



Medicina U.P.B.

ISSN: 0120-4874

revista.medicina@upb.edu.co

Universidad Pontificia Bolivariana
Colombia

Villegas Stellyes, Claudia Elena
Comunicación en el currículo médico
Medicina U.P.B., vol. 36, núm. 1, enero-junio, 2017, pp. 59-70
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159051102008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Comunicación en el currículo médico

Communication in the medical curriculum / Comunicação no currículo médico

Claudia Elena Villegas Stellyes¹

RESUMEN

En esta revisión se hace una aproximación sobre la integración de la dimensión comunicativa en el ámbito de la educación médica, al reconocerla como eje central de los currículos en salud y por su relevancia en la relación clínica. A partir del contexto actual en el ejercicio médico, sus problemáticas y necesidades, se plantean alternativas de enseñanza que favorece el desarrollo de capacidades y competencias en comunicación por parte del estudiante. Este acercamiento inicial, además de considerar el significado de una adecuada comunicación, da cuenta de los principales referentes globales que han servido como directriz a diferentes escuelas de medicina para la definición de los currículos. En la elaboración de estas propuestas curriculares, se han considerado aspectos como la forma en la que se concibe la comunicación desde la programación académica, si se asume como un curso independiente o si está integrada al logro de otras competencias biomédicas (de manera transversal en el currículo). Otras temáticas tienen que ver con los contenidos, la definición de las metodologías de enseñanza, aprendizaje, evaluación y la necesidad de garantizar el acompañamiento y la retroalimentación al estudiante, por la naturaleza de la experiencia comunicativa durante las prácticas clínicas y por su relevancia en la formación humana e integral.

Palabras clave: comunicación; currículo; educación médica.

ABSTRACT

This review addresses the integration of communication in the context of medical education as it is a central axis of health curricula and an instrumental part of the clinical relationship. Based on the current context in medical practice, its problems and needs, teaching alternatives which favor the development of communication abilities and competencies of students are proposed. Besides considering the meaning of adequate communication, this initial approach considers the main global models that have served as guidelines for different schools of medicine during curriculum development. Within the creation of such curricular proposals, aspects such as the way communication is conceived from the perspective of the academic program have been considered, if it is understood as an independent course or if it is integrated within the achievement of other biomedical competencies (in a transversal manner in the curriculum). Other topics are related to content, the definition of teaching methodologies, learning, evaluation and the need to guarantee the accompaniment and feedback to students due to the nature of the communication experience during the clinical practices and its relevance in humane and comprehensive education.

Keywords: communication; curriculum; education, medical.

RESUMO

Nesta revisão se faz uma aproximação sobre a integração da dimensão comunicativa no âmbito da educação médica, ao reconhecê-la como eixo central dos currículos em saúde e por sua relevância na relação clínica. A partir do contexto atual no exercício

Fecha de recibido:

28 de septiembre de 2016

Fecha de aprobación:

28 de noviembre de 2016

Forma de citar este artículo:

Villegas CE. Comunicación en el currículo médico. Med U.P.B. 2017;36(1):59-70. DOI:10.18566/medupb.v36n1.a08

1. Médico y Cirujano. Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Coordinadora Ciclo Profesional, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Dirección de

correspondencia: Claudia Elena Villegas Stellyes. Correo electrónico: claudia.villegas@upb.edu.co

médico, suas problemáticas e necessidades, se propõe alternativas de ensino que favorece o desenvolvimento de capacidades e competências em comunicação por parte do estudante. Esta aproximação inicial, ademais de considerar o significado de uma adequada comunicação, se precepe que os principais referentes globais que há servido como diretriz a diferentes escolas de medicina para a definição dos currículos. Na elaboração destas propostas curriculares, se há considerado aspectos como a forma na que se concebe a comunicação desde a programação acadêmica, se se assume como um curso independente ou se está integrada à conquista de outras competências biomédicas (de maneira transversal no currículo). Outras temáticas tem que ver com os conteúdos, a definição das metodologias de ensino, aprendizagem, avaliação e a necessidade de garantir o acompanhamento e a retroalimentação ao estudante, pela natureza da experiência comunicativa durante as práticas clínicas e por sua relevância na formação humana e integral.

Palavras chave: comunicação; currículo; educação médica.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es un fenómeno inherente a la interrelación humana. Como concepto y núcleo temático, ha sido desplegado por numerosos autores, escuelas y disciplinas con diferentes enfoques teóricos. Su importancia en el contexto de las dinámicas de interacción entre personas ha sido reconocida, así como la multiplicidad de sus formas y representaciones. Entre los escenarios en los que tiene ocurrencia el intercambio comunicativo se cuenta el relacionado con la salud y la enfermedad de los sujetos y, de forma particular, con la relación clínica. Una comunicación adecuada es esencial desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y bioético, además de constituirse como base para la empatía y la confianza¹.

La comunicación en el ejercicio de las áreas de la salud y en la medicina, se ha visto influenciada por factores sociales, políticos, antropológicos, económicos, tecnológicos y culturales, que han configurado una realidad particular, heterogénea y, en muchas ocasiones, compleja². Lo anterior implica, además, a los sujetos que vivencian esta experiencia comunicativa, quienes se ven confrontados con situaciones, dilemas y retos tanto profesionales como personales. La comunicación se articula necesariamente con el “ser”, el “saber” y el “quehacer” del profesional médico y debe ser considerada como un eje central en la educación, en la formación y en el acompañamiento del estudiante^{1,2}.

Esta dimensión comunicativa ha estado presente de forma significativa durante las últimas décadas, en el dominio de la educación médica^{1,3}. Se ha concebido como un núcleo problematizador del conocimiento y se cuenta con una evolución relacionada con sus propósitos y objetivos, plasmados en varios consensos. De igual manera, se han propuesto enfoques curriculares relacionados con las capacidades y competencias que deben ser

logradas por el estudiante, así como los contenidos y las metodologías de aprendizaje y evaluación, entre otros aspectos. A continuación, se presenta una aproximación al contexto de la comunicación en la educación médica, a sus referentes, a la forma en la que se integra con el currículo y con el acompañamiento del estudiante.

Aproximación a la dimensión comunicativa

El interés por el concepto de comunicación está presente a lo largo de la historia de la humanidad, desde la antigua Grecia hasta nuestros días. A mediados del siglo pasado se concibe como un campo autónomo que da lugar a modelos y teorías. En un primer momento, Harold Lasswell definió la comunicación como “el acto intencional de una persona de dirigir un mensaje a otra”. Este modelo sigue el movimiento del mensaje, desde el emisor al receptor y sirve de base para los denominados modelos matemáticos o derivados de la teoría de la información^{4,5}.

Posteriormente, otros dos modelos de la misma tendencia, el de Claude Shannon y Warren Weaver (teoría matemática o de la información) y el de Wilbur Schramm reevaluaron la visión estática y le otorgaron a las interacciones de los actores implicados diferentes sentidos e intencionalidades. Shannon y Weaver propusieron un circuito de retroalimentación del destino hacia la fuente, es decir, un proceso cíclico que permitiría que la fuente también sea receptora. El modelo de Schramm pone a fuente y receptor al mismo nivel porque consideran que comunicar significa compartir, establecer una participación en común con alguien, la fuente codifica y el destino descodifica según la experiencia de cada uno⁵.

Por otra parte, los enfoques relacionales e interaccionales, representados en la Escuela de Palo Alto y en el Grupo de Philadelphia buscaron insertar la comunicación en la complejidad de las relaciones interpersonales.

Algunos autores de esta tendencia son: Gregory Bateson (conocido por la Hipótesis del doble vínculo), Ray Bird-whistell (kinesia y la gestualidad), y Paul Watzlawick (teoría sobre la comunicación humana). Todos conciben la comunicación como “un sistema de canales múltiples en el que el actor social participa en todo momento, tanto si lo desea como si no: por sus gestos, su mirada, su silencio o incluso su ausencia”⁵. Por estas razones, se entiende la comunicación “como un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento: la palabra, el gesto, la mirada, la mímica y el espacio interindividual. No se trata de establecer una oposición entre la comunicación verbal y no verbal: la comunicación es un todo integrado. Únicamente en el contexto del conjunto de los modos de comunicación, relacionado a su vez con el contexto de interacción, es posible que la significación adquiera sentido”⁵.

A pesar de los diferentes enfoques, es imposible encontrar una única definición de comunicación porque varios la conciben como una ciencia objetiva/cuantitativa, mientras que otros la consideran desde una perspectiva interpretativa/cualitativa, tal como lo señalan Fernández y Galguera⁴. Estos autores citan a Miller, quien sostiene que gracias a la multiplicidad de modelos y definiciones, son identificables tres características aceptadas de forma general: la comunicación tiene un carácter procesual, es simbólica y es transaccional. La primera característica confiere a la comunicación un sentido dinámico, continuo y complejo que no es aislable de forma arbitraria. La segunda hace mención a los símbolos, verbales o no, que en relación con los referentes, son necesarios para el proceso comunicativo. Por último, la tercera tiene que ver con su sentido transaccional, que tiene en cuenta dos aspectos, el contexto de los actores y la retroalimentación de los mismos y se da una influencia recíproca entre los participantes, que construyen un significado compartido. De esta forma, se evidencia una transición en la concepción de los actores implicados, quienes trascienden la noción del simple emisor/receptor a la de perceptores o “quienes perciben” puesto que lo que se transmite es un contenido que se vuelve mensaje en la medida en que los actores le otorgan un sentido.

Escenario actual: comunicación y práctica profesional

La comunicación entendida como fenómeno y experiencia es parte clave de la interacción humana y es debido a esta razón que posibilita la construcción intersubjetiva inherente al acto médico y a la relación médico paciente. De esta forma, en el escenario del ejercicio actual de las ciencias de la salud y de la medicina, la comunicación se reconoce como fundamental para la relación clínica.

Diferentes autores y organizaciones han reconocido la importancia de la comunicación médico paciente en un número representativo de consensos y estudios^{1,3,6,7}.

Este fenómeno multifacético y multidimensional es inherente al ser humano^{2,8} y autores como Ruiz Moral¹, la han identificado como elemento nuclear del acto médico por sus influencias positivas en el diagnóstico y en la terapéutica. Una adecuada comunicación favorece la construcción de una relación de confianza y empatía, enmarcada en el respeto y la compasión². Esta empatía facilita el entendimiento de las experiencias propias y perspectivas del paciente, lo que resulta esencial en la relación clínica⁹. Por su parte, la compasión se ha vinculado también con la dimensión del cuidado con el principio bioético de beneficencia. Podría decirse, como lo apuntan Jiménez *et al.*¹⁰ que “cuidado y compasión tienden a lo mismo: recuperar la existencia disminuida o dañada. Sin embargo, mientras que el primero apela a acciones concretas, articuladas con miras al bienestar del paciente, la compasión se dirige a la actitud o virtud que acompaña al sujeto que da el cuidado”.

Desde el punto de vista conceptual, se ha definido la comunicación clínica como “cualquier comunicación entre profesionales de la salud o entre los profesionales y sus pacientes, sus familiares o personas cercanas. Esta comunicación puede ser oral, escrita, cara a cara, telefónica, electrónica o a través de video”¹¹. Esta noción de comunicación implica a médico, paciente y a otros actores como la familia, los cuidadores, los colegas y el equipo de salud desde una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Por su parte, Hulsman *et al.*¹², define la comunicación médica efectiva como el resultado de combinar conocimiento, capacidades del comportamiento, capacidades para la resolución de problemas, actitudes y profesionalismo. Concibe la comunicación como un proceso de solución creativa de problemas, que depende de las experiencias previas, los pensamientos asociados y las emociones. Para Kurtz *et al.*¹³, la comunicación efectiva se fundamenta en cinco principios:

- Asegura la interacción en lugar de la transmisión directa o simple entrega de información tanto por parte del médico como del paciente para facilitar el intercambio y la retroalimentación.
- Reduce la incertidumbre innecesaria en el paciente.
- Requiere la planificación en cuanto a los resultados que se pretenden conseguir.
- Necesita de dinamismo e implica flexibilidad por parte del médico, quien debe desarrollar capacidades que le permitan aproximarse a diferentes tipos de pacientes o al mismo paciente en circunstancias diferentes.
- Sigue un modelo helicoidal más que lineal.

En este contexto, se ha valorado de manera significativa el efecto de la comunicación en la salud y en la enfermedad de los seres humanos. Se ha aceptado ampliamente que una comunicación adecuada y centrada en el paciente es esencial para brindar un cuidado de alta calidad^{2,3,6,9,14,15}. La comunicación centrada en el paciente se define como aquella que implica activamente a éste porque garantiza y asegura que sus percepciones, necesidades y preocupaciones se articulen durante la interacción con el médico¹⁶. Define, a su vez, tres objetivos: primero, establecer una relación interpersonal; segundo, facilitar el intercambio de la información; y tercero, favorecer que el paciente se involucre en la toma de decisiones¹⁷.

La comunicación y el cuidado centrados en el paciente buscan traer la perspectiva de éste al encuentro clínico, para entenderla y validarla. El médico busca entender al paciente en su contexto psicológico y social, además de posibilitar su participación significativa. Se involucra al paciente en su propio cuidado. Además, médico y paciente, buscan alcanzar un entendimiento mutuo de las problemáticas para lograr acuerdos sobre el plan de tratamiento. Por su parte, la toma de decisiones debe basarse en la evidencia clínica y ser consistente con los valores del paciente, lo que facilitará su aplicación y cumplimiento posterior^{17,18}.

Se ha señalado que la palabra y el diálogo tienen capacidad terapéutica, así como los comportamientos no verbales, los cuales disminuyen la ansiedad y propician *confort* en momentos de estrés psicológico, emocional y de angustia^{13,19-21}. Un médico que valide la perspectiva del paciente o le expresa empatía, le ayuda a mejorar su bienestar emocional y propicia transformaciones para los actores implicados²².

Una adecuada comunicación tiene efectos directos e indirectos en la salud del paciente, en su evolución clínica y tiene un impacto en el ejercicio del profesional y en las dinámicas relacionadas con la atención en los sistemas de salud. Numerosos autores y consensos han reconocido los beneficios de una comunicación apropiada entre pacientes y profesionales de la salud^{14,20}. Esta asociación se evidencia en los siguientes aspectos:

Beneficios y aspectos relacionados con el paciente.

Entre ellos están los siguientes:

- El ejercicio diagnóstico y la eficacia mejoran cuando se integra un adecuado desempeño en comunicación con el razonamiento clínico. Es de suma trascendencia tener una comunicación efectiva para establecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento^{20,23}. Si la información obtenida del paciente es confiable, la precisión diagnóstica será mayor. De esta forma disminuyen los

errores derivados de la práctica y el ejercicio profesional^{14,21,24,25}. En este sentido una comunicación efectiva conlleva una adecuada y buena práctica clínica²⁶.

- Gracias a una comunicación concisa se evidencia una mejor evolución en la salud de los pacientes, asociada con una mejoría o resolución de los síntomas y cambios en variables fisiológicas^{11,13,16,19,25,27-30}.
- Se mejora la adherencia a los planes^{11,13,19,25,27,29,30}. Se ha reconocido una relación directa entre adherencia y los modelos de comunicación centrada en el paciente, que consideran actitudes, creencias y preferencias en la negociación, acuerdo y comprensión. Deveugele *et al.*³¹, señala que son necesarias tres habilidades para mejorar la adherencia terapéutica: brindar información, prestar atención a las emociones y compartir la toma de decisiones.
- Se aporta al conocimiento del paciente para compartir el entendimiento²⁰. Cuando se comprende la enfermedad, así como los riesgos y beneficios de las opciones terapéuticas, el paciente podrá tomar decisiones informadas sobre su situación y mejorar las alianzas terapéuticas.
- Favorece aspectos relacionados con la educación en salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad⁸. Lo anterior tiene la potencialidad de influir en las creencias del paciente, estimular cambios en sus hábitos de vida y generar actitudes relacionadas con el autocuidado para empoderar al paciente en cuanto a su condición de salud y se le motiva para que adquiera un rol activo como gestor de su cuidado y bienestar^{16,20,32}. Además, se mejora la comprensión, recordación y cooperación por parte del paciente^{15,19,30,33}.
- Está en directa relación con el aumento del nivel de satisfacción del paciente^{11,13,16,19,21,24,25,27,29,30,33}.
- Se ha identificado una disminución en el número de demandas y litigios en contra de profesionales médicos. Diferentes estudios han demostrado que una gran proporción de las demandas y quejas hacia los médicos, se deriva de problemas en la comunicación^{11,13,19,30,33}.

Beneficios y aspectos relacionados con el médico y los profesionales de la salud. Una comunicación oportuna y pertinente se ha asociado con satisfacción en el ejercicio del médico y del profesional de la salud^{11,13,16,19,21,24,25,27,29,30,33}. Además, se ha identificado una disminución en situaciones relacionadas con la práctica laboral actual, como el denominado síndrome de *Bournout* y el estrés emocional en médicos^{13,21}.

Beneficios y aspectos relacionados con la atención y los sistemas de salud. En este contexto, se ha identificado un mejor acceso y uso de los servicios y recursos en salud^{20,29} y una disminución en los períodos de tra-

tamiento, estancia hospitalaria y en la necesidad del uso de medicamentos como los analgésicos³³.

Luego de identificar la importancia que tiene la comunicación en la relación clínica, es preciso caracterizar su papel en el escenario del ejercicio actual de la medicina, en el que se han producido, durante las últimas décadas, cambios que han configurado la experiencia comunicativa. El desarrollo de una adecuada comunicación llega a ser complejo en el contexto actual profesional de las áreas de la salud. Y podrían categorizarse los factores y condicionantes en relación con aspectos como los actores implicados, los sistemas de aseguramiento, modelos de atención y políticas públicas en salud, así como la gradual inclusión de la tecnología^{24,34}.

Estas transformaciones en la esencia misma de la relación médico paciente, han tocado dominios como los roles asumidos, las dinámicas de interacción e, incluso, los imaginarios y credibilidad de los actores. Una de las variables más significativas en la actualidad tiene que ver con la inclusión de las tecnologías de información y comunicación en la cotidianidad y el ejercicio profesional, así como con las dinámicas de interacción social y humana, en el contexto de la sociedad del conocimiento y la información y se asumen como aspectos que condicionan e influyen en la dimensión y vivencia comunicativa¹⁷.

El paciente asume un rol cada vez más activo en lo que tiene que ver con su condición de salud y la toma de decisiones, por medio del consentimiento informado. Pero, además, accede a un gran volumen de información a través de internet, que en múltiples ocasiones no cuenta con rigurosidad académica¹⁷. Las mediaciones tecnológicas están presentes también en el ejercicio diagnóstico y terapéutico. Teutsch², señala que un enfoque excesivo en la tecnología representa una limitación para la comunicación.

Se ha postulado que otros factores condicionan la comunicación, como en el caso de la aplicación de modelos de productividad en la atención médica, el tiempo dedicado al encuentro con el paciente, una cultura de la medicalización, la creciente especialización y fragmentación de los sistemas de salud, entre otros^{2,35}. En cuanto a las restricciones en el tiempo y a las demandas propias del ambiente clínico, producen estrés en el profesional y disminuyen la capacidad para procesar información y dar respuesta coherente a claves comunicativas³⁶.

Las problemáticas actuales del ejercicio y de la relación clínica en función de la comunicación, así como del profesionalismo y de la humanización, deben ser tratadas desde el currículo médico tanto de pregrado como de postgrado, así como en programas de formación continua. La academia no debe ser ajena a los desafíos del contexto y tiene una responsabilidad social y ética con el futuro egresado, por tanto, debe facilitar y estimular el

logro de capacidades y competencias que posibiliten el ejercicio profesional y la satisfacción personal.

Comunicación en la educación médica

Concepción curricular de la comunicación y tendencias curriculares

La experiencia comunicativa es el eje central o elemento *core* de la interacción y relación entre médico, paciente, familiares, cuidadores y equipo de salud y, por ello, debe considerarse como un núcleo de desarrollo conceptual o problematizador en los currículos médicos. Esta asociación entre comunicación y educación ha sido desplegada por autores como Rey³⁷, que así la define: “al ser entendida la comunicación menos como simple paso de información y mucho más como producción, circulación y apropiación de sentidos, es decir como un proceso denso de intercambio de significaciones, encuentra de inmediato vínculos muy profundos con los procesos de pensamiento y con las prácticas educativas”.

Ruiz Moral¹, señala que es necesario enseñar y evaluar las competencias y habilidades comunicacionales en el currículo médico tanto en el pregrado como en postgrado y en la formación continua. Con esta premisa se ha incluido la comunicación en modelos de profesionalismo médico como el CanMEDS del Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá y se han logrado consensos e instrumentos para valorar la interacción comunicativa durante el encuentro clínico. Estas propuestas han servido como referentes en el campo educativo para definir fórmulas curriculares y evaluar el logro de capacidades y competencias en comunicación del estudiante. Algunos de estos referentes se mencionan en la Tabla 1^{3,6,7,11,14,38}.

A pesar de que se identifica una tendencia en la educación médica hacia la inclusión de la comunicación y el desarrollo de las capacidades y competencias relacionadas, aún hoy sigue siendo parte del denominado currículo oculto^{14,33}. Silverman¹⁴, señala que, a pesar de tener la misma importancia y rigor que las competencias biomédicas o clínicas, sigue siendo considerada por muchos como una capacidad blanda, menos importante, o como un componente periférico y no como un elemento central en las prácticas clínicas. Lo anterior tiene que ver con la comunicación y con las denominadas capacidades y competencias sociales, humanas o interpersonales, que, en relación con las competencias clínicas, podrían concebirse como integradas y no desde una perspectiva excluyente.

Cuando se revisa la literatura citada sobre la comunicación y la forma en la que se ha asimilado en la educación médica, se identifica gran variedad de propuestas curriculares. Esta diversidad tiene que ver con la manera en la

Tabla 1. Consensos en guías e instrumentos para valorar la interacción comunicativa durante el encuentro clínico^a.

Tipo	Denominación	Año	Autores
Consensos y guías	The Toronto Consensus Statement	1991	<i>Simpson et al.</i>
	The Kalamazoo Consensus Statement	2001	<i>Brunett et al.</i>
	The Kalamazoo II Report	2004	<i>Duffy et al.</i>
	UK Consensus Statement o Consenso Británico	2008	<i>Von Fragstein et al.</i>
	Assessment of Clinical Communication: AMEE Guide N°51	2011	<i>Laidlaw y Hart</i>
Instrumentos	AACH – The Three Function Approach to the Medical Interview	1989	<i>Cohen-Cole y Bird</i>
	The Maastricht Maas Global MAAS-Global	1995	<i>van Thiel y van Dalen</i>
	The Calgary-Cambridge Approach to Communication Skills Teaching	1996	<i>Suzanne kurtz y Jonathan Silverman</i>
	The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills	2001	<i>Gregory Makoul</i>
	Escala CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar)	-	<i>Ruiz Moral et al.</i>
	<i>The CELI Instrument (Control, Explaining, Listening and Influencing)</i>	-	<i>Wouda</i>

^a Elaboración propia.

que se concibe, desde la programación académica, como un curso único o por medio de módulos, seminarios o talleres de otras asignaturas. Además, esta multiplicidad tiene que ver con los contenidos, las didácticas, las metodologías de enseñanza y aprendizaje, la evaluación y la intensidad horaria. Una de las tendencias curriculares es la de incluir cursos en comunicación en el plan de estudios, de forma única, aislada y al inicio de la carrera durante el período preclínico cuando el estudiante recibe la fundamentación disciplinar en ciencias básicas. Estos cursos son asumidos por docentes con formación en áreas sociales y humanas y no por docentes clínicos³⁹.

Se identifica una progresión durante los últimos años cuando diferentes expertos en el tema han enfatizado en la necesidad de incluir el componente de comunicación de manera integrada y transversal al currículo médico durante toda la formación del estudiante. La comunicación se ha articulado con los cursos relacionados con el logro de capacidades y competencias en el saber biomédico y de razonamiento clínico^{40,41}. Este enfoque es en esencia interdisciplinar y multidisciplinar puesto que propende por un trabajo articulado entre áreas y especialidades clínicas, quirúrgicas, de cuidado primario, salud mental, medicina psicosomática y sociología médica^{27,42-44}. De esta forma se ha buscado subsanar y acortar la brecha entre el período preclínico o de ciencias básicas y el período clínico, momento en el que se llevan a cabo las prácticas⁴⁵.

Con estos argumentos esgrimidos, se podría hacer un debate acerca del impacto educativo y considerar, por un lado, la comunicación como un curso o módulos específicos versus la comunicación integrada con asignaturas clínicas y quirúrgicas, o la enseñanza en comunicación en el período preclínico versus su enseñanza durante el período de las prácticas clínicas.

En las prácticas clínicas el estudiante experimenta la realidad del ejercicio profesional y académico por cuanto se interrelaciona con pacientes, familiares, docentes y equipo de salud. Además, por interaccionar y familiarizarse con las dinámicas propias de los sistemas de salud y verse enfrentado a los dilemas éticos propios y específicos de cada caso o situación. Lo anterior pone de relieve la importancia del acompañamiento y retroalimentación por parte de la academia y de los docentes. En relación con esto, Aspegren, citado por Rees *et al.*⁴⁶, sugiere que la formación en comunicación es más efectiva durante la práctica y el internado que durante el período preclínico.

La inclusión de la comunicación de forma transversal en el currículo pretende integrar los aprendizajes básicos y clínicos o dar una mayor coherencia entre teoría o práctica pero, también, dar a la comunicación la importancia que merece como un elemento fundamental en el ser, saber y hacer médico y no solo como un componente secundario o de menor nivel en comparación con las ciencias biomédicas.

Enseñanza, aprendizaje y evaluación de la comunicación en el currículo médico

La educación en comunicación se ha orientado al logro de competencias y habilidades comunicativas relacionadas con la entrevista clínica para definir una impresión diagnóstica y aportar en el ejercicio clínico. Esta concepción se enfoca en desplegar actividades que deben cumplirse a modo de lista de chequeo. Diferentes consensos y expertos en el tema han definido estos contenidos en la relación médico paciente, la elaboración de la historia clínica, la explicación del diagnóstico y pronóstico del paciente, establecer y aclarar el plan terapéutico, llegar a un consentimiento informado, exploración física del paciente, comunicación verbal y no verbal y las habilidades para enfrentar situaciones específicas y difíciles como dar malas noticias o el tratamiento de pacientes con características especiales como niños, adolescentes, adultos mayores, entre otros^{43,47-50}.

Sin embargo, la experiencia de comunicación del estudiante puede considerarse desde una óptica integral que tenga en cuenta la esencia del fenómeno comunicativo como encuentro interpersonal e intersubjetivo y como la posibilidad para el diálogo de saberes y el desarrollo humano del ser, además del logro de objetivos puntuales relacionados con el saludo, el contacto visual, la retroalimentación conjunta entre médico y paciente, el cierre de la sesión, entre otros. Estas propuestas apuntan a temáticas como la propia conciencia y conocimiento en el estudiante^{16,51}. Podría considerarse que los enfoques antes mencionados no son excluyentes entre sí sino, más bien, complementarios. Se concibe de esta forma un proceso holístico que tiene en cuenta aspectos cognitivos en el saber, procedimentales en el hacer y axiológicos en el ser.

Mientras para algunos autores las capacidades y competencias en comunicación son de carácter social y, por tanto, inherentes a la persona y no aprendidas, para otros, se aprenden si existen intencionalidades curriculares definidas y claras^{21,35}. En cuanto a este tema, se identifica una transición desde aquellas competencias y habilidades genéricas a las más específicas y complejas conforme se avanza en la formación profesional, durante las prácticas para consolidar una base de conocimiento y experticia por parte del estudiante.

Los diseños curriculares en comunicación deben tener en cuenta factores intrínsecos y extrínsecos, relacionados con los actores, las condiciones y características académicas de las instituciones educativas y con los contextos del ejercicio profesional y los sistemas de salud. Por una parte, el estudiante como sujeto que aprende, vive una experiencia personal en la que están implicados docentes y pacientes. En cuanto al estudiante, deben tenerse en cuenta otros aspectos como el género, sus rasgos de

personalidad, su contexto, saberes y experiencias previas. Estas propuestas curriculares deben considerar enfoques de cuidado centrados en el paciente, como elemento esencial de la atención en salud por validar la perspectiva y su contexto con el fin de estimular aspectos como su autocuidado y compromiso en el logro del plan terapéutico⁵². Se deberán tomar en cuenta, además, estrategias y metodologías de enseñanza y aprendizaje centrados en el estudiante, en el caso particular de la educación en adultos. Estas metodologías de carácter interactivo potencian recursos y mediaciones como la simulación, el “feedback” o retroalimentación y se dan a partir de las experiencias previas del sujeto y con problemas reales de la práctica médica, el contexto y en la evidencia^{31,53}.

En relación con las metodologías utilizadas para la enseñanza y el aprendizaje en comunicación, se identifica gran diversidad que da cuenta del uso de clases magistrales, seminarios, talleres, presentaciones de caso, videgrabaciones, cine foros y entrevista e interrogatorio a pacientes simulados y reales en la práctica clínica. Se ha valorado la importancia de las metodologías experienciales, interactivas y basadas en el aprendizaje por competencias cuando se trata de un aporte al aprendizaje significativo, en contraste con aquellas metodologías de carácter tradicional como la clase magistral^{1,19,28,41,43,48,51,54,55}.

Estas metodologías experienciales, además de las sesiones con pacientes, incluyen la simulación, los juegos de rol, las discusiones en grupos pequeños y los diarios o narrativas sobre la interacción con pacientes durante las prácticas^{24,55}. Desde un enfoque curricular integrador y transversal, se apunta a metodologías como el aprendizaje basado en problemas (ABP) y el contacto temprano con pacientes desde los primeros años de la carrera, así como a las experiencias de aprendizaje que favorezcan el manejo de las emociones y que el estudiante tome un rol activo en su propia experiencia de formación^{43,56}. Se ha reconocido que es mejor el uso combinado de estas metodologías por el impacto en el aprendizaje del estudiante^{26,51}.

En cuanto a la evaluación y valoración del estudiante, se identifican enfoques que tienen en cuenta aspectos tanto sumativos como formativos. Por lo general, se ha dado la aplicación de escalas estandarizadas a modo de listas de chequeo, lo que representa una práctica relevante desde el punto de vista objetivo. Desde el II Reporte Kalamazoo⁶, además de las listas de chequeo en las que el estudiante es evaluado por un docente, un par o un paciente simulado, se propone la aplicación de otros dos métodos. Por un lado, están las encuestas a pacientes reales o simulados, además de los exámenes orales, pruebas escritas con preguntas abiertas o de selección múltiple con única escogencia y ensayos. Los métodos anteriores se agrupan en las siguientes categorías de metodologías e instrumentos^{6,27,33,41,51,54}:

- Evaluación de una observación directa con pacientes reales o (Mini Clinical Evaluation Exercise) Mini-CEX.
- Evaluación de encuentros simulados con pacientes estandarizados (Objective Structured Clinical Examinations) OSCE.
- Evaluaciones de interacciones a través de cintas de video (Objective Structured Video Exam) OSVE y grabaciones de audio.
- Encuestas o cuestionarios para pacientes.
- Evaluaciones de conocimientos, conceptos, percepciones y actitudes.

Como en el caso de las metodologías de enseñanza y aprendizaje, se prefiere el uso de varias metodologías de forma combinada. Sin embargo, no debe desconocerse la potencia de las estrategias y metodologías que posibiliten la retroalimentación, la reflexión y la autoevaluación en un ambiente de diálogo y respeto^{24,30,57}. Las evaluaciones deben llevarse a cabo en contextos que representen escenarios o situaciones de la práctica real. Salomon y Young, citados por Hulsman⁵⁸, consideran que la comunicación médica competente va más allá del simple uso de técnicas e instrumentos, se trata de encontrar soluciones creativas a situaciones interpersonales únicas y a necesidades de comunicación particulares para desarrollar las capacidades para el ejercicio profesional y el logro de sus propósitos.

El estudiante como ser comunicativo

Como se mencionó previamente, la formación del estudiante considera el logro de capacidades, competencias y habilidades relacionadas con el conocimiento académico o la realización de procedimientos específicos, lo que limitaría la dimensión y el sentido holístico de la educación como facilitadora de un verdadero desarrollo y transformación desde lo humano. Esta concepción, que considera la integralidad del ser, es fundamental en cualquier disciplina y sobre todo en aquellas relacionadas con las áreas de la salud en las que, por su esencia constitutiva, se hace necesaria la interacción con el otro y la construcción de intersubjetividades. La relación médico paciente como dimensión intersubjetiva, así como la comunicación inherente a la misma, requieren de un enfoque que tenga en cuenta aspectos procedimentales como los que se refieren a la entrevista clínica o dar “malas noticias”, el acompañamiento al estudiante desde el punto de vista personal e integral que apunte al desarrollo humano antes mencionado.

La dimensión comunicativa no puede asumirse como un elemento que surja *de novo* durante la formación del estudiante. El estudiante de medicina se ha comunicado durante toda su vida y en cuanto a esta experiencia

se identifican diferentes factores mediadores como la personalidad, el género del estudiante, las experiencias previas y las motivaciones o vivencias relacionadas durante el encuentro con el paciente, además de su bagaje personal, social y cultural previo, entre otros aspectos^{9,51}. Casasbuenas⁸, propone que el estudiante tiene tres tareas fundamentales durante su aprendizaje en comunicación: primero, profundizar en capacidades y competencias que ha adquirido previamente; segundo, agregar otras nuevas y, por último, aprender a aplicarlas con personas que buscan su ayuda.

Esta concepción integral del sujeto-estudiante lo entiende como aquel que aprende desde lo teórico y conceptual y como quien se ve enfrentado a los desafíos de la vida universitaria en lo social, personal y psicológico, como aquel que tiene una personalidad particular, una historia y experiencia de vida previa y, en ocasiones, diferentes motivaciones desde lo vocacional. Los anteriores elementos se amalgaman para definir procesos propios de cada estudiante en forma particular. Las propuestas curriculares deben contar con aspectos como la aproximación al paciente y el devenir de los momentos de la entrevista (saludo, explicación de los objetivos, cierre, que han sido definidos en diferentes guías y consensos) pero, sobre todo, ser una apuesta desde el acompañamiento personal que posibilite al estudiante la gestión de situaciones desde el punto de vista emocional, así como establecer estrategias para el autocuidado y la prevención del estrés o del agotamiento asociados con el trabajo en salud. El estudiante ya no debe ser visto como un receptor pasivo de conocimiento, sino como un perceptor o productor de emociones y sentimientos, quien tiene la capacidad de resolver problemas y que sea estimulado para que piense y hable sobre dichos problemas para establecer sus estrategias de solución³¹.

Para el acompañamiento al estudiante, en la definición de propuestas educativas, es necesario conocer la función y rol del docente por cuanto su quehacer se refiere a su papel como tutor académico. Gracias a su testimonio desde la experiencia personal y comunicativa se convierte en referente del médico en formación y, por ende, la labor docente no se relega a la réplica de prácticas observadas durante la formación o en el empirismo. Por el contrario, deberá contar con una preparación y cualificación definidas y orientadas al logro de los objetivos educativos y curriculares^{26,39,59,60}.

Los procesos de enseñanza y aprendizaje están influenciados por la relación docente estudiante¹⁶. Se ha enfatizado en este aspecto y se ha resaltado su importancia como ejemplo positivo y negativo^{23,39,43,44,46}. El docente que evidencie respeto, empatía, actitud de escucha o cercanía influye de manera favorable sobre el aprendizaje del estudiante^{8,16,39}. Los estudiantes son

capaces de identificar docentes que son íntegros, es decir, compasivos con sus pacientes, competentes desde lo clínico y con habilidades para la enseñanza⁴⁷. Estos docentes pasan a ser acompañantes del desarrollo de capacidades y competencias por medio de la retroalimentación constante^{8,41,61}.

CONCLUSIONES

La comunicación hace parte esencial de las dinámicas de interacción e interrelación de los seres humanos. Posibilita el intercambio y la construcción de sentidos y significados en la dimensión intersubjetiva. Una adecuada comunicación se relaciona con aspectos médico legales inherentes al ejercicio de la profesión en la disminución del número de demandas y con la satisfacción y el bienestar tanto del paciente como del médico y los demás integrantes del equipo de salud. Por una parte, en el paciente, una adecuada comunicación motiva el autocuidado, generar efectos fisiológicos, una mayor y mejor adherencia a los planes de tratamiento y cuidado, así como mayor conocimiento acerca de su condición, aspecto esencial en la toma de decisiones concertadas. De otra parte, una buena comunicación se relaciona con el ejercicio satisfactorio y la disminución del agotamiento o síndrome de *Bournout* en los profesionales de la salud.

La comunicación debe considerarse como parte importante de las propuestas curriculares en salud y educación médica. Debido a su significado, la comunicación es un eje de desarrollo conceptual para los currículos en salud y el currículo médico. Sin embargo, y a pesar de su trascendencia, se sigue considerando como parte del currículo oculto, aspecto que debe ser reevaluado. Además, su enseñanza y aprendizaje debe ser definida, intencionada y estructurada de acuerdo con propósitos y criterios claros desde el punto de vista educativo y no dejarse a la práctica empírica. A su vez, la interacción con el docente representa un referente durante las prácticas en relación con la comunicación. Por esta razón el docente tiene un rol fundamental durante este proceso.

Por estas razones, la comunicación se ha convertido en tópico generador de investigaciones en centros de enseñanza porque aporta referentes en cuanto a la pertinencia de los propuestas curriculares, el impacto de las didácticas utilizadas en su enseñanza, aprendizaje y

evaluación, así como la caracterización y descripción de las experiencias de vida de los diferentes actores implicados en el encuentro y la dimensión comunicativa. Este núcleo de desarrollo plantea un foco de interés en el que es pertinente continuar investigando.

La comunicación en la educación médica y en las áreas de la salud debe tener en cuenta, además del logro de las capacidades y competencias en el estudiante para la entrevista, brindarle claves para el tratamiento de pacientes y situaciones especiales y complejas. Posibilita el desarrollo de todos los sujetos implicados en la educación: estudiante, docente, paciente y equipo de salud, y motiva el autoconocimiento, autocuidado y la reflexión sobre el ser y quehacer profesional. En este sentido, se trasciende una visión meramente instrumental de la comunicación para integrarla a una concepción holística de la relación y reconocimiento del otro a partir de la experiencia vital.

AGRADECIMIENTOS

A las siguientes personas por su orientación, apoyo, acompañamiento y confianza a lo largo del proceso que produjo este artículo. En la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, a la Doctora Mónica Uribe Ríos, Decana; Enfermera Matilde Ligia Álvarez Gómez; Doctor José Gabriel Franco Vásquez; Bibliotecóloga Luz Gabriela Ochoa Acosta; Enfermera Dora Isabel Giraldo Montoya; Enfermero León Denis Velosa Castro y al Psicólogo Héctor Mauricio Mazo Álvarez. En el Cinde, a la Doctora Ofelia Roldán Vargas; Doctora Rosa María Suñé Domènech y a la Doctora Yicel Nayrobis Giraldo Giraldo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El presente artículo se deriva de la revisión teórica y conceptual del proyecto de investigación: *La experiencia comunicativa en el contexto de las prácticas clínicas de los médicos en formación*, que hace parte de la tesis de grado de la autora para optar por el título de Magíster en Educación y Desarrollo Humano, convenio Universidad de Manizales–Cinde. La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Ruiz R. Programas de formación en comunicación clínica: Una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educ Médica* 2003; 6(4):159–167.
2. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87(5):1115–145.

3. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wislin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ* 2008; 42(11):1100–1107.
4. Fernández C, Galguera L. Teorías de la comunicación. Primera ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009; p. 2–3.
5. Ruiz P. Psicología social de la comunicación. Aspectos básicos y aplicados. Primera ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2006.
6. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2004; 79(6):495–507.
7. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* 2001; 76(4):390–393.
8. Casasbuenas L. Reflexiones en torno a la enseñanza de la comunicación para la salud. *Iatreia* 2010; 23(4):400–404.
9. Dielissen P, Bottema B, Verdonk P, Lagro-Janssen T. Attention to gender in communication skills assessment instruments in medical education: A review. *Med Educ* 2011; 45(3):239–248.
10. Jiménez A, Triana M, Washburn J. Compasión y salud. *Isegoria* 2002; 0(27):211–223.
11. Hart LA. Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51. *Med Teach* 2011; 33:6–8.
12. Hulsman RL, Peters JF, Fabrick M. Peer-assessment of medical communication skills: The impact of students' personality, academic and social reputation on behavioural assessment. *Patient Educ Couns* 2013; 92(3):346–354.
13. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Médica Chile* 2010; 138(8):1047–1054.
14. Silverman J. Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns* 2009; 76(3):361–367.
15. Street RL, De Haes HCJM. Designing a curriculum for communication skills training from a theory and evidence-based perspective. *Patient Educ Couns* 2013; 93(1):27–33.
16. Kaplan CB, Siegel B, Madill JM, Epstein RM. Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. *J Gen Intern Med* 1997; 12 Suppl 2:S49–55.
17. Ledford CJW, Villagran MM, Kreps GL, Zhao X, McHorney C, Weathers M, et al. "Practicing medicine": patient perceptions of physician communication and the process of prescription. *Patient Educ Couns* 2010; 80(3):384–392.
18. Street RL. How clinician-patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns* 2013; 92(3):286–291.
19. Shapiro SM, Lancee WJ, Richards-Bentley CM. Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *BMC Med Educ* 2009; 9:11.
20. Street Jr. RL, Makoul G, Arora N, Epstein R. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74:295–301.
21. Windish DM, Price EG, Clever SL, Magaziner JL, Thomas PA. Teaching medical students the important connection between communication and clinical reasoning. *J Gen Intern Med* 2005; 20(12):1108–1113.
22. Bohórquez F, Jaramillo LG. El diálogo como encuentro: Aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. *Index Enferm* 2005;v14(50):38–42.
23. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74(3):287–294.
24. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, 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(2):152–162.
25. Rouf E, Chumley H, Dobbie A. Patient-centered interviewing and student performance in a comprehensive clinical skills examination: Is there an association? *Patient Educ Couns* 2009; 75(1):11–15.
26. Malhotra A, Gregory I, Darvill E, Goble E, Pryce-Roberts A, Lundberg K, et al. Mind the gap: Learners' perspectives on what they learn in communication compared to how they and others behave in the real world. *Patient Educ Couns* 2009; 76:385–390.
27. Bachmann C, Barzel A, Roschlaub S, Ehrhardt M, Scherer M. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Educ Couns* 2013; 93(2):298–305.
28. Dennis A, Warren R, Neville F, Laidlaw A, Ozakinci G. Anxiety about anxiety in medical undergraduates. *Clin Teach* 2012; 9:330–333.
29. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA. [Validity and reliability of a tool for assessing clinical communication in consultations: The CICA questionnaire]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria* 2006; 37(6):320–324.
30. Zick A, Granieri M, Makoul G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Educ Couns* 2007; 68(2):161–166.

31. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns* 2005; 58:265–270.
32. De la R LM, Vega N, Brito L. El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas. *Rev Habanera Cienc Médicas* 2010; 9(3):433–440.
33. Turan S, Elcin M, Uner S, Odabasi O, Sayek I, Senemoglu N. The impact of clinical visits on communication skills training. *Patient Educ Couns* 2009; 77(1):42–47.
34. Martin C. Perspective: To what end communication? Developing a conceptual framework for communication in medical education. *Acad Med* 2012; 86(12):1566–1570.
35. Shield RR, Tong I, Tomas M, Besdine RW. Teaching communication and compassionate care skills: An innovative curriculum for pre-clerkship medical students. *Med Teach* 2011; 33:e408–416.
36. Hulsman RL. Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Educ Couns* 2009; 74(3):302–308.
37. Rey G. El mundo como fábula. Comunicación, Ciencia y Desarrollo. Trabajo solicitado por la Misión de Ciencia, Educación y Desarrollo de la Fundación Social. 1994.
38. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303(6814):1385–1387.
39. Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA, Turato ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: A qualitative study. *Med Educ* 2006; 40(4):322–328.
40. Losh DP, Mauksch LB, Arnold RW, Maresca TM, Storck MG, Maestas RR, et al. Teaching inpatient communication skills to medical students: An innovative strategy. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2005; 80(2):118–124.
41. van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns* 2013; 90(2):177–183.
42. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns* 2013; 93(1):18–26.
43. Ellman MS, Fortin AH. Benefits of teaching medical students how to communicate with patients having serious illness: Comparison of two approaches to Experimental, skill-based and self-reflective learning. *YALE J Biol Med* 2012; 85:261–270.
44. Essers G, Van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S. Mixed messages in learning communication skills? Students comparing role model behaviour in clerkships with formal training. *Med Teach* 2012; 34:e659–665.
45. Brown J. Perspective: Clinical communication education in the United Kingdom: Some fresh insights. *Acad Med* 2012; 87:1101–1104.
46. Rees CE, Sheard CE, McPherson AC. A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Med Teach* 2002; 24(3):289–293.
47. Loureiro E, Severo M, Bettencourt P, Ferreira MA. Third year medical students perceptions towards learning communication skills: Implications for medical education. *Patient Educ Couns* 2011; 85(3):e265–271.
48. Rees C, Sheard C. Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Med Teach* 2003; 25(3):302–307.
49. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve student's communication skills? - A follow-up study. *BMC Res Notes* 2012; 5:486:1–9.
50. Zalihić A, Černi Obrdaj E. "Fundamental communication skills in medical practice" as minor elective subject. *Acta Medica Acad* 2014; 43(1):87–91.
51. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: Una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria* 2012; 44:358–365.
52. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns* 2011; 84:310–318.
53. Bauml R, Benbassat J. Current trends in the educational approach for teaching interviewing skills to medical students. *Isr Med Assoc J* 2008; 10:552–555.
54. Baribeau DA, Mukovozov I, Sabljic T, Eva KW, deLottinville CB. Using an objective structured video exam to identify differential understanding of aspects of communication skills. *Med Teach* 2012; 34(4):e242–250.
55. Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns* 2004; 54(1):119–121.
56. Gude T, Vaglum P, Anvik T, Baerheim A, Eide H, Fasmer OB, et al. Observed communication skills: How do they relate to the consultation content? A nation-wide study of graduate medical students seeing a standardized patient for a first-time consultation in a general practice setting. *BMC Med Educ* 2007; 7:43.

57. Chou CL, Masters DE, Chang A, Kruidering M, Hauer KE. Effects of longitudinal small-group learning on delivery and receipt of communication skills feedback. *Med Educ* 2013; 47(11):1073–1079.
58. Hulsman RL. The art of assessment of medical communication skills. *Patient Educ Couns* 2011; 83(2):143–144.
59. Alonso M, Kraftchenko O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de Medicina. *Rev Cuba Educ Med Super* 2003; 17(1):38–45.
60. Beca JP, Browne F, Repetto P, Ortiz A, Salas C. Relación estudiante de Medicina-enfermo: visión de los estudiantes. *Rev Médica Chile* 2007; 135(12):1503–1509.
61. Salmon P, Young B. Dependence and caring in clinical communication: The relevance of attachment and other theories. *Patient Educ Couns* 2009; 74(3):331–338.