preserva la individualidad de los estudiantes, alentándolos a idear un abanico de estrategias y habilidades.
4. La enseñanza en comunicación debe ser apoyada por el desarrollo personal y profesional. Los estudiantes deben tener un espacio de reflexión sobre temas como autoconocimiento y autocuidado.
5. La escuela de medicina debería tener una estructura coherente que permitiera la existencia de instancias de aprendizaje sobre comunicación a lo largo del currículo de manera continua.
6. Debe existir una evaluación directa de los logros que alcanza el estudiante. En las presentaciones de pacientes el docente no debería preguntar únicamente sobre la anamnesis y los diagnósticos sino también sobre la perspectiva del paciente respecto a su enfermedad, sus preocupaciones y el impacto que ella tiene en su vida. Una evaluación directa implica observación directa, guiada por instrumentos válidos y confiables.
7. Tanto la enseñanza como la evaluación de habilidades comunicacionales deben ser evaluadas para así asegurar que cada actividad sea un complemento de las otras.

8. Capacitación y desarrollo del equipo docente (*Faculty development*) en lugar de debe contar con el apoyo y con los recursos necesarios. Existe un número importante de docentes para quienes este es un tema nuevo porque no han recibido ninguna formación en comunicación. Los doctores involucrados en docencia y en evaluación deberían sentir que su trabajo es apoyado y valorado.

## **Metodologías específicas para ayudar a los estudiantes a adquirir habilidades comunicacionales**

En general, cómo aprender habilidades en medicina ha sido objeto de varias teorías de aprendizaje<sup>27, 28</sup>. La Dra. Suzanne Kurtz analizó 19 estudios que demuestran que es posible aprender habilidades comunicacionales y planteó que para el aprendizaje de cualquier habilidad se necesitan cinco ingredientes<sup>29</sup>, los que se mencionan en la Tabla 1, a continuación:

### **tabla 1 Ingredientes para aprendizaje de habilidades comunicacionales**

1. Definición clara de las habilidades esenciales, fundamentada en evidencia
2. Demostración de las habilidades por el docente
3. Observación de entrevistas realizadas por el estudiante
4. *Feedback* descriptivo y constructivo
5. Práctica en un ambiente seguro
6. Evaluación-autoevaluación/introspección

Estar en un ambiente seguro es considerado particularmente importante en el aprendizaje de la comunicación. Al contrario de las otras habilidades en medicina como, por ejemplo, insertar una cánula, las habilidades comunicacionales las vamos desarrollando desde la infancia, aprendiendo y aprehendiendo lo propio de cada familia, de cada cultura, de cada contexto, cada experiencia personal aumenta el aprendizaje, aumenta la singularidad. Es por eso que el estudiante puede percibir una crítica a su comunicación como una amenaza a su propia persona, a su propia forma de ser y puede afectar su autoestima. Por ello se dice que aprender sobre comunicación implica involucrarse, conocerse, tener apertura y aprender en un ambiente seguro libre de amenazas.

Existen distintas estrategias para observar a los estudiantes entrevistando pacientes, como se indica en la tabla 2:

### **tabla 2 Herramientas recomendadas para la observación enseñanza de comunicación**

- Talleres en grupos pequeños con juego de roles entre estudiantes

- Talleres en grupos pequeños con pacientes simulados
- Filmación usando video
- Observación con pacientes reales

Se plantea la existencia de una continuidad en la forma de “observar” a lo largo del currículo de pre y posgrado<sup>30</sup>. Para comenzar, el juego de roles entre estudiantes o las entrevistas con pacientes simulados (personas entrenadas para representar un paciente) son momentos importantes para los estudiantes en sus primeros años de formación. Estas son instancias en que los estudiantes pueden atreverse a practicar nuevas habilidades comunicacionales y en que reciben de inmediato un *feedback* constructivo sobre su desempeño. Enseguida, la filmación en video de entrevistas con pacientes simulados o reales permite al estudiante revisar sus propias habilidades y lograr reflexionar acerca de su rol como médico. Finalmente, la observación del desempeño del estudiante con pacientes reales permite realizar el ciclo de *práctica-feedback*.

## **Evaluación de las habilidades comunicacionales**

La evaluación de las competencias comunicacionales es compleja, ya que requiere demostración “en-vivo” y porque no se define solamente por la ausencia

o presencia de conductas específicas, sino por la presencia de habilidades efectivas, verbales y no-verbales, en el contexto de la interacción con el paciente. La comunicación efectiva incluye la capacidad de adaptarse y de ser proactivo durante la entrevista y depende no solamente de conductas observables del estudiante sino también de las conductas y percepciones del paciente<sup>31</sup>. Las habilidades de comunicación deberían ser un componente de la evaluación por tratarse de una competencia esencial de un buen médico y porque los estudiantes de medicina dirigen principalmente sus esfuerzos al aprendizaje de aquellas materias que están incluidas en las evaluaciones sumativas y que se reflejan en sus notas.

Tradicionalmente los énfasis en evaluación estuvieron dirigidos a medir principalmente conocimientos y, por lo tanto, las competencias relacionales y comunicacionales no fueron vistas como importantes por los estudiantes. Con el giro efectuado al poner énfasis en la medición de las competencias y al introducir la observación directa en las evaluaciones sumativas, se ha permitido evaluar las competencias relacionales. Actualmente los estudiantes se han visto confrontados a no descuidar sus destrezas relacionales, ya que estas son enseñadas y evaluadas.

El Dr. Ronald Epstein resume los métodos de evaluación de competencias relacionales actualmente en uso y reconoce que cada uno de estos tiene sus fortalezas y limitaciones<sup>32</sup>, como se indica en la tabla 3, a continuación:

**tabla 3**

### **Métodos de evaluación de competencia relacional y comunicacional**

#### **Evaluación por tutores**

1. Evaluación global al final de las rotaciones
2. Observación directa, estructurada con *check-list*

- a. Mini OSCE
- b. Filmación con video
- c. Espejo unidireccional

### **Simulaciones clínicas**

- 1. Pacientes estandarizados en OSCE/ECOPE
- 2. Pacientes simulados incógnitos

### **Evaluaciones de fuentes múltiples**

- 1. Evaluaciones por pares
- 2. Evaluaciones por pacientes
- 3. Autoevaluaciones
- 4. Portafolios

Las sutilezas de una comunicación efectiva, la adaptación de las habilidades según las reacciones de los pacientes y la creencia persistente entre algunos docentes de que la comunicación es siempre algo subjetivo y difícil de medir, dificultan la creación y el uso de instrumentos de evaluación apropiados para las competencias comunicacionales. En 2002, un grupo de expertos de diferentes países evaluaron 15 instrumentos para medir habilidades comunicacionales y encontraron que diferían en sus contenidos, en sus propiedades psicométricas y en la facilidad de uso<sup>33</sup>. Sin embargo, concluyeron que el uso de un instrumento tipo *check-list* en comparación con una clasificación global puede entregar al estudiante información más específica sobre sus habilidades comunicacionales que lo que permite dar un *feedback* útil, reforzando así la idea de que cada evaluación sumativa puede ser formativa a la vez.

## **Conclusiones**

Las habilidades comunicacionales forman parte de la competencia esencial de un buen médico. Para desarrollarlas, es necesario definir el currículo de la carrera en general para el aprendizaje de las habilidades comunicacionales. La enseñanza en comunicación requiere el uso de una metodología experiencial que incluya la observación de los estudiantes con pacientes y la entrega de un *feedback* constructivo, ojalá en forma inmediata. Estas habilidades deben ser calificadas en la evaluación sumativa de cada escuela de medicina. Al mismo tiempo se requiere de profesores que compartan la necesidad de desarrollar las competencias relacionales como una herramienta más en beneficio de una buena medicina.

## **Citas**

<sup>1</sup> Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999; 20;281(3): 283-287.



- <sup>2</sup> Adamson TE, Bunch WH, Baldwin DC, Jr., Oppenberg A. The virtuous orthopaedist has fewer malpractice suits. *Clin Orthop Relat Res* 2000;(378): 104-109.
- <sup>3</sup> Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284(8): 1021-1027.
- <sup>4</sup> Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298(9): 993-1001.
- <sup>5</sup> Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care* 2000; 38(8): 807-819.
- <sup>6</sup> 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(9): 796-804.
- <sup>7</sup> McLane CG, Zyzanski SJ, Flocke SA. Factors associated with medication noncompliance in rural elderly hypertensive patients. *Am J Hypertens* 1995; 8(2): 206-209.
- <sup>8</sup> Dowell J, Jones A, Snadden D. Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2002; 52(474): 24-32.
- <sup>9</sup> Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996; 11(3): 147-155.
- <sup>10</sup> Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322(7284): 468-472.
- <sup>11</sup> Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347(9003): 724-728.
- <sup>12</sup> Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155(17): 1877-1884.
- <sup>13</sup> Association of American Medical Colleges. Medical School Objectives Project: Report III - Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. 1999. Association of American Medical Colleges.
- <sup>14</sup> Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication skills. Radcliffe Medical Press; 2005.
- <sup>15</sup> Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ* 2006; 40(7): 624-629.

- <sup>16</sup> Trivino X, Vásquez A, Mena A, López A, Aldunate M, Varas M et al. [Application of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) for pediatric internship assessment in two schools of medicine]. *Rev Med Chil* 2002; 130(7): 817-824.
- <sup>17</sup> Adamo G. Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Med Teach* 2003; 25(3): 262-270.
- <sup>18</sup> Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns* 2001; 45(1): 23-34.
- <sup>19</sup> 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(2): 83-89.
- <sup>20</sup> Silverman J, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Second ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2005.
- <sup>21</sup> Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med* 2000; 343(26): 1942-1950.
- <sup>22</sup> Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *CMAJ* 1996; 154(9): 1357-1362.
- <sup>23</sup> Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. *Meeting between experts: an approach to sharing ideas in the medical consultation*. London: Tavistock; 1985.
- <sup>24</sup> Aspegren K. *Best Evidence Medical Education Guide: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: A review with quality grading of Articles*. Best Evidence Medical Education Guide N°. 1999
- <sup>25</sup> Association of American Medical Colleges. *Medical School Objectives Project: Report III - Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine*. 1999. Association of American Medical Colleges.
- <sup>26</sup> Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001; 76(4): 390-393.
- <sup>27</sup> Mann KV. Thinking about learning: implications for principle-based professional education. *J Contin Educ Health Prof* 2002; 22(2): 69-76.
- <sup>28</sup> Ten CO, Snell L, Mann K, Vermunt J. Orienting teaching toward the learning process. *Acad Med* 2004; 79(3): 219-228.
- <sup>29</sup> Kurtz S., Silverman J., Draper J. *Teaching and Learning Communication skills*. Radcliffe Medical Press; 2005.

<sup>30</sup> Rider E.A., Keefer C.H. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ* 2006; 40(7): 624-629.

<sup>31</sup> Schirmer J.M., Mauksch L., Lang F., Marvel M.K., Zoppi K., Epstein R.M. et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med* 2005.

<sup>32</sup> Epstein R.M. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007; 356(4): 387-396.

<sup>33</sup> Duffy F.D., Gordon G.H., Whelan G., Cole-Kelly K., Frankel R., Buffone N. et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004; 79(6): 495-507.