

Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de Medicina

Sequential learning of communication skills in medical schools

Otto Guillén-López,¹ Guiliana Mas-Ubillús,¹ Bethsy I Reto-Zapata,¹ Alberto Guerra-García Campos¹ y David Tomateo-Torvisco¹

RESUMEN

Las habilidades de comunicación en medicina son muy importantes no solo en el desarrollo de las habilidades clínicas de un médico sino también en la relación médico-paciente; y, además, tiene resultados benéficos en el mismo paciente. Sin embargo, su enseñanza no está explícita ni estructurada en la mayoría de las facultades de medicina de Perú. El objetivo de este artículo es resumir una propuesta para que se incluya la enseñanza de dichas habilidades efectivas en los planes curriculares de las facultades de medicina.

PALABRAS CLAVE: Habilidades, comunicación, enseñanza, medicina.

ABSTRACT

Communication skills in medicine are very important not only in the development of a physician's clinical skills but in the doctor-patient relationship; and, besides, has beneficial results in the same patient. However, its learning is neither explicit nor structured in most of our medical schools. This article's objective is to summarize a proposal in order that such skills be included in the curricular plans of our medical schools.

KEYWORDS: Communication, skills, learning, medicine.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la enseñanza de habilidades de comunicación en medicina no está explícita en los planes curriculares de la mayoría las facultades de Medicina de Perú. Por esta razón, se realizó el diseño de un curso sobre el tema. Se siguió el modelo de Kern para el diseño, la planificación y la implementación de programas de formación docente,¹ en seis etapas.

ETAPA 1: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD

Todos los estudiantes de medicina deben recibir entrenamiento en habilidades de comunicación, ya que, si las adquieren, harán mejores diagnósticos y tendrán en el futuro una mejor relación médico-paciente.² Las habilidades de comunicación son críticas para la práctica médica (recolección de información, tratamiento, educación del paciente e interacción con el equipo de salud) y también resultan en beneficios para el paciente (satisfacción aumentada, resolución mayor de síntomas, menores tasas de referencia, status funcional y resultados de salud mejorados). Por otro lado, una comunicación efectiva beneficia al médico, incrementa su satisfacción y eficacia y reduce las quejas por mala praxis.³

El plan curricular de la carrera de medicina en la mayoría de facultades de Medicina en la actualidad no incorpora en forma objetiva herramientas para desarrollar en forma práctica las habilidades en los alumnos acerca de capacidades para la comunicación con pacientes y familiares de pacientes durante y en relación al acto médico que van a desarrollar en su práctica profesional futura.

1. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

Enfoque actual

Para establecer la problemática debemos tomar un ejemplo. En la Facultad de Medicina (Famed) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), en el currículo del 2015, algunas de estas habilidades de comunicación están mencionadas de forma dispersa en los cursos de tercer y cuarto año, cuando los alumnos están empezando a tener contacto con pacientes reales.

En el curso de Psicología Médica (tercer año) hay clases teóricas sobre entrevista médica (EM), comunicación y relación médico-paciente (RMP) y comunicación con el paciente difícil pero la mayor parte de la enseñanza es mediante talleres, en los que se discuten casos o se hacen lecturas individuales. El curso es más dirigido hacia el campo psicológico y psiquiátrico, ya que el curso es desarrollado solo por médicos psiquiatras.

En el curso Salud Comunitaria (tercer año), un logro de aprendizaje es “saber comunicarse con los pacientes, la comunidad y los actores de un establecimiento de salud”, y en la evaluación del trabajo de campo mencionan que “se tomará en cuenta la comunicación no verbal y verbal”. No obstante, la enseñanza de estos ítems no está explícito ni en los contenidos del curso ni en la bibliografía del curso.

En el sílabo del curso de Introducción a la Clínica (cuarto año) del año 2015, en los párrafos de los logros de aprendizaje, se incluye “realizar entrevistas a pacientes hospitalizados o simulados”. Esto se realiza siguiendo una cartilla de recolección de datos tanto de la anamnesis como del examen físico, mas no se enseña cómo realizar y estructurar esas entrevistas en forma estandarizada, mediante el uso de técnicas de buena comunicación con pacientes y guías validadas. También en los logros de aprendizaje se manifiesta “que se comunique eficazmente” pero no hay clases o talleres durante el curso que le den instrumentos para lograrlo. Por otro lado, en este curso está explícito el tema de comunicar malas noticias y solo se da una conferencia magistral de una hora.

En los objetivos de aprendizaje de los cursos de Clínica Médica I y II se encuentra que “se debe lograr un diagnóstico, plantear un plan de trabajo y conocer el tratamiento de diferentes enfermedades” pero esto no se detalla explícitamente en cómo comunicarlo al paciente y/o sus familiares de una manera estandarizada. Inclusive, a pesar de tener dentro de sus objetivos específicos del curso el “poner en práctica” la forma de prevención. En estos cursos existen prácticas de simulación con pacientes estandarizados en las cuales los alumnos realizan una

EM observada pero el objetivo principal de dichos casos es recolectar datos para llegar al diagnóstico y manejo pero no se evalúa en forma objetiva cómo se desarrolló la EM ni cómo el alumno comunicó la información de la enfermedad y el tratamiento al paciente.

Enfoque propuesto

Un currículo ideal debe desarrollar habilidades de comunicación antes y durante las rotaciones clínicas con métodos basados en la experiencia (experimentales).²

En 2005, Windish y col.⁴ implementaron un currículum AIME (*An integrated Medical Encounter*, Un encuentro médico integrado) a estudiantes del segundo año de medicina en la escuela de medicina de la Universidad Johns Hopkins y en seis semanas lograron mejorar en los alumnos ciertas habilidades de comunicación y razonamiento clínico. Ellos utilizaron una guía de observación de habilidades de comunicación modelada de la Guía Calgary-Cambridge.⁴ En este estudio se obtuvo que 84 % de los alumnos refirieron que la técnica AIME fue más efectiva que la enseñanza tradicional en enseñar técnicas para establecer la relación con el paciente, desarrollar listas de problemas y generar diagnósticos diferenciales, y 95 % encontraron beneficioso aprender comunicación y razonamiento clínico de una manera integrativa.

Haq y col., en su estudio recolectaron información de 12 escuelas de medicina en Estados Unidos y obtuvieron una lista de contenidos (con objetivos de aprendizaje, metodología y evaluación) que enseñaban en sus proyectos sobre Habilidades de Comunicación.³ Los temas más mencionados fueron:

- Educación del paciente y promoción de cambios de conducta (4 escuelas).
- Habilidades en la construcción de la RMP (4 escuelas).
- Resolución de conflictos y habilidades de negociación (4 escuelas).
- Comunicación de malas noticias y trato con pacientes angustiados o afligidos (4 escuelas).
- Trabajo con grupos específicos como familias y/o adolescentes (5 escuelas).
- Cuidado paliativo y al final de la vida, discusión de directivas avanzadas (4 escuelas).

Propuesta

Se escogió por relevancia tratar los siguientes temas:

- EM (mediante la guía Calgary-Cambridge).
- Comunicar malas noticias mediante el modelo SPIKES.²⁶
- La comunicación de errores médicos.



Evaluación general de necesidades

COMUNICACIÓN EN SALUD

En España, solo 54 % de 39 facultades de Medicina tienen asignaturas obligatorias que incluyen la comunicación del médico al paciente.⁷ En esta publicación de 237 encuestados, 10 % de familiares y 13 % de pacientes no entendieron las explicaciones que les dio su médico sobre su estado de salud o el de sus familiares. Por otro lado, 41 % de encuestados afirmaron que a los médicos en general se les entiende mal y de ellos, 45 %, refirieron que es porque hablan con términos médicos que no se comprenden.⁷

En otra encuesta de 131 residentes y 79 docentes en Cataluña (España) en el 2012 se obtuvo que solo 18 % de los residentes cursaron asignaturas obligatorias en el pregrado sobre habilidades comunicativas, mientras que 67 % de docentes manifestaron formación en habilidades comunicativas, pero en su mayoría por cursos aislados de autoformación.⁸

ERRORES MÉDICOS

Bell y col.⁹ reportan que 78 % de médicos facultativos indicaron que cometieron un error médico sin disculparse con el paciente o la familia, incluso 73 % de ellos reportaron que ese error puso al paciente en riesgo de discapacidad mayor o muerte. Este estudio menciona que en la Escuela Médica de Harvard en 2008, solo 20 % de estudiantes del tercer año reportaron adecuado entrenamiento para responder a los aspectos humanos del error médico. En una encuesta de un mil adultos americanos, 30 % experimentaron el error médico en carne propia o con un familiar. De ellos, 35 % reportaron como causa del error a la falta de comunicación entre el personal del hospital.¹⁰

MALAS NOTICIAS

La Sociedad Americana de Oncología, en 1998, registró que aproximadamente 60 % de los médicos oncólogos daban malas noticias (MN) 5 a 20 veces al mes y reportó que 42 % presentaron dificultad para comunicarla.¹¹

En una encuesta en el Hospital General de México a 227 médicos especialistas, 80 % no habían recibido educación para dar MN pero casi todos se enfrentaron frecuentemente a comunicarlas a enfermos terminales o a sus familiares.¹² En México, la formación sobre “cómo dar las MN” no existe en el plan de estudios de la carrera de médico a pesar de que los profesionales de salud tienen resistencia a dar MN porque generan estrés, intensas emociones, sensaciones de responsabilidad por la noticia a dar y temor a una evaluación negativa.¹³

ETAPA 2: EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS ESTUDIANTES

Comunicación médico-paciente

En una encuesta realizada, en 2012, por la Unidad de Gestión de la calidad de la UPCH a egresados de la carrera de medicina, se encontró que solo 21 % de ellos respondieron que las habilidades de comunicación obtenidas durante su formación en la universidad le habría favorecido en su prácticas profesionales. (datos no publicados)

En una encuesta tipo *focus group* (resultados no publicados, DT) con 16 alumnos del sexto año de medicina de la UPCH se obtuvo que ninguno había recibido un curso de comunicación clínica que les permita una adecuada comunicación con el paciente y, por esto, todos consideraban importante llevar un curso de comunicación en su formación médica. Aunque varios consideraban haber aprendido comunicación clínica mediante observación de los tutores durante las prácticas clínica en el curso de semiología médica, la mayoría consideraba mejor aprenderla estructuradamente en el tercer año o en el primer semestre del cuarto año de medicina (se considera que son siete años de carrera). Esos mismos alumnos mencionaban como temas a tocar: la manera adecuada de abordar inicialmente al paciente para hacer una historia clínica y cómo lograr la EM en un paciente que ya ha sido expuesto a múltiples alumnos antes y que no colabora con la entrevista.

En otra encuesta (datos no publicados, DT), seis de ocho profesores de la rotación de psiquiatría de la Famed de la UPCH consideraban que los alumnos de sexto año llegaban a dicha rotación sin las suficientes habilidades relacionales y técnicas para el establecimiento de una adecuada entrevista clínica y empatía.

Malas noticias

En un estudio descriptivo transversal en el año 2011 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 317 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y obstétricas), 72 % refirieron no haber recibido algún tipo de capacitación sobre dar malas noticias.¹⁴

En una encuesta* a 19 residentes de Medicina la UPCH en el Hospital Arzobispo Loayza en 2015, se encontró que ninguno había sido capacitado para dar malas noticias; sin embargo, todos habían comunicado malas noticias en algún momento a algún paciente o familiar de paciente durante su profesión médica.

ETAPA 3: OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Población objetivo: alumnos de tercero, cuarto y quinto años de medicina.

Propósito

El curso es de carácter teórico-práctico y tiene el propósito de lograr que el estudiante desarrolle habilidades de comunicación para desenvolverse de forma adecuada en una EM con un paciente, para comunicar malas noticias y para comunicar errores médicos tanto a pacientes como a familiares.

Objetivos de aprendizaje

Al término del curso, los alumnos de medicina del tercer año serán capaces de:

- Reconocer la importancia de la comunicación en medicina en su práctica futura.
- Identificar algunas características de la comunicación entre personas.

Al término del curso, los alumnos de medicina del cuarto año serán capaces de:

- Aplicar la Guía Calgary-Cambridge adaptada en la EM con pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Establecer una adecuada comunicación verbal y no verbal con el paciente.

Al término del curso, los alumnos de medicina del quinto año serán capaces de:

- Aplicar el modelo SPIKES para dar malas noticias
- Reconocer y aplicar algunas estrategias para comunicar errores médicos.

ETAPA 4: METODOLOGÍA

En el estudio de Windish y col., que aplicaron el currículo AIME, 68 % de los alumnos refirieron que la parte más útil del currículo fue el *role-play*; 23 %, los pacientes estandarizados y 9 %, la discusión y retroalimentación.⁵ Por otro lado, 98 % mencionaron que las estrategias de aprendizaje más efectivas fueron la autorreflexión y la observación, y 75 % usaron las técnicas aprendidas durante la interacción con otros pacientes fuera del curso.

La modalidad del curso debe ser presencial y utilizará metodologías docentes interactivas y prácticas. Sin embargo, la parte teórica puede ser virtual.

ETAPA 5: PLAN E IMPLEMENTACIÓN

Tercer año: curso de Comunicación 1

- Modalidad de enseñanza: clases teóricas.
- Temas:
 - Relevancia de la comunicación en medicina.
 - Uso de lenguaje verbal y no verbal en la comunicación.
 - Las habilidades comunicativas en la EM.

Cuarto año (primer semestre): curso de Comunicación 2

- Modalidad de enseñanza
 - Talleres de grupo pequeño con actividades prácticas tipo *role-play* y análisis de videos.
 - Sesiones prácticas con pacientes simulados.
- Temas
 - Guía Calgary-Cambridge para habilidades en comunicación médico-paciente; partes 1-4:
 - Contacto inicial con el paciente.
 - Recopilando la información y examen físico.
 - Proveer estructura a la EM.
 - Construcción de la RMP.

Cuarto año (segundo semestre): curso de Comunicación 3

- Modalidad de enseñanza
 - Talleres de grupo pequeño con actividades prácticas tipo *role-play* y análisis de videos.
 - Sesiones prácticas con pacientes simulados.
- Temas
 - Guía Calgary-Cambridge para habilidades en comunicación médico-paciente; partes 5-6:
 - Explicación y planeamiento.
 - Cerrando la sesión.

Quinto año (primer semestre): curso de Comunicación 4

- Modalidad de enseñanza
 - Talleres de grupo pequeño con actividades prácticas tipo *role-play* y análisis de videos.
 - Sesiones prácticas con pacientes simulados.
- Temas
 - Cómo dar malas noticias.
 - Comunicación de errores médicos.



ETAPA 6: PLAN DE EVALUACIÓN DE APRENDIZAJES

Debe incluirse una evaluación formativa y sumativa, con énfasis en la adquisición de las habilidades de forma práctica, sea mediante los *role-play* o mediante las prácticas de simulación con pacientes estandarizados. En ambos casos debe realizarse una retroalimentación inmediata e incluir una evaluación final. No olvidar tampoco la evaluación *a posteriori* de la implementación final del curso y sus resultados mediante el modelo de Kirckpatrick.¹

Cada facultad de medicina podrá adaptar la implementación y evaluación a sus currículos actuales. Una alternativa sería la siguiente:

Tercer año: curso de Comunicación 1

- Modalidad de evaluación:
 - Evaluación formativa y sumativa: exámenes teóricos no estructurados.
- Temas:
 - Relevancia de la comunicación en medicina
 - Uso de lenguaje verbal y no verbal en la comunicación.
 - Las habilidades comunicativas en la EM.

Cuarto año (primer semestre): curso de Comunicación 2

- Modalidad de evaluación:
 - Evaluación formativa: *role-play*.
 - Evaluación sumativa: entrevistas a pacientes simulados evaluadas con una lista de chequeo.

Cuarto año (segundo semestre): curso de Comunicación 3

- Modalidad de evaluación:
 - Evaluación formativa: *role-play*.
 - Evaluación sumativa: entrevistas a pacientes simulados evaluadas con una lista de chequeo.

Quinto año (primer semestre): curso de Comunicación 4

- Modalidad de evaluación:
 - Evaluación formativa: *role-play*.
 - Evaluación sumativa: entrevistas a pacientes simulados evaluadas con una lista de chequeo.

CONCLUSIÓN

La enseñanza de las habilidades de comunicación en las facultades de Medicina tiene varios beneficios tanto para el futuro médico como para sus futuros pacientes. No obstante, esta enseñanza no está estandarizada y se asume muchas veces que dichas habilidades “vendrán solas con la experiencia”. Por esto, se hace esta propuesta, a

fin de que se implemente en la mayoría de facultades de medicina durante el aprendizaje de las habilidades clínicas antes que los alumnos realicen su(s) último(s) años de práctica clínica. Para reafirmar el aprendizaje de estas habilidades adquiridas en la propuesta presentada, estas deben ser reforzadas en las prácticas preprofesionales que tienen los alumnos en sus últimos años, idealmente bajo la observación directa de docentes capacitados en el tema. Sin embargo, nunca sería tarde para hacer que los médicos o futuros médicos desarrollen estas habilidades de comunicación por lo cual podría también ser enseñado o reforzado en postgrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Triviño X, Sirhan M, Moore P, Reyes C. Formación en educación de los docentes clínicos de medicina. *Rev Méd Chile*. 2009;137:1516-1522.
2. Aspegren K. BEME Guide N° 2. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 1999;21(6):1-12.
3. Haq C, et al. Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Fam Med*. 2004;36:543-550.
4. Windish D, et al. Teaching Medical Students the Important Connection Between Communication and Clinical Reasoning. *J Gen Intern Med*. 2005;20:1108-1113.
5. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998.
6. Baile WF et al. Communication skills training in oncology-description and preliminary outcomes of workshop on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*. 1999;86(5):887-97.
7. Estudio de comunicación. [página en Internet]. La comunicación médico-Paciente. Mayo de 2014. España. [Accedido el 19 de octubre del 2015]. Disponible en URL: <http://www.estudiodecomunicacion.com/extranet/wp-content/uploads/2014/07/140508ISO-ESTUDIO-Com-MedPac-V3.pdf>
8. Molinuevo B, y col. Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. *FEM*. 2014;17(2):115-122.
9. Bell SK, et al. Improving the patient, family, and clinician experience after harmful events: The “When things go wrong” curriculum. *Acad Med*. 2010;85:1010-1017.
10. Wolters Kluwer Health Quarterly Poll: Medical Mistakes. URL disponible en: <http://www.wolterskluwerhealth.com/News/Documents/White%20Papers/Wolters%20Kluwer%20Health%20Medical%20Mistakes%20Survey%20Executive%20Summary.pdf> (Fecha de acceso: 19-10-2015).
11. García-Reyes DW, et al. Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos. *Med Anestesiol*. 2008;31:9-14.
12. Alfonso Martín del Campo et al. ¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos especialistas del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2012;75(2):76-83.
13. Castillo K. Tesina: Como dar malas noticias. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. 2013.
14. Bardales AF, et al. Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014;31(3):601-10.

AGRADECIMIENTO. A la Dra. Ximena Triviño por su apoyo e incentivo durante el desarrollo de la propuesta y por su sugerencia de publicación del manuscrito.

CORRESPONDENCIA: Dr. Otto Guillén López.
otto.guillen.l@upch.pe

FINANCIAMIENTO: Autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno según los autores.

FECHA DE RECEPCIÓN: 5 de junio de 2017.

FECHA DE ACEPTACIÓN: 20 de junio de 2017.