



Universidad  
Francisco de  
Vitoria

UFV Madrid

# TESIS DOCTORAL

---

## CONSENSO IBEROAMERICANO SOBRE UN CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES (CCCC) PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

---

**CRISTINA GARCÍA DE LEONARDO MENA**

MADRID, 2016

DIRECTORES:

-ROGER RUIZ MORAL

-FERNANDO CABALLERO MARTÍNEZ

DOCTORADO EN BIOTECNOLOGÍA, MEDICINA Y CIENCIAS BIOSANITARIAS  
FACULTAD CC. BIOSANITARIAS

© Cristina García de Leonardo Mena, 2016- [c.garcia.prof@ufv.es](mailto:c.garcia.prof@ufv.es)



## INFORME DE LOS DIRECTORES DE TESIS PARA LA AUTORIZACIÓN DE DEFENSA DE TESIS DOCTORAL

**D. ROGER RUIZ MORAL / D. FERNANDO CABALLERO MARTÍNEZ**

Directores de la tesis doctoral de **Dña. Cristina García de Leonardo Mena.**

**Informan favorablemente** la solicitud de autorización de defensa de la tesis doctoral con el título:

CONSENSO IBEROAMERICANO SOBRE UN CORE CURRICULUM DE  
COMPETENCIAS COMUNICACIONALES (CCCC) PARA ESTUDIANTES DE  
GRADO EN MEDICINA

presentada por dicha doctoranda.

**Programa de Doctorado:** Biotecnología, Medicina y CC. Biosanitarias

**La tesis está sometida a procesos de confidencialidad:** SÍ NO

**La tesis se presenta como compendio de publicaciones:** SÍ NO

Fecha: Madrid a 15 de febrero de 2016

Fdo. ROGER RUIZ MORAL/ FERNANDO CABALLERO MARTÍNEZ





# ÍNDICE



<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>Pag.</b>
<b>AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA</b>	11
<b>RESUMEN</b>	15
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	25
1.1. Evolución contemporánea del modelo conceptual de práctica clínica.	27
1.2. Medicina Centrada en el Paciente y su incorporación a la educación médica.	33
1.3. Efectividad de la comunicación médico-paciente en los resultados de la asistencia y dificultades para investigarla.	36
1.4. Viabilidad de la enseñanza de habilidades comunicacionales.	40
1.5. Enfoques educativos en comunicación clínica.	43
1.6. Sobre la presente propuesta.	48
1.6.1. Marco conceptual teórico.	
1.6.2. Formato pedagógico.	
1.6.3. Propuesta metodológica.	
1.6.4. Justificación del proyecto.	
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	61
2.1. Hipótesis.	63
2.2. Objetivos.	63
<b>3. MÉTODO</b>	65
3.1. Diseño metodológico.	67
3.2. Participantes.	68
3.3. Fase preliminar: Discusión sobre el Marco Conceptual del consenso.	69
3.4. Procedimiento de Consenso Experto.	70
3.4.1. Fase I. Intercambio de literatura y revisión. Definición del cuestionario por el Comité Científico. Elección del Panel de Expertos.	
3.4.2. Fase II. Método Delphi (variante REMODE).	
3.5. Análisis estadístico.	75

<b>4. RESULTADOS</b>	79
4.1. Resultados cuantitativos del proceso de consenso.	81
4.1.1. Resultados de aprendizaje consensuados.	
4.1.2. Resultados de aprendizaje no consensuados.	
4.2. Resultados del análisis cualitativo.	88
4.2.1. Comentarios realizados por el Comité Científico a la propuesta inicial de ítems para el cuestionario a debatir.	
4.2.2. Comentarios realizados por el Panel de Expertos durante las rondas del proceso Delphi.	
4.2.3. Opiniones expertas sobre los ítems no consensuados o consensuados con un gran porcentaje de expertos en contra.	
<b>5. DISCUSIÓN</b>	105
5.1. Sobre la pertinencia e idoneidad del estudio.	107
5.2. Sobre la naturaleza educativa de los resultados de aprendizaje.	118
5.3. Sobre la metodología utilizada para alcanzar el consenso: Método Delphi (variante REMODE).	121
5.4. Sobre el desarrollo y resultados de la investigación.	126
5.4.1. Participantes en el estudio.	
5.4.2. Organización de los resultados de aprendizaje. Marco de referencia teórico.	
5.4.3. Resultados consensuados.	
5.5. Sobre posibles limitaciones del estudio.	139
<b>6. CONCLUSIONES</b>	145

<b>LISTA DE TABLAS</b>	149
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	153
<b>ANEXOS</b>	157
<b>ANEXO 1:</b> Core Curriculum de competencias comunicacionales para estudiantes de Grado en Medicina.	161
<b>ANEXO 2:</b> Core Currículo de habilidades de comunicação para estudantes de Graduação em Medicina.	173
<b>ANEXO 3:</b> Miembros constituyentes del Panel de Expertos participante en el proyecto.	185
<b>ANEXO 4:</b> Centros de trabajo de los panelistas participantes.	187
<b>ANEXO 5:</b> Directrices nacionales para el desarrollo de las habilidades comunicacionales en el Grado en Medicina.	189
<b>ANEXO 6:</b> Premios y ayudas a la investigación.	191
<b>ANEXO 7:</b> Cursos y Congresos en los que se ha presentado el proyecto y sus conclusiones.	193
<b>ANEXO 8:</b> Publicaciones relacionadas con este proyecto.	195
• <b>Artículo 1:</b> Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente.	
• <b>Artículo 2:</b> A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a Core Communication Curriculum for undergraduate medical education.	
• <b>Artículo 3:</b> Comunicación Clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (“Núcleo Curricular”) enseñar.	
• <b>Capítulo de libro:</b> Comunicación Clínica: Principios y habilidades para la práctica.	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	197





# **AGRADECIMIENTOS**



Kurtz (\*) relata que a lo largo de los años la gente le ha preguntado a menudo:

- *“Sí, pero si usted tiene que decidir entre un doctor con habilidades de comunicación efectiva y uno con competencia clínica... ¿a quién escogería?”.*
- *Dado todo lo que se sabe sobre comunicación hoy en día, la respuesta es: Ya no tendríamos por qué escoger, deberíamos exigir ambas competencias en un solo médico”.*

(\*) Suzanne Kurtz. Clinical Professor.

Director of Clinical Communication. University of Denver, Colorado (USA)

## DEDICATORIA

---

- A mi familia que adoro, por permitirme disfrutar de ellos cada día.
- A mis padres por cuidarme siempre.
- A mis alumnos por ser causa y fin de esta tesis.

## AGRADECIMIENTOS

---

- A los expertos participantes en el estudio que sustenta este proyecto, por su rigor y generosidad.
- A mis compañeros de trabajo por su ayuda imprescindible cuando los he necesitado.
- A Roger por enseñarme lo apasionante de la comunicación médico-paciente.
- A Fernando por mostrarme que el talento es casi siempre una cuestión de insistencia.
- A mis dos directores por confiar en mí y por su ayuda incondicional.





# RESUMEN



## **Introducción:**

A diferencia de las iniciativas desarrolladas en otros entornos culturales y lingüísticos (germánico, británico, europeo, norteamericano,...) hasta la fecha no existe ninguna propuesta propia de los países de habla española y portuguesa (Iberoamérica, Portugal y España) sobre las competencias comunicacionales necesarias para el ejercicio de la medicina. En respuesta a este vacío, el presente proyecto pretende alcanzar un consenso de ámbito iberoamericano sobre el perfil de competencias clínicas comunicacionales apropiado para un entorno educativo, asistencial y cultural que, aunque tiene similitudes con otros, posee también rasgos identitarios que es preciso identificar y considerar particularmente.

Un consenso internacional de estas características pretende animar la urgente necesidad de introducción de este tipo de competencias comunicacionales en los estudios universitarios de Medicina, de acuerdo con las evidencias de efectividad en la enseñanza disponibles al respecto. Además, puede servir de guía para seleccionar e incorporar las estrategias y metodologías pedagógicas más apropiadas a los objetivos planteados, tanto de tipo docente como evaluativo. El proyecto también aspira a impulsar la colaboración en otras iniciativas de investigación educativa en este ámbito y entre diferentes países.

## **Hipótesis:**

Es posible alcanzar un consenso internacional, aceptable y aplicable en los países del entorno geográfico implicado, sobre el perfil común de conocimientos, habilidades y actitudes (resultados de aprendizaje) que los estudiantes de Medicina deberían conseguir para desarrollar una capacidad básica de comunicación clínica efectiva.

Alcanzar un consenso internacional en materia de comunicación asistencial para los estudios universitarios de Medicina en los países de habla española y portuguesa (Iberoamérica, Portugal y España) será un propósito interesante y movilizador para que un panel de expertos iberoamericano se implique activamente y colabore en su desarrollo.

## Objetivo:

Definir un conjunto común de competencias comunicacionales (expresadas como resultados de aprendizaje) para adquirir durante los estudios universitarios de Grado en Medicina, asumible en países del entorno sociocultural iberoamericano.

## Método:

Un grupo impulsor internacional de 15 expertos, coordinado por la doctorando, conceptualizó el marco general del proyecto y elaboró la propuesta preliminar para el debate de posibles resultados de aprendizaje comunicacionales (con 143 ítems).

Tras ello, se invitó a participar en las tareas de consenso a 51 expertos de 8 países de habla española y portuguesa. Cada posible panelista se identificó mediante una técnica de muestreo específica (arrastré o bola de nieve), iniciado a partir de una búsqueda bibliográfica sobre autorías relevantes en la materia y de las propuestas de expertos en comunicación basadas en sus propias redes de contacto profesional. El procedimiento garantiza el reconocimiento internacional de cada panelista por su liderazgo profesional, docente y/o investigador sobre comunicación clínica.

46 de los 51 expertos formalmente invitados aceptaron enrolarse en un proceso de consenso **Remote Modified Delphi (REMODE)**, una técnica estructurada de debate que persigue unificar a distancia las opiniones heterogéneas de partida de un grupo profesional geográficamente disperso. El procedimiento es una evolución del método Delphi tradicional (desarrollado mediante un número indeterminado de rondas de encuesta a distancia) y de su variante más difundida (*Modified Delphi*, que permite una sesión de debate presencial entre 2 únicas rondas de encuesta). A diferencia de ambas, la adaptación metodológica REMODE no requiere encuentro presencial ni múltiples cuestionarios iterativos. El consenso se alcanza en solo dos rondas, sustituyendo la interacción presencial de los panelistas por el envío de un detallado informe (estadístico y gráfico) del posicionamiento del grupo tras la primera encuesta que incluye una transcripción de los comentarios libres que los panelistas

deseen aportar sobre cada cuestión. Este feedback recuerda a cada panelista, además, su posición respecto al grupo y le invita a reconsiderarla confidencialmente, a la luz de la información suministrada.

## **Resultados:**

A partir del marco conceptual teórico sobre la comunicación clínica específicamente desarrollado para el proyecto, se definieron 6 áreas competenciales comunicacionales que permiten agrupar todos los resultados de aprendizaje propuestos:

- A) Comunicación con el paciente.
- B) Comunicación con la familia del paciente.
- C) Comunicación intrapersonal.
- D) Comunicación inter-intra profesional.
- E) Comunicación por diferentes vías
- F) Comunicación en situaciones especiales

Tras completar las dos rondas de encuesta los 46 expertos participantes lograron consensuar una formulación expresa sobre 136 resultados de aprendizaje comunicacionales que deberían adquirirse por los graduados médicos al finalizar sus estudios. Dichas recomendaciones se podrían priorizar de acuerdo a la fuerza del acuerdo grupal que respalda cada una (nivel de concordancia).

Los 136 resultados de aprendizaje consensuados (de los 143 ítems propuestos en el cuestionario) se alcanzaron en la primera ronda. De los 7 ítems restantes sujetos a controversia, el Comité Científico decidió eliminar 5 por solapamiento de contenidos, atendiendo a impugnaciones alegadas por los panelistas. Los otros 2 ítems fueron sometidos a reconsideración de los expertos en la segunda ronda, sin llegar tampoco al consenso. Por lo tanto, la tasa global de consenso alcanzado al final del proceso fue del 95,1% de los contenidos sometidos a debate.

## Conclusiones:

1. El proceso de selección y redacción de los resultados de aprendizaje pretendidos se antecedió de la definición de un modelo conceptual teórico sobre la comunicación clínica.
2. Tomando como punto de partida este marco conceptual, se definen 6 áreas competenciales sobre comunicación clínica en las que categorizar los resultados de aprendizaje específicos.
3. La metodología elegida para la definición de los contenidos del proyecto, la identificación y selección de los expertos de referencia en sus respectivos países, y el procedimiento de participación, debate y consenso de los panelistas (REMODE, *Remote Modified Delphi*), resultaron idóneos para las circunstancias del estudio.
4. La propuesta resultante del proceso de consenso incluye un listado de 136 resultados de aprendizaje en las diversas dimensiones de la competencia de comunicación clínica, adaptados a los estudios de Grado en Medicina en Países Iberoamericanos.
5. El proyecto concluye con la selección de un subgrupo de 34 resultados de aprendizaje considerados como un núcleo prioritario de aplicación preferente.

## **Introduction:**

Unlike the initiatives developed in other cultural and linguistic environments (Germanic, British, European, North American,...), so far no proposal has come from Spanish and Portuguese speaking countries (Latin America, Portugal and Spain) regarding the necessary communication competences for the practice of medicine. To deal with this void, the present project aims to find an agreement between Spanish and Portuguese speaking countries on the clinical communication competences appropriate for an educational, clinical and cultural perspective which, although similar to others, has certain identifying characteristics that need to be identified and considered in detail.

An international agreement of these characteristics aims to highlight the urgent need to integrate these types of communication competences in university Medicine studies, according to the evidence available avowing to the effectiveness of such teachings in this matter. Moreover, it may also serve as a guide for the selection and incorporation of the most suitable pedagogical strategies and methodologies for the set objectives, both in teaching and assessment. The project also looks to boost collaboration in other educational initiatives in this area among the different countries.

## **Hypothesis:**

An international agreement that is acceptable and applicable in the aforementioned countries is possible. This agreement would include the knowledge, skills and attitudes (learning outcomes) that Medicine students should acquire in order to carry out basic effective clinical communication.

Reaching an international agreement in clinical communication for university Medicine studies in Spanish and Portuguese speaking countries (Latin America, Portugal and Spain) will be an interesting and motivating objective so that a panel of

experts from these countries may become actively involved and facilitate its development.

### **Objective:**

To define a common set of communication competences (expressed as learning outcomes) for students to acquire during their Medicine degree studies, to be obtained in all the countries taking part.

### **Method:**

An international promoting group of 15 experts, coordinated by the doctorate faculty, devised the general framework of the project and drew up the preliminary proposal for the ensuing debate of the possible communication learning outcomes (143 items in all).

Subsequently, 51 experts from 8 different Spanish and Portuguese speaking countries were invited to participate in the agreement activities. Each possible panellist was identified through a specific sampling technique (snowball sample), initiated by the search for any relevant research literature on the subject, seeking out the authors and analysing the expert proposals on communication within their own professional networks. This procedure guarantees the international recognition of each panellist for his or her professional, research or teaching prestige in the area of clinical communication.

46 of the 51 experts who were formally invited accepted to take part in the **Remote Modified Delphi (REMODE)** consensus procedure, a structured debating structure that aims to unify heterogenic opinions of individuals who are geographically dispersed. The procedure is an evolution of the traditional Delphi method (developed by means of an undetermined number of long-distance survey rounds) and its most common variation (the Modified Delphi, which allows for a face-to-face debate between 2 single survey rounds). Unlike these two, the REMODE methodological

adaptation does not require a physical meeting nor repetitive multiple questionnaires. Agreement is found in just two rounds, the physical, face-to-face interaction of the panellists being substituted by the sending of a detailed report (statistical and graphic) of the groups positioning after a first survey, which includes a transcription of the free comments that the panellists have felt the need to proffer for each question. This feedback also informs the panellist of his or her position with respect to the group, with a confidential invitation to reconsider, in light of the information provided.

### **Results:**

From the conceptual theoretical framework regarding clinical communication specifically designed for the project, 6 communication competences areas were defined, which allowed for the proposed learning outcomes to be organised thus:

- A) Communication with the patient.
- B) Communication with the patient's family.
- C) Intra-personal communication.
- D) Inter-intra professional communication.
- E) Communication by other means.
- F) Communication in special circumstances.

After having completed the two survey rounds, the 46 experts taking part managed to agree on 136 concrete communication learning outcomes that medicine students should acquire before the end of their studies. These recommendations could then be prioritised according to the strength of agreement within the group for each one (concordance level).

The 136 learning outcomes (of the 143 proposed in the questionnaire) were agreed upon in the first round. Of the other 7 that were the subject of some controversy, and adhering to the recommendations of the panellists taking part, the Scientific Committee decided to eliminate 5 on the grounds of content repetition. The other 2

items were put for reconsideration by the experts in the second round, with no agreement being reached. The global percentage of agreement found at the end of the process was therefore 95.1% of the content proposed for debate.

## Conclusions:

1.The selection and writing processes of the proposed learning outcomes were based on the definition of a theoretical conceptual framework regarding clinical communication.

2. Taking this conceptual framework as inspiration, 6 clinical communication competences areas were defined in which the specific learning outcomes could be grouped.

3.The methodology chosen for project content definition, the identification and selection of the leading experts in their respective countries, the procedure for their participation, debate and the reaching of agreements by the panellists (REMODE, Remote Modified Delphi), were the best suited for the circumstances of the study.

4.The resulting proposal derived from the agreement process includes a list of 136 learning outcomes in the various and diverse dimensions of clinical communication competence, adapted to Medicine Degree studies in Spanish and Portuguese speaking countries.

5.The project concludes with the selection of a subgroup of 34 learning outcomes which are considered the key areas that should be addressed.



# INTRODUCCIÓN



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Evolución contemporánea del modelo conceptual de práctica clínica.

El desarrollo histórico de la medicina occidental en los últimos doscientos años ha evolucionado en paralelo al devenir de la concepción naturalista-reduccionista en el ámbito de las ciencias naturales. Una consecuencia práctica de este proceso, como ya señaló Pedro Laín Entralgo en 1964, ha sido la imposición generalizada en la medicina occidental de un método clínico incompleto, prioritariamente orientado al reconocimiento en los pacientes de entidades nosológicas o enfermedades de tipo orgánico, a través de la identificación objetiva de sus manifestaciones clínicas y de sus hallazgos patológicos (1) .

En este contexto en el que la ciencia parece capaz de responder a casi cualquier cuestión antes irresoluble y de trasladar con inmediatez sus descubrimientos a la mejora de la atención de un número creciente de enfermedades, resulta comprensible la implantación dominante en la medicina del prestigiado **“Modelo Biomédico”**. Este enfoque clínico, basado en la objetividad y la reproducibilidad de sus métodos de observación, ofrece un indiscutible marco racional (conceptual y metodológico) para hacer diagnósticos en términos de patología orgánica. Pero en contrapartida, también encierra limitaciones evidentes, como una concepción restrictiva del enfermar, de tipo dualista (cuerpo/mente); una mecánica explicativa de causalidad lineal, insuficiente para el enfermar humano; o la necesidad de aislar los fenómenos clínicos para profundizar en su estudio, lo que ha conducido a un conocimiento médico cada vez más parcelado y especializado, con importantes limitaciones prácticas.

Este modelo clínico ha tenido también repercusión en la forma de organizar la asistencia y de enseñar la medicina. A partir de finales del siglo XIX, con el nacimiento de las primeras especialidades médicas, se inició un proceso imparable hasta nuestros días de fragmentación de los servicios y de los cuidados sanitarios. Poco tiempo después, el pujante desarrollo científico de la medicina entro con fuerza en el mundo académico, con la publicación del informe Flexner (Abraham Flexner,

1910) (2). El empuje imparable de la ciencia y la constatación fehaciente de graves carencias educativas en 155 escuelas de medicina de amplio reconocimiento, impulsaron la rápida difusión de sus propuestas sobre la necesidad de renovar los planes de estudio de Medicina. El informe recomendaba destinar los dos años iniciales de la formación médica a adquirir conocimientos científicos básicos, como pilar imperativo de una educación médica moderna y racional, y retrasar a los últimos años la enseñanza del conocimiento y destrezas clínicas. Esta norma alcanzó pronto una aceptación masiva en las escuelas de medicina occidentales y, en esencia, pervive como modelo vigente en la actualidad.

Por esta vía, la propuesta de Flexner resultó determinante para la consolidación de un paradigma indiscutido durante décadas: la enseñanza y la práctica de la medicina deben sustentarse en la investigación científica, relegando a un papel secundario otros aspectos menos objetivos del ejercicio clínico. Bajo este modelo educativo, la responsabilidad principal del médico es intervenir física o químicamente para reparar defectos en el funcionamiento de mecanismos orgánicos específicamente alterados por la enfermedad. La expresión extrema de este proceso entendería al médico como un profesional técnico, cuya buena práctica sería la investigación escrupulosa y objetiva del cuerpo humano para llegar a un diagnóstico preciso. En ese proceso no resultaría relevante, por ejemplo, la consideración del posible efecto de factores psicosociales que puedan influir en los pacientes.

Todos estos elementos configurarían un modelo de práctica clínica “centrada en la enfermedad”, con un médico focalizado en el estudio de partes cada vez más pequeñas del cuerpo y sin un particular interés en el carácter integral de su paciente como ser humano. Tal método clínico dificulta la comprensión del significado de la “dolencia” para el paciente (su vivencia personal de la enfermedad) y desatiende como pueda influir en todo ello el contexto vital y familiar. Aspectos subjetivos de la dolencia, como las creencias, las preocupaciones o el impacto emocional que esta induce en el paciente, no se valoran o se consideran terapéuticamente irrelevantes. En ese camino quedan también relegados en el proceso asistencial imperativos éticos

inexcusables de la medicina, como la promoción de la autonomía y la autorresponsabilidad, o el respeto a la dignidad de cada sujeto individual (3).

En reacción a esta deriva reduccionista dominante en la medicina, en 1946 se difundió desde la OMS (<http://www.who.int/es>) una nueva definición de salud integralmente concebida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades”. Treinta años después, Engel (1977) reimpulsó este concepto con su fundada crítica al modelo médico tradicional que calificó de dogmático por sus planteamientos restrictivos y mecanicistas. Frente a aquel, propuso el llamado **“Modelo Biopsicosocial”**, recuperando una tradición holística e integradora, presente en la medicina occidental desde la antigüedad e injustamente olvidada bajo el brillante prestigio de la ciencia moderna (4, 5).

El modelo biopsicosocial plantea la necesidad de abordar en su totalidad el proceso de salud/enfermedad en atención a la compleja realidad de cada persona que enferma, esto es, la necesidad de integrar la consideración de los sistemas biológicos con los psicológicos, y aún con los aspectos relevantes de la dimensión familiar, social y espiritual de cada paciente. Desde esta perspectiva, la buena práctica profesional consistiría en la consideración completa de todos los problemas relevantes del paciente en diferentes niveles de jerarquía, aceptando que el valor principal de este modelo no está en aportar nuevas evidencias científicas a la práctica médica, sino en transformar el conocimiento médico en conocimiento útil para el paciente que se atiende en un momento determinado (6).

La tabla 1 resume y compara los atributos principales de ambos modelos médicos.

**Tabla 1: Comparación Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial**  
*\*Reproducida de Coppolillo F. Referencia completa en bibliografía, cita(7)*

	PARADIGMA POSITIVISTA	PARADIGMA HUMANISTA
	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Influencias Escuelas Filosóficas	Filosofía de las ciencias, neopositivismo, utilitarismo	Fenomenología, existencialismo
Método científico	Ciencias naturales	Ciencias naturales y ciencias humanas
Concepción del hombre	Dualismo cuerpo mente. Foco en lo biológico	Complejidad
Concepción de la salud	Ausencia de enfermedad	Bienestar biopsicosocial
Relación Médico-Paciente	Basada en el poder del conocimiento y la utilidad	Basada en las decisiones informadas. Promoción del bienestar humano
Principio bioético dominante	Principio de la beneficencia	Principio de la autonomía
Sistemas de Salud	Centrado en el hospital de alta complejidad	Centrado en la comunidad (Atención Primaria)
Práctica Clínica	Centrada en la enfermedad	Centrada en el paciente
Exploración clínica	Método científico	Método científico hermenéutico

El correlato asistencial del modelo biopsicosocial aplicado a la práctica clínica ha sido la llamada **“Medicina Centrada en el Paciente”**. El término, acuñado por Enid Balint en la década de 1950 en Inglaterra (8) , fue desarrollado conceptual y operativamente por un grupo de investigadores de la universidad de Western Ontario en Canada en 1986 (9). Éstos proponen la transformación del método clínico biomédico tradicional en un “Método Clínico Centrado en el Paciente”, incluyendo en la entrevista clínica, además de la agenda de intereses del médico (la enfermedad), la agenda del propio paciente (la dolencia). Esta reorientación de la práctica clínica está en sintonía con cambios sociales y legislativos ocurridos en las últimas décadas en la mayoría de los países occidentales, confluyentes en promover un mayor protagonismo y participación del paciente en el cuidado de la salud (en España, recogidos por la “Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”). La práctica de esta Medicina Centrada en el Paciente, orientada particularmente en las propuestas del grupo canadiense a la medicina generalista, parece una vía más cierta que el modelo biomédico para satisfacer las expectativas del paciente, e

incluso para prevenir conflictos derivados de una práctica clínica más directiva (con modelos autoritarios o paternalistas de relación entre un “médico- técnico” y un “paciente-enfermo”).

Por su parte, Carl Rogers (1902-1987) (10), profundizó en el proceso de re-humanización e integración asistencial como impulsor de la psicología humanista y del “enfoque centrado en la persona” en psicoterapia (*person centered approach*). A partir de una larga experiencia personal de trabajo clínico identificó ciertas cualidades actitudinales en el terapeuta que facilitan una comunicación eficaz y una relación sanadora, particularmente la autenticidad (ser honesto y genuino con el paciente), la empatía (capacidad de sentir lo que siente el paciente y transmitírselo) y la aceptación incondicional hacia el paciente (preocupación positiva y respeto aun cuando los valores propios no coincidan con los del paciente).

Este enfoque y denominación, traspasados a la medicina clínica, han inspirado distintas iniciativas profesionales orientadas a rehumanizar la atención médica, embrionarias en la “*médecine de la personne*” de Paul Tournier (1898-1986) (11) y hoy en plena eclosión en la llamada “**Medicina Centrada en la Persona**”, impulsada desde varias asociaciones científicas, escuelas médicas y líderes clínicos internacionales, en particular por el “*International College of Person Centered Medicine*” (<http://www.personcenteredmedicine.org/index.html>) y la “*European Society of Person Centered Healthcare*” (<http://www.pchealthcare.org.uk>).

Esta corriente, aún en proceso de delimitación conceptual respecto de la Medicina Centrada en el Paciente y de configuración de un modelo asistencial propio, reivindica un marco ético que propone recuperar el sentido íntimo de la medicina como un encuentro de naturaleza moral entre personas, donde la vocación de ayuda del médico intenta responder al sufrimiento inducido por la enfermedad en el paciente, en cualquiera de sus dimensiones personales (biológica, mental, psicológica, familiar, social, laboral, espiritual,...). Tal medicina requiere un abordaje personalizado e integral, que actúe holísticamente en el proceso salud-enfermedad (prevención, curación, rehabilitación o paliación) y que promueva activamente la

salud positiva. Se pretende también con ello optimizar la experiencia del paciente en los servicios sanitarios y garantizar una atención accesible y participativa, en la que se integren los valores y preferencias del paciente en un marco de acogimiento, aceptación y cuidado compasivo (12).

Muchas de estas aspiraciones no son nuevas ni originales, pero hoy se están impulsando de forma simultánea por referentes del ámbito educativo, asistencial e institucional, preocupados por cambiar a medio plazo el rumbo de una medicina tecnificada y eficaz como la de hoy, pero insatisfactoria para médicos y pacientes en la medida en la que ignora sus expectativas como personas. Desafortunadamente, muchos médicos sólo reconocen hoy esta necesidad cuando se ven forzados a pasar por el trance personal o familiar de una enfermedad grave y su vivencia directa les aporta una mirada nueva y más amplia sobre el enfermar. Sin apelar a esta estrategia, y desde una perspectiva puramente técnica, los impulsores de esta Medicina Centrada en la Persona coinciden en que un requisito básico, imprescindible aunque insuficiente para lograr esta reorientación de la profesión, será el dotar a cada médico en ejercicio de ciertas habilidades comunicacionales y relacionales que fomenten una relación médico-paciente satisfactoria y efectiva. Además de ello, una atención tan integral y comprometida, solo se logrará si es ofrecida por equipos interdisciplinarios bien coordinados, y si se fomentan actitudes y comportamientos preventivos sobre el bienestar y la salud del propio profesional, en particular sobre el preocupante problema del desgaste profesional entre sanitarios, también entendido como una persona en riesgo.

La tabla 2 esquematiza las principales dimensiones operativas de una práctica clínica centrada en la persona:

**Tabla 2: Significado de ejercer una Medicina Centrada en la Persona**

*\*Adaptada de Caballero F, 2011*

<p>1. Ofrecer una atención médica integral y de calidad en todas las esferas de impacto de la enfermedad en la persona (biológica, psicológica, familiar, social y espiritual), con respeto a su dignidad personal, por médicos de confianza.</p>
<p>2. Mejorar las habilidades de comunicación de los médicos con los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Mejorar el <u>conocimiento del médico</u> de las necesidades, expectativas y preferencias del enfermo.</li><li>✓ Garantizar <u>información comprensible a los pacientes</u> (suficiente, adaptada y oportuna) sobre la enfermedad y su tratamiento.</li></ul>
<p>3. Optimizar la relación médico-paciente, mejorando el auto-conocimiento sobre la propia comunicación y conducta profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ofrecer un cuidado asistencial <u>compasivo</u> por profesionales <u>empáticos</u>, que incluya apoyo emocional, y <u>respeto</u> por valores personales y creencias.</li><li>✓ <u>Evitar conflictos</u> en la relación de médicos y pacientes.</li></ul>
<p>4. Promover la autonomía y la auto-responsabilidad del paciente en el cuidado de su salud y en la curación de la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promover la <u>toma de decisión compartida</u> entre médicos y pacientes.</li><li>✓ Mejorar la educación sanitaria para fomentar la <u>participación activa del paciente y su familia</u> en el manejo de la enfermedad.</li><li>✓ Fomentar la <u>prevención</u> de la enfermedad y la <u>promoción</u> de la salud.</li></ul>
<p>5. Mejorar la experiencia del paciente en el sistema sanitario y su satisfacción con la atención recibida:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ofrecer un <u>modelo de asistencia</u> accesible, confortable y coordinada.</li><li>✓ Centrada en la <u>calidad de vida relacionada con la salud</u> del paciente.</li><li>✓ Garantizar <u>seguridad al paciente</u>, minimizando errores en la práctica.</li></ul>

## 1.2. Medicina Centrada en el Paciente y su incorporación a la educación médica.

En el ámbito de la práctica médica especializada, la incorporación de esta visión del paciente como sujeto activo (no mero objeto) de la relación clínica, ha sido más precoz en algunas especialidades como la Medicina de Familia o la Psiquiatría. En otras disciplinas clínicas su incorporación ha sido menor, con un grado de definición y alcance muy variable. En el ámbito de la enseñanza de pregrado, a pesar de la convicción generalizada de que es necesario modificar el estilo profesional de los futuros médicos y de actuar preventivamente cuando aún resulta susceptible de modelar, la entrada operativa de la Medicina Centrada en la Persona en las facultades de medicina con acciones sensibilizadoras o programas educativos específicos, ha sido apenas testimonial y con una distribución territorial heterogénea.

Esta tarea, considerada prioritaria en varios informes recientes de la OMS, se justifica no solo por motivos éticos sino de acuerdo a evidencias científicas que apuntan a que este abordaje puede ser más eficiente para atender las necesidades integrales de salud de la población actual (13). En este sentido, se anima expresamente a los países a realizar esfuerzos para potenciar la formación de profesionales de salud sensibles y preparados que “mejoren el alineamiento entre la educación de estos profesionales y las necesidades de salud de las poblaciones”.

En respuesta a este reto, un grupo independiente multidisciplinar compuesto por 20 líderes profesionales y académicos de ámbito internacional constituyó en enero de 2010 la *“Comisión para la Educación de los Profesionales de la Salud del siglo XXI” (Education of Health Professionals for the XXI’s Century)*. Durante un año los comisionados desarrollaron investigaciones, deliberaciones y consultas orientadas a lograr una visión compartida sobre la mejor estrategia para cambiar la educación superior en medicina, enfermería y salud pública, superando tanto las fronteras nacionales como los intereses particulares de cada una de las diferentes profesiones. Los trabajos culminaron con la publicación de un informe en el que se defiende la prioritaria y oportuna necesidad de rediseñar la educación sanitaria, y se proponen una serie de reformas docentes, tanto de tipo instruccional como institucional (14), plenamente respaldadas por la OMS.

Las reformas instruccionales sugeridas abarcan todo el espectro de contenidos y procedimientos académicos, desde la admisión hasta la graduación del alumno, a través del desarrollo de un currículo basado en competencias y del uso creativo de las tecnologías de la información, que permitan a los estudiantes entrenarse en un nuevo modelo de profesionalismo adecuado a las exigencias integrales del encuentro clínico y del trabajo en equipo. Entre estas reformas instruccionales propuestas se señala expresamente la necesidad de “...promover una educación inter y transprofesional que rompa los límites profesionales y que mejore las relaciones de colaboración no jerárquica entre equipos eficaces. Además debe promover habilidades técnicas específicas, necesarias para adquirir ciertas competencias transversales genéricas (interprofesionales), como la capacidad de análisis (para el

uso eficaz de la evidencia y la deliberación ética en la toma de decisiones), el liderazgo, la capacidad de gestión (para un manejo eficiente de los recursos en condiciones de restricción e incertidumbre) y las habilidades de comunicación”.

Aunque en los últimos años cualquier curso, programa docente o currículum presenta sus objetivos educativos bajo la denominación de las “competencias” que deben ser adquiridas por los aprendices, el concepto real de lo que significa competencia está lejos de ser entendido de manera inequívoca (15). En sentido genérico se entiende por competencia profesional la capacidad de afrontar y resolver los problemas propios del ejercicio de una profesión con autonomía, eficiencia y responsabilidad. Epstein y Hundert (16) definen la competencia clínica como “el habitual y juicioso uso de la comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad a la que se sirve”. Esta amplia concepción implica que la competencia integra diferentes dimensiones íntimamente relacionadas entre sí: cognitivas (conocimientos, hábitos mentales, capacidad de contextualización e integración, capacidad de juicio y toma de decisiones,...), psicomotrices (habilidades manuales e instrumentales) y actitudinales (relacionales, afectivas y morales).

Dentro de estas dimensiones de la competencia médica se debe destacar una de ellas por resultar el contexto en el que se ponen en juego todas las demás: la comunicacional o relacional. Las habilidades interpersonales, de relación o de comunicación son herramientas imprescindibles en todo ejercicio clínico: la valía de un endoscopista descansa sobre todo en su habilidad con el endoscopio, la de un cirujano en su destreza quirúrgica, la de un radiólogo en su pericia para indicar e interpretar exploraciones radiodiagnósticas, pero todos ellos tienen en la entrevista con el paciente un medio imprescindible para llevar a cabo un trabajo efectivo, seguro y mutuamente satisfactorio. En la medicina general las habilidades comunicacionales son la herramienta más disponible y más frecuentemente utilizada (se usa todos los días, muchas veces y a lo largo de toda la carrera): un médico de atención primaria que tenga una demanda asistencial habitual de 40 pacientes diarios, abordará a lo largo de su vida profesional 350.000 entrevistas. Todo ello

debería colocar a las habilidades comunicacionales como un objetivo básico y prioritario para ser enseñado a los futuros médicos en las escuelas de medicina.

Desde la perspectiva de una atención clínica centrada en el paciente, se demanda además un modelo de comunicación específico, con habilidades comunicacionales que sirvan de herramienta para llevar a cabo una auténtica Medicina Centrada en la Persona. Esta "Comunicación Centrada en el Paciente" es uno de los componentes centrales de los cuidados en salud de calidad según la "*Comisión de Calidad para la Atención a la Salud en América*" (*Institute of Medicine, Committee on the of Health Care in American*) (17), entendidos como la provisión de un cuidado médico que tenga en cuenta los valores del paciente, sus necesidades y preferencias, y permita al paciente participar activamente en las tomas de decisión relativas a su salud. Una comunicación centrada en el paciente requiere, al menos, garantizar 4 objetivos comunicacionales relevantes: mostrar interés por conocer cuál es la perspectiva del paciente, entender al paciente en su contexto psicosocial único, alcanzar con él un entendimiento compartido del problema considerando sus valores y ayudarlo a involucrarse en las decisiones necesarias a fin de compartir la responsabilidad (18).

### **1.3. Efectividad de la comunicación médico-paciente en los resultados de la asistencia y dificultades para investigarla.**

Hoy nadie puede discutir que la comunicación entre médico y paciente representa una de las competencias básicas para el ejercicio de la práctica clínica. A pesar de que la definición operativa de "comunicación clínica" es difícil, existe cierto consenso en considerarla como un constructo complejo de doble naturaleza. Por una parte contiene un componente no observable (estar en relación) determinado por el impacto personal que experimentan el propio paciente y el médico, según los valores, actitudes, confianza que ambos perciben en la relación mutua. Por otra parte incluye un componente observable que son las conductas comunicativas manifestadas (habilidades). Considerar ambos componentes permite entender la teoría de que la buena práctica en comunicación clínica es, a la vez, una habilidad y

una forma de estar en relación, y que, por tanto, resulta en parte innata pero también puede ser enseñada (19).

Por otra parte, aunque pueda existir cierta controversia respecto a la efectividad clínica de ciertas habilidades comunicacionales sobre determinados resultados de salud, existen gran cantidad de estudios que muestran asociaciones positivas con importantes objetivos de la asistencia sanitaria. Generar evidencia científica sobre la relación entre comunicación médico-paciente y resultados de salud es especialmente difícil por las limitaciones metodológicas inherentes al estudio del comportamiento humano. Un obstáculo particular para investigar en este ámbito es la dificultad para aislar los efectos del componente comunicacional de otros relacionados con el contexto en el que se ofrece la atención sanitaria. En este sentido, hoy se otorga una importancia sustancial al poder terapéutico del placebo en las intervenciones médicas (20, 21) y se reconoce que en el tipo de relación médico-paciente se incluyen probablemente las variables de mayor peso en dicho efecto (22). En cualquier caso, y aunque las habilidades comunicacionales pudiesen actuar sobre la salud del paciente por mediación de un efecto placebo, el estudio de los efectos asociados a la capacidad comunicacional de los profesionales resultaría importante para mejorar el conocimiento y la eficiencia de la práctica clínica.

Sobre esta materia existe una gran cantidad de estudios que han mostrado asociación positiva entre determinados comportamientos de la comunicación médico-paciente y resultados asistenciales importantes, incluyendo la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento recomendado o la capacitación para afrontar la enfermedad crónica (23-31). Además, alguna investigación reciente ofrece también evidencias convincentes de que la competencia comunicacional mejora los resultados clínicos en el tratamiento de la diabetes, la hipertensión y cáncer (32, 33) y que, por el contrario, las interrupciones en la comunicación están fuertemente asociadas con el aumento de la probabilidad de que los pacientes denuncien a los médicos (34). Las quejas más frecuentes de los pacientes tienen que ver con que sus médicos no escuchan sus inquietudes, no se preocupan por sus problemas o no les proporcionan suficiente información sobre sus tratamientos

(35). En la tabla 3 se detallan algunos los principales trabajos de investigación que han mostrado asociaciones positivas.

**Tabla 3: Efecto de las conductas relacionales sobre resultados de salud**  
*\*Reproducida de Ruiz Moral R, 2004*

ASPECTO RELACIONAL	TIPO DE RESULTADO AFECTADO POSITIVAMENTE	Ref.
Percepción de que la visitas habían sido más centradas en ellos especialmente en el ámbito de llegar a acuerdos	Mejoría en el discomfort, las preocupaciones y una mejor salud mental tras las visitas	(26)
Percibir tras las visitas que habían podido discutir ampliamente su problema con el médico, recibido una información clara y que se les había considerado su opinión a la hora de establecer una plan de tratamiento	Mejorías significativas en la intensidad del dolor, en el grado de ansiedad, una disminución de los síntomas asociados y una mayor recuperación funcional.	(28)
Utilizar sentido del humor, mostrarse facilitador e informar y orientar	Menos denuncias a médicos de atención primaria	(34)
Más atención a las quejas del paciente	Recuperación subjetiva	(36)
Grado de acuerdo entre médico y paciente sobre la naturaleza del problema	Resolución de síntomas al mes de consultar	(37)
Intercambio emocional entre el médico y el paciente	Mejoría de síntomas	(38)
Llegar a acuerdos con sus médicos sobre la naturaleza de sus síntomas y el tratamiento	Mejoría de síntomas	(39)
Mostrarse el médico confiado y etiquetar el problema	Mejoría/resolución de síntomas	(40)
Compartir decisiones y ofrecer distintas posibilidades terapéuticas	Menor morbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer de mama	(41)
Uso de las técnicas de counseling: discusión de relaciones interpersonales y estado emocional	Mejoría del estado de salud global	(42)

Sin embargo las pruebas científicas no siempre han sido claras o en forma de evidencia inequívoca. Por ejemplo, en una revisión realizada en 2004 (30) se constató que hasta un 27% de los estudios analizados no mostraban relación entre algunas de las conductas comunicativas consideradas eficaces (por ejemplo, que el paciente haga más preguntas o que el médico emplee un tipo de comunicación centrada en el paciente) y la mejoría de los resultados. En otras investigaciones, similares intervenciones han mostrado distintos efectos (43, 44).

La controversia de los resultados anteriormente señalada, tanto en ensayos clínicos como en estudios observacionales, puede relacionarse con alguno de los siguientes factores:

- En primer lugar, la investigación hasta la fecha no ha logrado explicar los procesos íntimos y las vías fundamentales que relacionan la comunicación con los resultados de la asistencia. Como la mayoría de esta investigación es de tipo "correlacional", lo único que puede inferirse son asociaciones estadísticas, no explicaciones causales. Por ejemplo, en un estudio (45) los pacientes con diabetes tenía un mal control metabólico tras consultas con enfermeras que fueron muy "controladoras" (que interrumpían, mostraban desacuerdo, eran más directivas). Se podría inferir que el dominio de las enfermeras impidió la participación de los pacientes en la toma de decisiones, lo que a su vez produjo una menor adherencia y comprensión del régimen de tratamiento. Sin embargo, una explicación alternativa podría ser que las enfermeras fueron más controladoras con los pacientes menos cooperativos y cumplidores (es decir, los pacientes con mayor riesgo de un mal control). Por lo tanto, no es fácil determinar la secuencia cronológica de los fenómenos descritos y la dirección de su relación.
- En segundo lugar, sigue estando poco claro cuáles son los elementos de la comunicación que se asocian con resultados específicos. Aunque se han identificado aspectos claves de la comunicación centrada en el paciente (intercambio de información, gestión de la incertidumbre, respuesta a las emociones, fomento de la decisiones compartidas clínico-paciente), la forma en la que un aspecto particular de la comunicación puede o no llevar a una mejora de la salud no es conocida, ni ha sido estudiada convenientemente hasta ahora.
- En tercer lugar, los investigadores rara vez abordan el estudio de la comunicación médico-paciente dentro del contexto más amplio de los determinantes fisiológicos, personales y sociales de salud. Si estos no se controlan es imposible conocer el posible efecto aislado de cada elemento. Y la realidad es que una vez que el paciente sale de la consulta se expone a otros muchos factores que pueden modular posteriormente su salud.
- En cuarto lugar, existen problemas de medición que pueden resultar determinantes en dos sentidos. En el nivel más básico, el problema puede ser la existencia de diferentes definiciones operacionales y conceptuales de las

variables que han de ser medidas. Por ejemplo, dos revisiones recientes revelaron que no existe una definición común de lo que es una toma de decisiones compartida (46, 47). En otros casos, el problema puede relacionarse con la inconsistencia de diferentes métodos de medición de la comunicación (por ejemplo, auto-informe de paciente versus codificación por un observador). Elegir uno u otro puede generar una valoración de la conducta muy diferente (48).

Por todo esto, explicar cómo y por qué la comunicación contribuye a mejorar los resultados de la salud exige una comprensión más profunda de cómo aspectos específicos y bien definidos de ésta pueden estar vinculados a resultados concretos, pero también requiere comprender cómo los factores contextuales - tanto dentro del ámbito clínico, como de la familia y otros de tipo social ajenos al entorno clínico - matizan o median los efectos de la comunicación sobre la salud. Esto requiere que los investigadores superen los marcos conceptuales descriptivos a la hora de formular explicaciones teóricas que ligen comunicación y salud. En este sentido se ha propuesto un modelo pragmático y sencillo que puede ser usado para generar hipótesis y guiar la investigación futura. Este modelo descansa en la consideración de que la comunicación puede influenciar los resultados de salud, tanto de forma directa como indirecta (por ej., a través de incrementar la comprensión, la confianza, la motivación, el acuerdo,...), existiendo relevantes modificadores extrínsecos a estas influencias (49).

#### **1.4. Viabilidad de la enseñanza de habilidades comunicacionales.**

En el estado de conocimiento actual se considera que la habilidad comunicacional de un médico no es una destreza innata. Aunque cada persona tenga un estilo propio de comunicación y puede mostrar una mayor o menor facilidad para modificarlo, la capacidad general de adquirir y adaptar habilidades concretas de comunicación es un hecho constatado. Por ello, y dada la demostrada trascendencia que este tipo de habilidades tiene en la práctica clínica, la enseñanza de habilidades comunicacionales se debería considerar hoy como una tarea fundamental en el desarrollo de los

currícula educativos de grado, los programas formativos de residentes y los de educación médica continuada.

Los estudiantes en el último año de la facultad y los residentes que no han recibido formación en habilidades comunicacionales o ésta ha sido muy limitada, llevan a cabo de forma muy similar la puesta en práctica de habilidades relacionadas con la conversación social. Estas habilidades las aprenden espontáneamente. Sin embargo, ambos grupos mostraron un nivel de profesionalidad bajo en relación a otras habilidades importantes como son las de “estructurar la entrevista” o “responder a las preocupaciones de los pacientes”. Este tipo de habilidades comunicacionales no parece que puedan aprenderse incluso después de diez o más años de práctica (50).

No obstante, la evidencia empírica disponible en relación al efecto de la formación en comunicación no es concluyente, en especial en lo referente al grado de pericia comunicacional que un estudiante puede llegar a conseguir con dicha formación. Sobre esta cuestión existen estudios que han comprobado mejorías que van desde “discretas a moderadas” después de la realización de uno o más cursos de comunicación clínica (50-54).

Los cursos realizados en el contexto del postgrado también parecen tener efectos positivos sobre los médicos que los realizan (50, 55-57) aunque estos efectos puedan ser limitados (58, 59).

Sin embargo, parece que la experiencia clínica personal tiene poca influencia sobre la competencia comunicacional de estudiantes y médicos. Los estudiantes mejoran esta competencia durante sus pasantías (60), pero las habilidades de los residentes no cambian durante la residencia (61) e incluso en algunos casos empeoran (62).

Un modelo como el de Ericsson que trata de explicar cómo se adquiere la pericia práctica (63) proporciona una explicación a la limitación de los efectos de la formación en comunicación o de la práctica clínica. El modelo de Ericsson afirma que tras una experiencia o entrenamiento restringido, la actuación de un sujeto se adapta a las demandas propias de situaciones típicas. Una vez alcanzado el nivel

satisfactorio, la actuación se estabiliza y se automatiza rápidamente. Una experiencia adicional no mejora entonces la conducta, de forma que la actuación experta nunca se llega a conseguir, pues esto requiere la adquisición de sistemas complejos de actuación integrada para conseguir la planificación, ejecución, monitorización y análisis de la actuación. Estos complejos sistemas se adquieren solo mediante una "práctica deliberada" bajo condiciones de aprendizaje muy específicas. Ericsson en base a una revisión de la investigación sobre cómo se adquieren las habilidades, identificó las siguientes condiciones para el aprendizaje: a) realizar tareas de aprendizaje que tengan objetivos bien definidos, b) motivar para mejorar, c) aprender tareas de corta duración con oportunidades de feedback, reflexión y corrección inmediatas, y d) tener muchas oportunidades para repetir, afinar de forma gradual y practicar en situaciones desafiantes.

Hoy día casi todos los currícula médicos en EEUU, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Alemania, Países Bajos y Escandinavia tienen programas para la enseñanza de las habilidades comunicacionales. Sin embargo, las condiciones educativas para adquirir un nivel de actuación experto tampoco se cumplen en esos currícula. Lo que suele faltar son sobre todo, las oportunidades para que los estudiantes revisen, afinen y construyan sobre las habilidades que ya tienen, a la vez que añaden otras nuevas (64). Según el modelo de Ericsson los estudiantes pueden conseguir un nivel en su competencia comunicacional solo "satisfactorio" pero no "experto". El modelo predice también que la experiencia clínica por sí sola no es suficiente para alcanzar un nivel experto. Los médicos con experiencia tendrán aproximadamente un nivel de competencia comunicacional similar al que tenían en el momento de su graduación (si es que recibieron alguna formación específica en este ámbito), a no ser que hubiesen recibido formación adicional. Si no, la competencia comunicacional del clínico experto puede ser incluso inferior, puesto que su experiencia clínica no puede compensar su falta de formación en comunicación. Wouda y van de Wiel (65) han demostrado algunas de estas hipótesis.

### 1.5. Enfoques educativos en comunicación clínica.

En los últimos años, en el ámbito de la medicina clínica, se han venido haciendo propuestas de listados de habilidades comunicacionales, enmarcadas en ocasiones en modelos específicos de entrevista clínica, que deberían ser aprendidas por médicos y estudiantes de Medicina. Esto ha supuesto el desarrollo de tareas comunicacionales concretas a través de habilidades comunicacionales definidas.

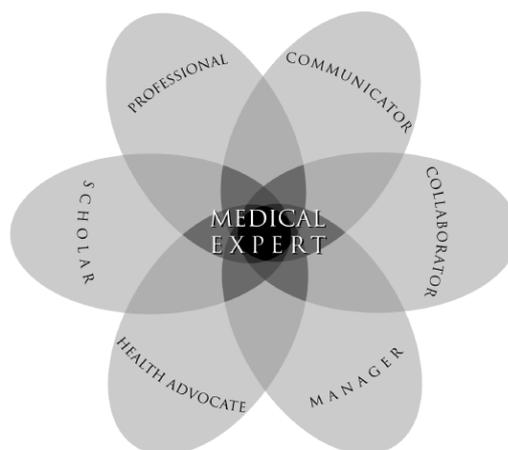
Estas iniciativas identifican las tareas y/o habilidades comunicacionales que se han ido perfilando en base a su impacto y mensurabilidad en la práctica clínica, y que deberían ser consideradas para el desarrollo de programas docentes y sistemas de evaluación sobre comunicación asistencial de los estudiantes de Medicina. Aunque tradicionalmente se ha hecho un particular énfasis en la enseñanza y aprendizaje de las conductas observables (habilidades) que se ponen en juego durante el encuentro médico-paciente, más recientemente se han propuesto también otras competencias comunicacionales que rebasan el marco del encuentro clínico, como el trabajo en equipo, la colaboración interprofesional, el autoconocimiento o el manejo de la incertidumbre.

Desde que en los años 90 la *"Accreditation Council for Graduate Medical Education"* (66) y el *"Royal College of Physicians and Surgeons of Canada"* (67) definieran las habilidades comunicacionales como una de las competencias nucleares en la educación del futuro médico, se han desarrollado algunas propuestas en la misma línea con algunas o varias de las siguientes características: 1. ampliación del número y tipo de competencias incluidas, 2. enfoque educativo específico, bien sea para estudios de grado, formación especializada o formación continuada, 3. objetivos comunes para diferentes profesiones sanitarias y 4. perspectiva internacional y/o intercultural.

Estas propuestas realizadas por asociaciones o grupos de expertos más amplios (de carácter internacional e interprofesional) suponen declaraciones consensuadas con diferentes propósitos y alcances, pero con el objetivo común de definir los contenidos

docentes relevantes en materia de relación médico-paciente en el contexto del encuentro clínico y de servir de base para su uso en la planificación, diseño de programas docentes y evaluación de la comunicación asistencial. Entre éstos destaca el **Consenso de Toronto** (1991) (68) , y de **Kalamazoo** (2001) (69) . En el primero de ellos, se aborda la importancia de la comunicación clínica, estrategias de mejora y dificultades para su desarrollo. En el de Kalamazoo, se presentaron 5 modelos en uso de comunicación médico-paciente y se trabajaron semejanzas y diferencias entre ellos, para así llegar a proponer un modelo de comunicación basado en tareas propio.

En los últimos años, el *“Royal College of Physicians and Surgeons of Canada”* redefine un nuevo marco de trabajo sobre uno creado en 1996, mostrando una propuesta para mejorar la atención al paciente basada en la definición de las competencias necesarias para la educación y la práctica médica, **CanMEDS** (The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework) (70). Con él se pretende que el alumno desarrolle las capacidades necesarias para proporcionar la mejor calidad en la atención médica. La figura 1 ilustra los roles profesionales y las conexiones entre ellos que, según lo descrito en CanMEDS, ha de presentar un médico: experto médico (el papel central), comunicador, colaborador, abogado de salud, gerente, docente y profesional de la salud.

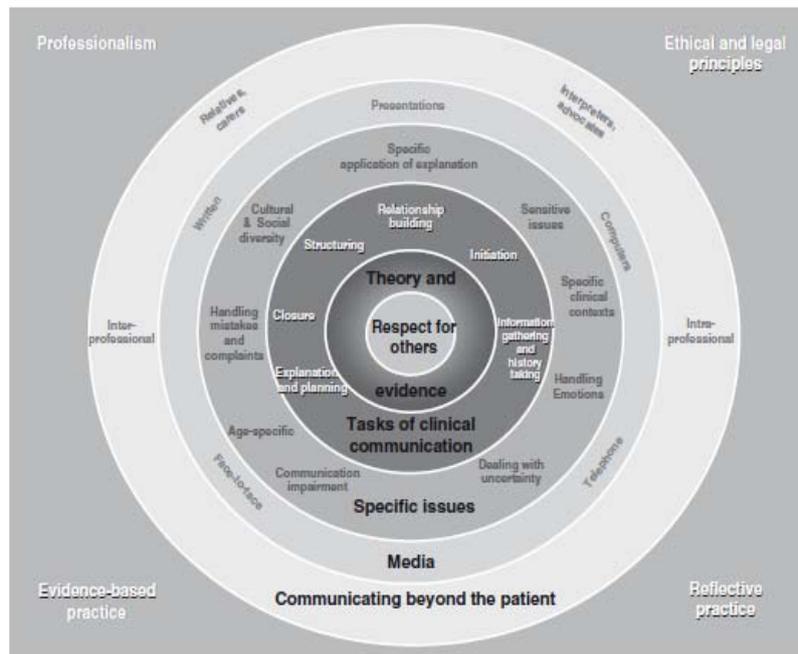


**Figura 1: Marco conceptual de CanMEDS**

*Reproducida de The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework 2005.  
Referencia completa en bibliografía, cita (70)*

Cada rol está formado por un grupo temático de competencias, y como se observa en la figura la función del médico como comunicador es uno de los roles contemplados, considerándolo como un facilitador de la relación clínica y de los acuerdos que ocurren durante la misma. Dentro de este contexto de “médico-facilitador” se describen 17 competencias comunicacionales clasificadas en los apartados siguientes: desarrollar buena relación, confianza y relaciones terapéuticas éticas con los pacientes y familias; obtener y sintetizar información relevante considerando la perspectiva de los pacientes y las familias, colegas y otros profesionales; comunicar con precisión la información a los pacientes y familiares, colegas y otros profesionales; desarrollar un entendimiento común sobre cuestiones, problemas y planes con los pacientes y familias, colegas y otros profesionales para desarrollar un plan compartido de la atención; transmitir información oral y escrita efectiva sobre un encuentro médico.

En el ámbito europeo destaca el **Consenso Británico** (*UK Consensus Statement, 2008*) (71), documento desarrollado por 33 escuelas de medicina británicas, para ayudar a los planificadores curriculares en el diseño, implementación y revisión de los currícula médicos de comunicación en el Reino Unido. El documento está específicamente diseñado para la educación médica pregraduada, pero pretende también ser de utilidad en la educación de otros profesionales sanitarios y servir de base para las iniciativas de desarrollo profesional postgraduado. Sus objetivos además no sólo están enfocados a habilidades clínicas comunicacionales, sino que describen un marco de referencia: “*la rueda curricular de comunicación*” (figura 2), que contiene los siguientes dominios: respeto por los otros (como componente central), teoría y evidencia de las habilidades comunicacionales, tareas y habilidades de la entrevista clínica, temas específicos, comunicación de masas, y comunicación con los que no son pacientes. El documento a su vez define una serie de principios generales que enmarcan lo anterior: la práctica reflexiva, el profesionalismo, el marco ético-legal, y la práctica basada en pruebas científicas.



**Figura 2: Rueda curricular de la comunicación**  
 Reproducida de Von Fragstein M, Silverman J.  
 Referencia completa en bibliografía, cita (71)

El **Consenso de Basilea** (*Basel Consensus Statement, 2010*) (72) es un consenso de expertos sobre habilidades comunicacionales y competencias sociales para pregraduados médicos de los países de ámbito germánico (Alemania, Austria y Suiza). Su objetivo es similar al británico, incluyendo también el contribuir a resaltar la significación de las competencias comunicacionales y sociales, pero a diferencia de los anteriores, éste llega a concretar un total de 131 objetivos específicos. En comparación con los consensos de Toronto y Kalamazoo este consenso de Basilea incluye un más amplio número de temas y objetivos, entre los que se encuentran el trabajo en equipo, la responsabilidad social y el desarrollo personal y profesional.

En la misma línea, la *“European Association in Communication and Health” (EACH)* ha definido un **Consenso Europeo** (*European consensus of learning objectives for a core communicational curriculum in health care professions, 2012*) (73) sobre el “núcleo curricular en comunicación” con la pretensión de que sirva de guía en los

diseños curriculares de diversas profesiones sanitarias, con carácter multi e interprofesional, en el marco de actuación de los diferentes países europeos adscritos al proceso de Bolonia. Este consenso supone básicamente una adaptación de la taxonomía de objetivos del Consenso de Basilea y proporciona 61 objetivos de aprendizaje focalizados tanto en la “comunicación con pacientes” como en la “comunicación en equipos profesionales”, incluyendo también contenidos como “la reflexión y el profesionalismo”.

En paralelo a estas iniciativas internacionales, también se han desarrollado en España durante estos años propuestas prácticas de enfoque conductual sobre objetivos, habilidades y tareas comunicacionales para su aplicación en la práctica médica. Muestra de ello son los modelos de entrevista semiestructurada (74) o el modelo de tareas CICAA (75, 76). Más recientemente, dentro del contexto cultural y educativo iberoamericano algunos países de habla hispano-portuguesa han empezado a integrar estas competencias en la enseñanza de la medicina, si bien con extensión y formato variable. Por ejemplo, la Asociación Argentina de Facultades de Medicina (AFACIMERA) realizó declaraciones institucionales destacando la necesidad de incluir y definir los contenidos educativos comunicacionales de grado, incluidos en algunas de sus escuelas de medicina. Otros países como Colombia, Chile, Brasil, Méjico y Portugal han desarrollado documentos de forma local o institucional referentes a la enseñanza de habilidades comunicacionales en sus centros, con metodología docente explícita para su uso en el aula (77-87). En España, el Ministerio de Educación incluyó en los planes de estudio de grado entre siete grandes bloques de competencias que los estudiantes deberían adquirir para habilitarse para el ejercicio de la profesión médica, las “habilidades de comunicación”, al mismo nivel que, por ejemplo, el resto de competencias clínicas tradicionales (88).

## **1.6. Sobre la presente propuesta.**

El objetivo del presente proyecto es desarrollar y alcanzar un consenso experto en los países del ámbito iberoamericano que defina expresamente las competencias comunicacionales que deberían adquirir los graduados médicos durante sus estudios, definidos como resultados de aprendizaje esperables al final de su proceso formativo universitario.

El proyecto pretende ayudar a unificar criterio sobre un aspecto particularmente descuidado en nuestro contexto, como son las habilidades de relación interpersonal y de comunicación que los médicos deberían adquirir durante sus años de formación pregraduada, junto a las restantes competencias científico-técnicas. Se dispone de suficientes evidencias sobre cómo esta etapa formativa resulta especialmente sensible para la adquisición de este tipo de destrezas (52), así como sobre el impacto que la habilidad relacional de los médicos tiene sobre los resultados clínicos de su ejercicio (26), permitiéndoles ofrecer desde la perspectiva del paciente, una práctica asistencial más humana y satisfactoria (centrada en el paciente).

### **1.6.1. Marco conceptual teórico.**

Inspirados en el UK statement (71), inicialmente se trató de conseguir un modelo empírico de relevancia práctica para el desarrollo curricular que ayudase a determinar los contenidos del consenso. Para ello se realizó una propuesta conceptual sobre la relación asistencial centrada en la persona que fuese realista para la práctica clínica y para su enseñanza en nuestro contexto. Esta propuesta tiene evidencias científicas suficientes y toma como base la comprensión de la dolencia del paciente desde la perspectiva del "Modelo Biopsicosocial" y de la asistencia clínica como una relación profesional entre dos personas (médico y paciente) con fines específicos, en los que adquieren especial relevancia las dimensiones familiar en la persona-paciente y la relación inter/intraprofesional y el autoconocimiento en la persona-médico (89).

### 1.6.2. Formato pedagógico.

Dado que con este proyecto se pretende definir un conjunto de competencias comunicacionales que los estudiantes de Medicina deben poseer al final de sus estudios de grado, se debe seleccionar el formato pedagógico más adecuado para hacerlo.

Considerando que la línea divisoria entre objetivos, resultados de aprendizaje y competencias es en ocasiones difícil de trazar y en no pocos casos en la literatura se confunden o se utilizan indistintamente (15, 90-92), parece razonable distinguirlos para explicar por qué en este estudio se ha decidido emplear resultados de aprendizaje siguiendo las directrices que marca el "*Marco de Cualificaciones del Espacio Europeo de Educación Superior*" (*A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area*) (92) (<http://www.eees.es/es/eees-bolonia-hacia-la-convergencia-marcos-calificaciones>):

- Los objetivos están directamente relacionados con las intenciones del docente, es decir, son declaraciones sobre los contenidos y propósitos que hay detrás de una materia, siempre desde el punto de vista del profesor y poco susceptibles de ser medidos. (Ej: Presentar a los estudiantes los principios del potencial de acción nervioso).
- Los resultados de aprendizaje son declaraciones de lo que se espera que un estudiante conozca, comprenda y/o sea capaz de hacer al final de un periodo de aprendizaje. Ponen al estudiante como sujeto de la acción, son evaluables y observables (o los son sus consecuencias). (Ej: Enumerar las fases del potencial de acción nervioso).
- El proyecto Tuning (Estructuras educativas en Europa) considera que las competencias combinan conocimientos, comprensión, destrezas, habilidades y actitudes. (Ej: Capacidad para interpretar potenciales de acción nerviosos en una prueba diagnóstica).

A diferencia de lo que ocurre en otros países, en el caso de España, el uso del término competencias está más extendido que el de resultados de aprendizaje. Así el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales refiere que “los planes de estudio conducentes a la obtención de un título deberán tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias”. La definición de resultados de aprendizaje aparece de manera explícita en el Artículo 2 del Real Decreto 1027/2011, 15 de julio, como aquello que se espera que un estudiante conozca, comprenda o sea capaz de hacer. Para el propósito de este proyecto, se considera que los resultados de aprendizaje son concreciones de las competencias para un determinado nivel, y que son el resultado global del proceso enseñanza-aprendizaje.

Se pueden encontrar muchas referencias en la literatura europea sobre buenas prácticas a la hora de describir resultados del aprendizaje, pero si en algo concuerdan todas las reseñas es en recalcar la importancia de utilizar, al describirlos, verbos de acción que no admitan confusión y en considerar la *jerarquía de objetivos educativos de Bloom* como el instrumento para elegir el verbo de acción más adecuado. Según el trabajo de Benjamin Bloom y sus colaboradores (93), el aprendizaje abarca tres planos bien diferenciados, aunque con frecuencia se combinan en los resultados del aprendizaje propios de la educación superior: el plano cognitivo, el subjetivo y el psicomotor.

- El plano cognitivo es el relacionado con el proceso de pensamiento y fue el más desarrollado por Bloom. Sus investigaciones se centraron en elaborar una clasificación de los distintos niveles cognitivos durante el proceso de aprendizaje de los estudiantes (figura 3).
- El plano subjetivo (actitudinal) se refiere al componente emocional del aprendizaje, es decir, aquello relativo a las actitudes, los valores y la ética.
- El plano psicomotor, engloba las destrezas físicas y las relacionadas con la coordinación, importantes cuando se habla de determinados tipos de actividades formativas.

En este trabajo, se ha intentado incluir resultados de aprendizaje que contemplen los 3 planos de Bloom (cognitivo, psicomotor y actitudinal) evitando, además, considerar únicamente los relacionados con las categorías cognitivas más bajas de la pirámide.



**Figura 3: Dirección ideal del pensamiento según la Taxonomía de Bloom (Plano cognitivo)**

*Adaptada de ANECA. Referencia completa en bibliografía, cita (92)*

Los resultados de aprendizaje son elementos importantes de clarificación de los frutos del aprendizaje para los estudiantes y los docentes y suponen una herramienta útil de planificación y organización del aprendizaje ya que evidencian los resultados previstos de la enseñanza a todos los agentes implicados en el sistema universitario (alumnos, profesores, planificadores, futuros empleadores...). Por un lado, facilita al profesor la orientación de su materia orientándolo hacia el logro de determinados conocimientos que se han hecho explícitos. Además, permite al estudiante saber con antelación los retos a los que debe enfrentarse durante su formación, en definitiva lo que se espera de él al terminar sus estudios.

El uso de los resultados de aprendizaje aumenta la coherencia del modelo de aprendizaje centrado en el alumno, estableciendo un vínculo entre actividades formativas, métodos de evaluación y resultados (figura 4). “Cuando existe alineación entre lo que queremos, cómo enseñamos y cómo evaluamos, la docencia es mucho más efectiva que cuando no existe (alineación)...Las teorías tradicionales de enseñanza ignoraron esta alineación” (Biggs, 2003) (94).



**Figura 4: Triangulación entre resultados de aprendizaje, actividades formativas y métodos de evaluación**

*Adaptada de ANECA. Referencia completa en bibliografía, cita (92)*

El uso de los resultados de aprendizaje es una referencia de calidad en la enseñanza puesto que su establecimiento obliga a los responsables del diseño curricular de la carrera a trabajar de forma reflexiva sobre los resultados de los estudios que ofertan, al igual que ocurre con las agencias de garantía de calidad y acreditación que encuentran en ellos un criterio fundamental a tener en cuenta. En el ámbito internacional, su uso facilita la unificación del aprendizaje entre países agilizando el reconocimiento de logros entre estudiantes, lo que aumenta sustancialmente las posibilidades de movilidad del alumnado.

### 1.6.3. Propuesta metodológica.

En el momento de iniciar este estudio y plantear una metodología de investigación apropiada para que un panel experto internacional definiera por consenso un núcleo de competencias, tres abordajes principales de consenso experto se habían empleado en el campo de la salud: en los sesenta se introdujo el método Delphi (95, 96), la técnica de Grupo Nominal en los setenta (97) y, a partir de 1977, el método de la Conferencia de Consenso, desarrollado por el "*NIH Consensus Development Program*", del "*National Institute of Health*" de los EEUU (98). Por distintos motivos, ninguno de los 3 procedimientos se consideró totalmente adecuado a nuestros fines. En el apartado Métodos se describe la variante técnica de consenso empleada en este estudio.

- La primera que se utilizó fue la **técnica Delphi** creada en 1952 (95) como una técnica grupal en la que los participantes nunca se llegan a reunir. Se articula mediante sucesivas rondas de encuesta escrita vehiculadas por vía postal, construyéndose cada ronda con el análisis estadístico de los resultados de la ronda anterior, hasta llegar a una situación de consenso. Esta técnica no necesita presencia física de los expertos, posibilitando acceder a un elevado número de ellos.
- En 1968 se desarrolló el **Grupo Nominal** (o Panel de Expertos) como variante de la técnica Delphi (97). En esta técnica el moderador propone una cuestión al grupo sobre la que cada participante apunta sus reflexiones propias, tras lo cual se ponen en común en el grupo estas ideas y cada participante vota individualmente y de forma anónima utilizando una escala cuantitativa establecida previamente. Tras conocer la puntuación final de las propuestas, se identifican las consensuadas como las más votadas por el panel. El Grupo Nominal gracias a la posibilidad de interacción directa entre los expertos, admite adentrarse más en las cuestiones que el Delphi y es comparativamente más rápido que éste, aunque no tiene mecanismos de garantía frente a la aparición de sesgos asociados a la presencia de participantes con más conocimientos o más participativos (99).

- Las **Conferencias de Consenso** se diseñaron en 1977 en respuesta al aumento de la complejidad de las cuestiones planteadas en el mundo sanitario. El objetivo de las mismas es elaborar recomendaciones en una sesión pública donde los expertos presentan la mejor evidencia disponible para responder a las cuestiones planteadas, basándose en un análisis previo de la bibliografía. Durante la sesión los expertos respaldan las conclusiones extraídas de las revisiones bibliográficas e interactúan con el público invitado a la sesión con interés en el tema a debate. Un jurado multiprofesional elabora un informe de conclusiones y recomendaciones en una sesión de puesta en común a puerta cerrada. Para ello, se requiere el acuerdo consensuado de al menos el 80% de los 8-16 miembros que componen el dicho jurado, eso es, el acuerdo de una mayoría absoluta cualificada (reforzada) del grupo (100). El método recuerda el proceso de un juicio en el ámbito jurídico.

La tabla 4 presenta las características de cada uno de los métodos, presentando como elemento de comparación una reunión de expertos no estructurada.

**Tabla 4: Comparativa de los principales métodos de consenso. Ventajas e inconvenientes.**

*Reproducida de Peiró S, Portella E. Referencia completa en bibliografía, cita (101)*

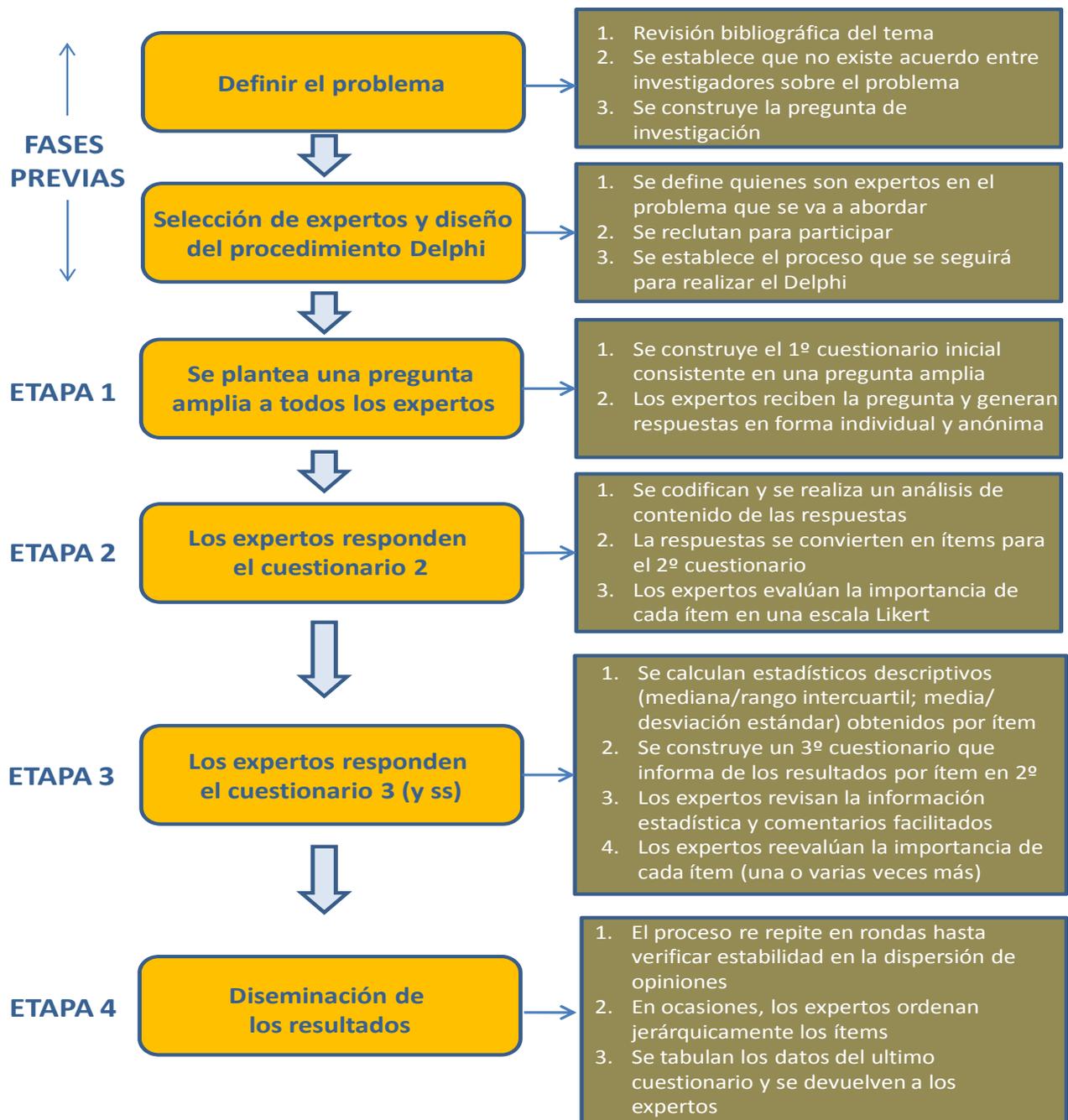
TÉCNICA DE CONSENSO	Reuniones no estructuradas	Grupo Nominal	Método Delphi	Conferencia de Consenso
<b>PARTICIPANTES</b>				
Minimización de influencias entre participantes	No	Alta	Muy alta	No
Da iguales oportunidades de participación	No	Sí	Sí	No
Buen funcionamiento con grupos heterogéneos	No	Sí	Sí	Sí
Garantiza la representatividad de participante	No	No	No	Algo
Necesidad de habilidades de comunicación verbal	Sí	Mínima	No	Sí
Necesidad de habilidades de comunicación escrita	No	No	Elevada	No
Sensación de manipulación	Escasa	Alta	Alta	Media
<b>RESULTADOS</b>				
Capacidad de obtención de consenso	Escasa	Alta	Alta	Alta
Capacidad de generación de nuevas ideas	Escasa	Muy alta	Alta	Media
Aportación de perspectivas distintas	Escasa	Muy alta	Alta	Muy alta
Integración de información diversa	A veces	Muy alta	Muy alta	Muy alta
Exploración de más de un problema a la vez	Sí	No	Sí	No
Dificultad en la interpretación de resultados	Alta	Media	Media	Baja
<b>OPERATIVA</b>				
Pérdida de opiniones extremas	No	Siempre	Siempre	A veces
Fácil realización	Sí	Sí	No	No
Esfuerzo en la preparación	Bajo	Medio	Alto	Alto
Duración	Corta	Corta	Larga	Media
Necesidad de reunir miembros	Sí	Sí	No	Sí

El **Método Delphi** tradicional (figura 5) que ha inspirado la técnica usada en este proyecto, fue ideado originalmente con fines militares en el seno del Centro de Investigación Estadounidense "*RAND Corporation*" por Dalkey y Helmer a inicio de los setenta. Originalmente su empleo se extendió en especial hacia la evaluación de problemas sociales complejos (transporte, sanidad, educación, entorno,...). Las principales particularidades del método son (102):

- a) Proceso reiterado mediante un número indeterminado de rondas hasta conseguir estabilidad en las respuestas.
- b) Anonimato de los participantes utilizando cuestionarios escritos y evitando el enfrentamiento directo de los expertos con el objetivo de reducir el efecto que ejercen los posibles líderes del grupo.
- c) Feed-back controlado que permite la reflexión sobre las respuestas propias. Tras cada ronda se informa a los participantes de la posición general del grupo frente a la cuestión analizada.
- d) Análisis estadístico de las respuestas del grupo normalmente a través de la mediana de las respuestas individuales y del rango intercuartílico como indicador del nivel de consenso (o de dispersión de las respuestas).

Una cuestión controvertida respecto a este método, es que no existe un tamaño de panel experto técnicamente óptimo. Pese a demostrar que el error de previsión disminuye a medida que se amplía el tamaño de la muestra, sus desarrolladores aconsejaron paneles de no menos de 7 miembros (el error aumenta en grupos menores) y no más de 30, ya que la mejora de rendimiento que se obtiene es muy pequeña y no compensa el incremento de coste y trabajo (103, 104).

Otra cuestión compleja del Delphi es la construcción de los cuestionarios que puntuarán los expertos, tarea para la que se solicita la participación de los panelistas mediante una primera ronda de aportaciones libres compleja de gestionar (105, 106).

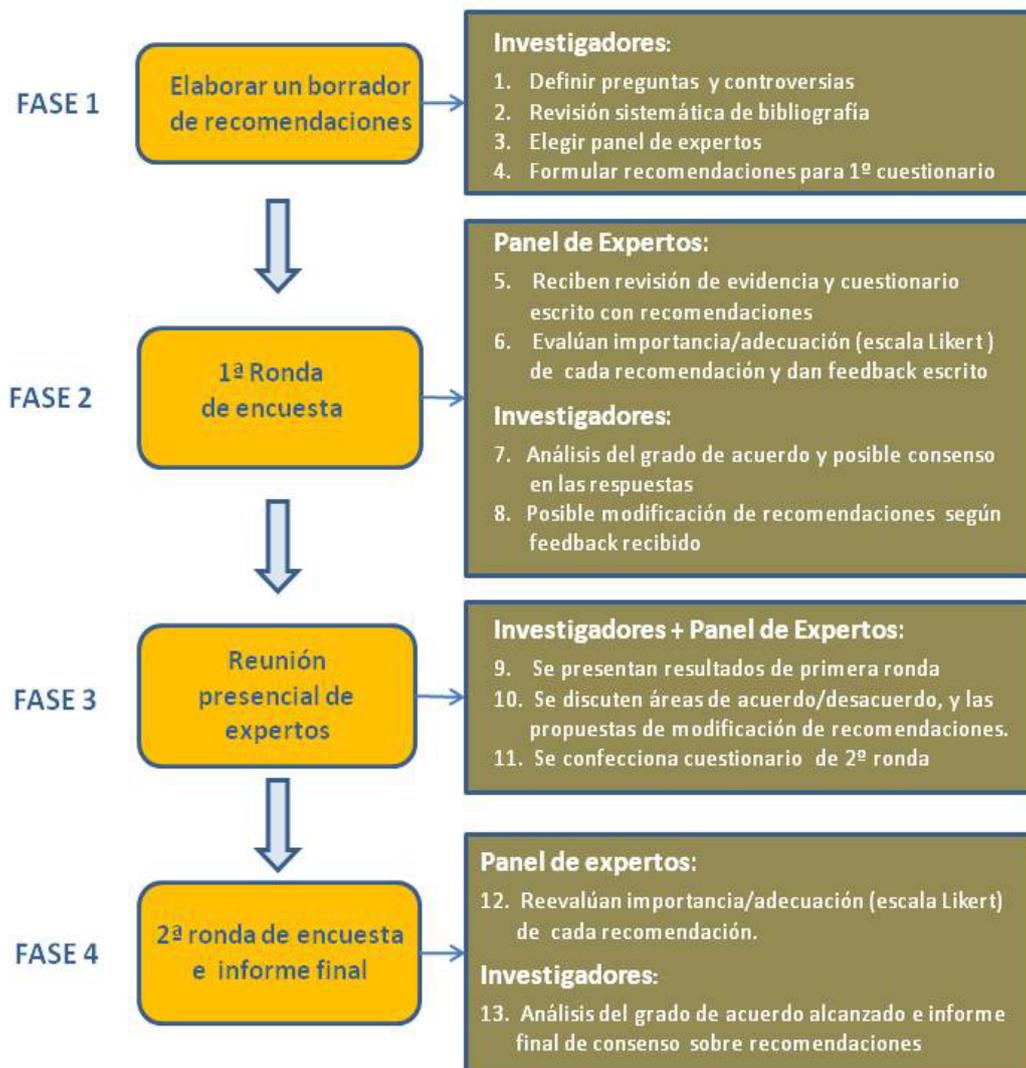


**Figura 5: Etapas de implementación de la técnica Delphi original**

*\*Reproducida de Caballero F.  
Referencia completa en bibliografía, cita (107)*

Finalmente, uno de los elementos más controvertidos de la técnica es el criterio que se emplea para finalizar el proceso, es decir, el número de rondas de encuesta necesarias. En este sentido se toma en consideración, el consenso de resultados (grado de convergencia de las opiniones individuales, generalmente comprobado por una medida de dispersión reducida, como el rango intercuartílico o la desviación típica), y la estabilidad en los mismos (no variación significativa de las opiniones de los expertos entre rondas sucesivas). La falta de consenso y de estabilidad en las posiciones de los panelistas aconsejaría nuevas rondas de encuesta (108).

En los últimos 25 años se ha extendido una variante técnica del Método Delphi que se ha comentado, conocida como **Método Delphi Modificado (DEMO)** (figura 6) (109), que a diferencia del anterior permite una sesión presencial de encuentro entre dos únicas rondas, aumentando así la probabilidad de mantener el interés de los panelistas con tan sólo 2 rondas y facilitando la aproximación de posturas entre expertos con la sesión presencial. Sin embargo, esta variante ha presentado algunas desventajas, como es el riesgo de manipulación al no poder eliminar completamente los sesgos de influencia en la sesión presencial, además de las dificultades logísticas que conlleva y el consiguiente aumento de los costes, sobre todo cuando se trabaja con paneles de expertos numerosos. La propuesta se introdujo por Nelms y Porter en 1985, quienes desarrollaron una transformación del método tradicional al que llamaron EFTE (*Estimate, Feedback, Talk, Estimate*), aunque se ha utilizado generalmente con el nombre de "Método Delphi Modificado". A pesar de que en sentido estricto no es la única variante disponible del método (110-112), lo cierto es que se le considera el "Delphi Modificado" por excelencia (113).



**Figura 6. Etapas de implementación del método Delphi modificado**  
 Reproducida de Caballero F. Referencia completa en bibliografía, cita (107)

Intentado resolver algunas de las dificultades encontradas en los métodos anteriormente descritos se ha desarrollado en los últimos 5 años la metodología utilizada en este estudio, el método Delphi Modificado no presencial (**Remote Modified Delphi, REMODE**). Se trata de una técnica estructurada de debate no presencial que, pese a limitar las posibilidades de interacción de los expertos (se desarrolla totalmente a distancia), consigue que estos asuman sin conflictos su

dinámica técnica y compartan las conclusiones resultantes del proceso como propuestas provenientes de un consenso grupal legítimo. En el apartado Métodos se describe en detalle el procedimiento.

#### **1.6.4. Justificación del proyecto.**

En el momento presente no existe ninguna declaración comparable a las anteriormente detalladas en los países de habla española y portuguesa (Iberoamérica, Portugal y España), por lo que parece de utilidad elaborar un consenso internacional sobre competencias propias en nuestro ámbito cultural.

Se pretende, por tanto, consensuar competencias comunicacionales en un ámbito educativo, asistencial y cultural que aunque tiene similitudes con otros seguramente posee rasgos particulares que es preciso identificar, con la intención de servir de referencia para el debate sobre este tema, tanto en estos países como fuera de ellos. Disponer de un currículo nuclear en comunicación clínica propio de nuestro entorno cultural iberoamericano, puede resultar de utilidad para sensibilizar sobre la importancia de introducir este tipo de contenidos curriculares en aquellas instituciones docentes que aun no lo hayan hecho. En las instituciones que ya los han establecido, puede ayudar a determinar las prioridades docentes particulares que en el ámbito comunicativo puedan tener nuestros países en relación a otros ámbitos geográficos hasta ahora analizados (británico, germánico, europeo,...).

Un consenso internacional de estas características debe de servir de base para, dentro de cada institución desarrollar estrategias de introducción de este tipo de competencias más acordes con las evidencias de efectividad de enseñanza existentes al respecto, del tipo de cuando y como aplicarlas, pero también servir de guía para la incorporación de metodologías educativas apropiadas a los objetivos planteados, tanto de tipo docente como evaluativo, así como estimular proyectos de investigación educativa en este ámbito y entre diferentes países.

El desarrollo de criterios comunes en cuanto a objetivos docentes en habilidades inter/intrapersonales, como en el resto de las competencias médicas, debe de

contribuir a fomentar la comparabilidad entre distintas instituciones de enseñanza y la compatibilidad de sus programas académicos de grado. Esto puede facilitar una mayor flexibilidad y una mayor capacidad para el intercambio estudiantil y profesional entre los diferentes países, que debe de dar la oportunidad de disponer de un marco de referencia en esta materia en la línea de la filosofía de la Declaración de Bolonia para los países implicados.



# HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



## 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### 2.1. Hipótesis.

Alcanzar un consenso internacional sobre las competencias comunicacionales (resultados de aprendizaje) apropiadas para los estudiantes de Medicina de los países de habla española y portuguesa (Países Iberoamericanos, Portugal y España) es una pretensión metodológicamente factible, que movilizará el interés y la participación activa en su desarrollo de un panel suficiente de expertos iberoamericanos en comunicación clínica.

La instrumentación metodológica propuesta (REMODE: método Delphi Modificado Remoto) resultará una técnica de negociación rápida y efectiva para que un grupo internacional de expertos, heterogéneo y disperso, confronte suficientemente sus opiniones personales y logre un consenso satisfactorio sobre la cuestión pretendida.

### 2.2. Objetivos

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Definir un conjunto común de competencias comunicacionales (expresadas como resultados de aprendizaje) para adquirir durante los estudios universitarios de Grado en Medicina, asumible en países del entorno sociocultural iberoamericano.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Consensuar un marco conceptual teórico sobre la comunicación clínica, que permita justificar y estructurar los distintos resultados de aprendizaje propuestos para estudiantes de Medicina, y resulte susceptible de ser compartido en el ámbito geográfico de referencia.

- 2) Identificar las áreas competenciales en el ámbito de la comunicación asistencial más relevantes para aplicar a la docencia de Grado en Medicina en los países implicados.
- 3) Seleccionar, adaptar y aplicar una metodología de investigación apropiada (aceptable, factible y efectiva) para que un panel experto internacional de ámbito iberoamericano alcance el consenso sobre una propuesta común de competencias comunicacionales (la técnica REMODE, una adaptación en remoto del método Delphi modificado).
- 4) Definir, bajo un consenso amplio de expertos iberoamericanos, un listado detallado de posibles resultados de aprendizaje en materia de competencia comunicacional para los estudiantes universitarios de Medicina, en cada una de las áreas competenciales definidas.
- 5) Identificar, dentro de los resultados de aprendizaje consensuados, un subconjunto de los mismos que, por recibir un mayor grado de respaldo experto, puedan considerarse más aplicables e idóneos para formar parte de un core curriculum de competencias comunicacionales nucleares y prioritarias para estudiantes de Medicina.



# MÉTODO



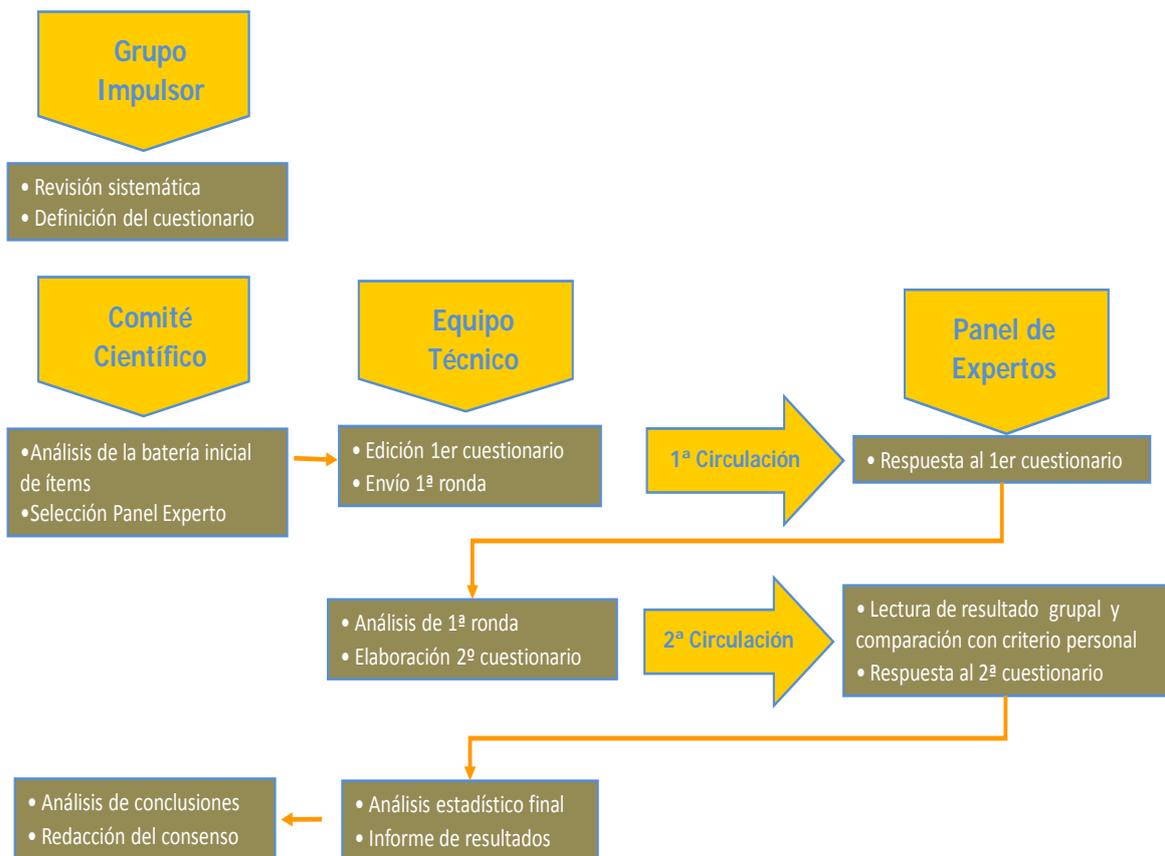
### 3. MÉTODO.

#### 3.1. Diseño metodológico.

El estudio utiliza como metodología principal el **Remote Modified Delphi (REMODE)**, técnica estructurada para alcanzar consenso profesional a distancia sobre un tema concreto, derivada del método Delphi tradicional (a distancia y con número indeterminado de rondas de encuesta) y variante del método Delphi modificado (sesión de debate presencial y 2 únicas rondas). Esta adaptación metodológica no requiera encuentro presencial y sustituye la interacción personal de los panelistas expertos por el envío de un informe de resultados de la primera ronda (estadístico y gráfico) con los comentarios aportados por los panelistas, informando además a cada participante de su posición con respecto al resto del grupo.

Las características principales de la adaptación metodológica propuesta incluyen:

- Garantizar el anonimato riguroso de los participantes, a fin de reducir el efecto pernicioso que pueden ejercer los posibles elementos dominantes del grupo (99).
- Proponer la responsabilidad exclusiva de los investigadores que impulsan el estudio (líderes de referencia en la materia) en la elaboración de los cuestionarios, sin implicar al pleno del panel de expertos en esta fase.
- Permitir el uso de paneles de expertos más numerosos que la composición habitual usada en el Delphi modificado (en general 8-12).
- Completar ambas rondas de encuesta sin necesidad de reunión presencial de debate, para evitar sesgos de influencia y garantizar viabilidad logística del procedimiento con paneles numerosos.
- Suplir esa reunión por el ofrecimiento de un feedback informativo detallado entre rondas (resultados obtenidos y opiniones libres de panelistas).



**Figura 7: Etapas de implementación del método Delphi modificado remoto (REMODE)**

*Reproducida de Caballero F. Referencia completa en bibliografía, cita (107)*

### 3.2. Participantes.

En el inicio, el grupo impulsor del proyecto constituyó un comité científico de 15 expertos procedentes de 7 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, México y Portugal). A partir de ahí, y mediante una técnica de muestreo “en bola de nieve” (*snowball sample*) (114, 115) se seleccionaron los componentes del panel internacional en el que se incluyeron 51 expertos procedentes de 8 países (los anteriores más Perú), 46 de los cuales completaron el proceso de consenso integrando el grupo constituyente del panel (anexo 3).

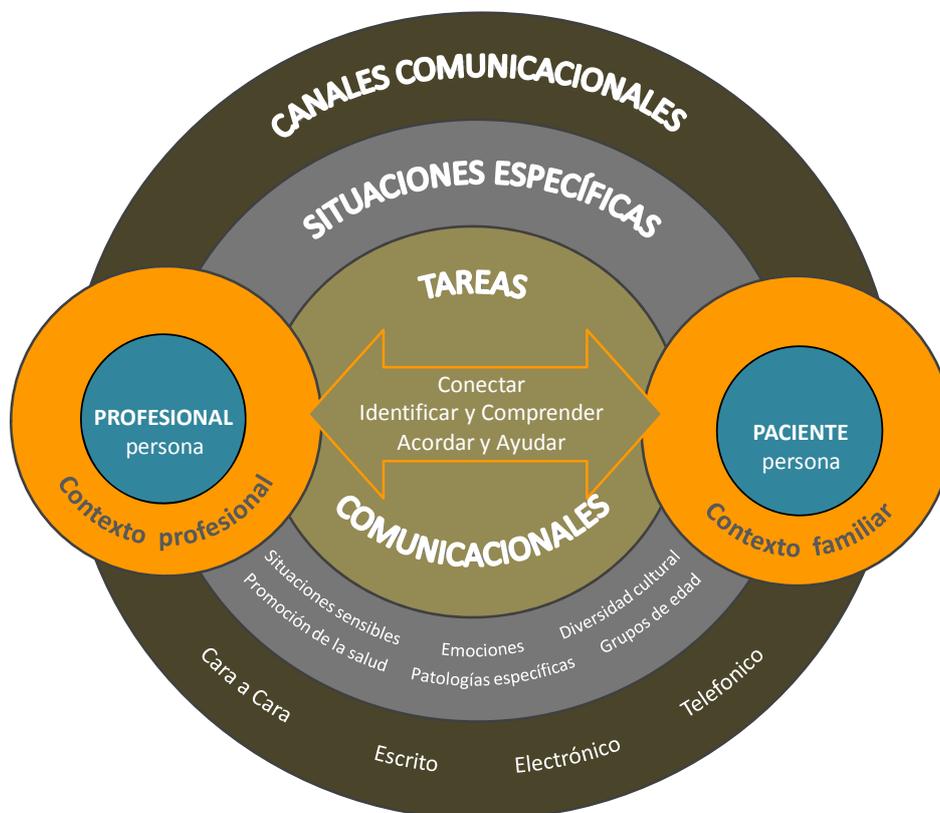
Entre los miembros del CC se difundieron y consensuaron una serie de aspectos claves que tenían que ver con las condiciones básicas (aspectos metodológicos) y propósitos del proyecto: describir un conjunto de competencias comunicacionales que los estudiante de Medicina deberían adquirir al final de sus estudios de grado y que los docentes pudiesen aplicar de manera realista en sus contextos educativos locales.

### **3.3. Fase preliminar: Discusión sobre el Marco Conceptual del Consenso.**

En la figura 8 se esquematizan los diferentes componentes del modelo conceptual, que tiene a las dos personas implicadas en la relación clínica como ejes fundamentales sobre los que pivotan el resto de los dominios de la comunicación, representados como anillos concéntricos. Esta propuesta, que ha sido definida con más detalle en otro lugar (89), fue sometida a revisión por los 15 miembros del Comité Científico y su versión final sirvió para la categorización y agrupación de los diferentes resultados de aprendizaje sometidos a consenso.

□omando como punto de partida este marco conceptual, tras completar el estudio se logran consensuar 136 resultados de aprendizaje agrupados en 6 categorías, que conforman un marco de referencia teórica sobre los aspectos importantes de la comunicación clínica, conteniendo los siguientes elementos o áreas competenciales básicas:

- A) Comunicación con el paciente.
- B) Comunicación con la familia del paciente.
- C) Comunicación intrapersonal.
- D) Comunicación inter-intra profesional.
- E) Comunicación por diferentes vías.
- F) Comunicación en situaciones especiales.



**Figura 8: Esquema de los componentes que se han considerado para la elaboración y agrupación del listado de competencias comunicacionales del Grado de Medicina.**  
*Reproducida de Ruiz-Moral R. Referencia completa en bibliografía, cita (89)*

### 3.4. Procedimiento de Consenso Experto.

#### 3.4.1. Fase I: Intercambio de literatura y revisión. Definición del cuestionario propuesto por el Comité Científico. Elección del Panel de Expertos.

Tras la constitución del Grupo Impulsor del Proyecto CCCC (3 miembros, marzo 2013) y en base a una revisión bibliográfica que incluyó los consensos anteriores, guías de habilidades y tareas y marcos de referencia existentes, se desarrolló un primer borrador o propuesta inicial de la batería de 157 ítems (learning outcomes)

agrupándolos bajo los dominios del marco conceptual previamente consensuado: comunicación con el paciente, comunicación con la familia del paciente, comunicación intrapersonal (autopercepción), comunicación inter-intra profesional, comunicación por diferentes vías y comunicación en situaciones especiales.

Tras esto, se constituyó un Comité Científico Internacional del Proyecto CCCC (15 miembros, mayo 2013) mediante elección directa por el Grupo Impulsor de expertos de reconocido prestigio en los diferentes países implicados. Este grupo se amplió con otros expertos propuestos por los anteriores configurando un comité final procedente de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, México y Portugal.

El comité recibió documentación que incluía el marco conceptual propuesto, y un dossier con la bibliografía consultada y una versión preliminar de los ítems de encuesta a propuesta del Grupo Impulsor. La primera tarea del comité fue revisar estos materiales y proponer los cambios considerados pertinentes en la formulación inicial de los ítems de encuesta (ampliación, reducción, modificación, cambio de ubicación). Además se les solicitó la identificación y selección de artículos y documentos relevantes sobre la enseñanza de habilidades comunicacionales y desarrollo curricular en sus diferentes países.

El Grupo Impulsor tras revisar y considerar los documentos aportados por el Comité Científico, sintetizó todas las aportaciones recibidas y solicitó al Comité la aprobación final de una versión definitiva del cuestionario. Los 143 ítems resultantes conformaron la encuesta de partida en el procedimiento Delphi. Durante el proceso anterior se dispuso de la asistencia continuada de un asesor técnico.

Para la selección del Panel de Expertos internacional (51 miembros, octubre 2013) se empleó la técnica de muestreo en bola de nieve de acuerdo a la propuesta original de Goodman y Coleman (114), iniciada a partir de los contactos personales de los miembros del Comité, quienes, a su vez han de proponer nuevos candidatos referentes en el tema, llegando así a reclutar un total de 104 participantes. Con el objeto de reducir el tamaño final de este panel y seleccionar a los candidatos

idóneos, se solicita a cada uno de ellos nominar de entre los 104, a aquellos que consideren referentes de reconocido prestigio en este ámbito del conocimiento, avalados por su trayectoria curricular (liderazgo académico, publicaciones de impacto, experiencia investigadora...). Para ello se pidió que clasificaran, en base a su criterio personal, a cada candidato como:

- A. Debería ser seleccionado como experto incuestionable.
- B. Podría ser incluido como experto en el panel.
- C. No tengo criterio sobre este candidato.

Posteriormente se eligió a aquellos que resultan más votados, reduciéndose el grupo inicial a un panel de 51 expertos. Los miembros provienen de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, México, Perú y Portugal.

En esta etapa del proyecto cada experto participante ofrece al grupo su pericia. Cualquier persona ampliamente reconocida por sus pares por su amplio conocimiento, su competencia o su ocupación en un dominio específico de interés, podría ser considerado como un experto elegible, si su experiencia se puede establecer en virtud de una acreditación, de formación específica, de trabajo investigador/difusión científica o de experiencia profesional. De tal manera, se buscaron dos tipos de expertos: aquellos cuya experiencia está en función de lo que saben (experiencia "epistémica", con capacidad de proporcionar explicaciones en profundidad sobre el tema), o en función de lo que hacen (experiencia "ejecutiva", o la capacidad para realizar una habilidad de acuerdo a reglas de buena práctica) (116, 117).

### **3.4.2. Fase II. Método Delphi (variante REMODE).**

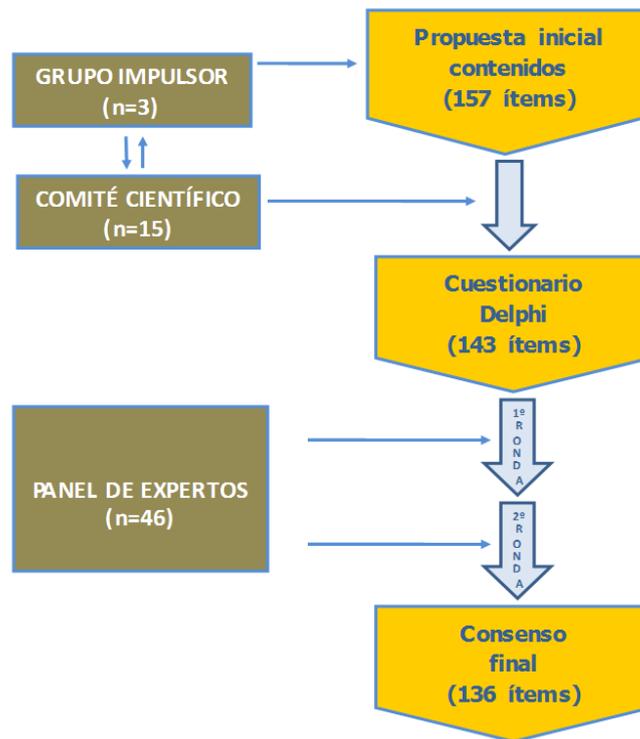
La validación del cuestionario se realizó por consenso mediante el método REMODE. Este método es una variante de la técnica Delphi modificada (un método híbrido del Delphi original con el grupo nominal que introduce una reunión entre sus dos rondas de encuesta) (109). Esta propuesta evita la repetición de un número excesivo (e indeterminado) de rondas de encuesta hasta lograr la estabilidad en las respuestas

grupales, facilitando un libre intercambio de opiniones. Aunque es más factible que el método Delphi original (118), vulnera uno de sus pilares fundamentales (el anonimato necesario para evitar el sesgo de influencia).

Para garantizar la confidencialidad de las intervenciones, en este estudio se ha utilizado una nueva evolución específica del método Delphi modificado, **REMODE**, que tiene las siguientes características: 2 únicas rondas de encuesta, se elimina el encuentro cara a cara (lo que permite una participación más fácil de paneles amplios de expertos como nuestro grupo internacional) y permite una participación activa de los miembros del panel a quienes se proporciona un feed-back de información detallada entre rondas (puntajes de la encuesta y las opiniones escritas de cada participante). Esta técnica ha sido ampliamente utilizada recientemente (119-131), y respaldada metodológicamente por un detallado análisis académico (107).

Entre ambas rondas de encuesta los panelistas recibieron información de las respuestas del grupo a la primera circulación (una descripción estadística y gráfica), así como una transcripción de todos los comentarios y aclaraciones proporcionadas por el resto de participantes. Después de revisar esta información, se pidió a cada panelista una reconsideración de su posición personal y una reevaluación de los ítems (resultados de aprendizaje) que no resultaron consensuados en la primera ronda.

En el estudio se remitió a todos los panelistas (51) el acceso al cuestionario online en dos ocasiones consecutivas, 46 (90%) de los cuales concluyeron las 2 rondas, completando el grupo constituyente del panel de expertos que participa en el procedimiento Delphi y llegando al final de las mismas a consensuar **136** de los 143 ítems del cuestionario.



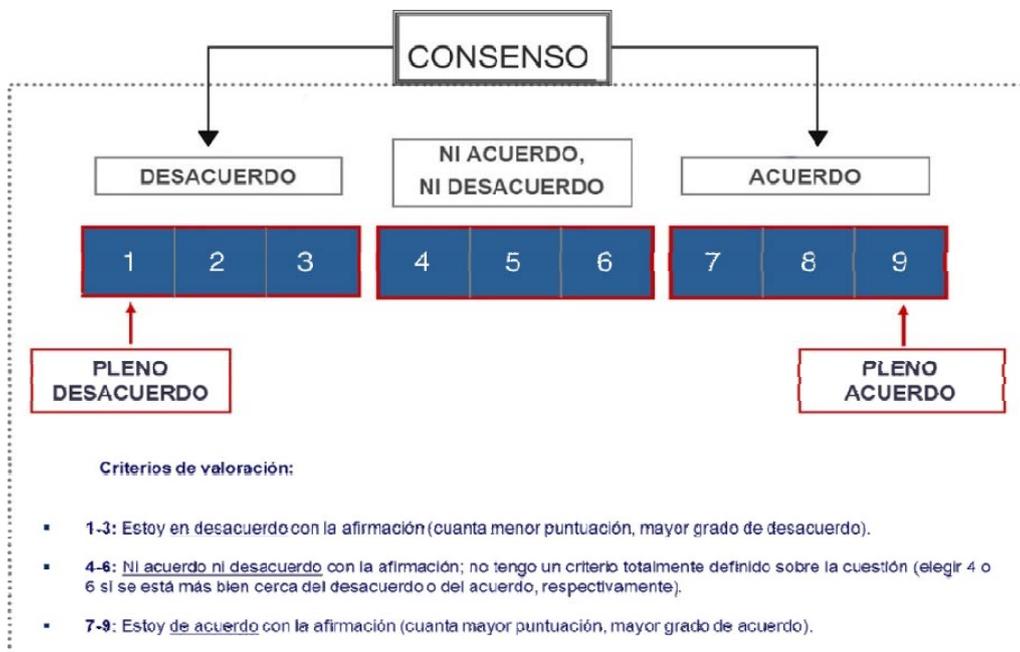
**Figura 9: Modificación del número de ítems desde la propuesta inicial hasta finalizar el Delphi**

La circulación de encuestas por vía electrónica a través de una web de acceso restringido a los panelistas (adjuntas a mensajes personales de email), aceleró el proceso y facilitó el seguimiento de quienes retrasaron su cumplimentación sobre los plazos previstos. Un seguimiento estrecho de esta cuestión por la oficina técnica del estudio resultó determinante del éxito del proyecto. Finalmente las dos fases se desarrollaron en 12 semanas (de octubre a diciembre de 2013).

### 3.5. Análisis estadístico.

La valoración de los ítems por los panelistas se realizó mediante una escala ordinal tipo Likert de 9 niveles, según el formato desarrollado en "UCLA-Rand Corporation" para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria (132, 133).

Las categorías de respuesta en esta escala se describen mediante descriptores semánticos en tres regiones (1-3="desacuerdo"; 4-6="ni acuerdo, ni desacuerdo"; 7-9="acuerdo"). En cada caso, el encuestado pudo discriminar con detalle su opinión particular, eligiendo uno de los tres puntos contenidos en cada región (figura 10).



**Figura 10: Escala valorativa ordinal tipo Likert de nueve puntos (según el formato desarrollado en UCLA-Rand Corporation para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria)**

El cuestionario ofrecía la posibilidad de que los participantes incluyesen observaciones libres (figura 11). Los ítems no puntuados se trataron como casos perdidos a efectos estadísticos.

40 Consenso Iberoamericano sobre Core Curriculum de Competencias Comunicacionales (CCCC) en Medicina

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA Madrid

Inicio Encuesta Delphi Documentación Contacto Cerrar sesión

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA)

B) COMUNICACION CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

B.1. Contexto familiar del paciente (El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en la atención clínica a pacientes y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste)  
El estudiante será capaz de...

67.  
Reconocer, aceptar y evaluar el papel de la familia como un sistema en la atención y cuidados de los pacientes

Conteste "1" si está plenamente en desacuerdo y "9" para plenamente de acuerdo.

DESACUERDO			NI ACUERDO NI DESACUERDO			ACUERDO		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

¿Desea hacer algún comentario o aclaración al respecto?

68.  
Describir los modelos básicos que explican el comportamiento de las familias y del paciente como uno de sus

Aviso Legal Luzán5

**Figura 11: Web cuestionario electrónico (ejemplo de la escala valorativa ordinal tipo Likert con apartado para aportaciones libres)**

Para analizar la opinión grupal y el tipo de consenso alcanzado se empleó la posición de la mediana de las puntuaciones del grupo y el nivel de concordancia alcanzado por los encuestados según el siguiente criterio: un ítem se consideró consensuado cuando existió "concordancia" de opinión en el panel; esto es, cuando los expertos que puntuaron fuera de la región de tres puntos que contenía la mediana ([1-3], [4-6], [7-9]) fueron menos de la tercera parte de los encuestados. Así, el valor de la mediana determinaba el consenso grupal alcanzado como "desacuerdo" mayoritario con el ítem, si la mediana  $\leq 3$ , o "acuerdo" mayoritario con el ítem si la mediana  $\geq 7$ . Los ítems con casos en la región 4-6, fueron considerados ítems "dudosos". Se consideró "discordancia" de criterio en el panel cuando las puntuaciones de un tercio o más de los panelistas estaban en la región [1-3], y de otro tercio o más en la

región [7-9]. Los ítems restantes, aquellos en los que no se observó ni concordancia ni discordancia, se consideraron con un nivel de consenso "indeterminado". Todos los ítems en los que el grupo no alcanzó un consenso manifiesto a favor o en contra de la cuestión planteada (los ítems dudosos, los discordantes y los que mostraron un nivel de consenso indeterminado), se propusieron para su reconsideración en la segunda ronda Delphi. También se sometieron a reevaluación los ítems en los que se apreciaron una alta dispersión de opiniones entre los encuestados, con un rango intercuartílico  $\geq 4$  puntos (puntuaciones contenidas entre los valores cuartil 1 y cuartil 3 de la distribución).

En sentido estricto, las mediciones Likert son de escala ordinal (no interválica), por lo que no resulta posible determinar si la diferencia entre la puntuación 8 y 9 es necesariamente la misma que entre 7 y 8, y por tanto, deberían ser estadísticamente descritas mediante medidas de centralización y dispersión no paramétricas (mediana y cuartiles de distribución). Sin embargo, se puede defender que el cálculo de las medias aritméticas de las puntuaciones obtenidas con paneles como los de este estudio y con una escala de medición suficientemente discriminativa de las diferencias de opinión (9 puntos), sirva para la construcción de un ranking orientador de la prioridad relativa concedida por los expertos a cada ítem. Este argumento tiene respaldo en algún informe técnico (134) que, a pesar de no disponer de una teoría justificativa para la "escalabilidad" de las puntuaciones Likert, considera que, en la práctica, las mediciones de este instrumento pueden proporcionar la base para una primera ordenación del grado o nivel medio alcanzado por el grupo en la característica medida con la escala (en nuestro caso, el grado de apoyo a cada resultado de aprendizaje).





**RESULTADOS**



## **4. RESULTADOS**

### **4.1. Resultados cuantitativos del consenso.**

Los 51 panelistas seleccionados proceden de 8 de los 9 países contactados (7 de Argentina, 3 de Brasil, 9 de Chile, 3 de Colombia, 11 de España, 8 de Méjico, 2 de Perú y 8 de Portugal), y de ellos 46 completaron el estudio. Este grupo estaba formado por 37 médicos de 8 especialidades, cinco psicólogos y dos farmacéuticos, un filósofo y un sociólogo. De entre ellos, 40 trabajaban como docentes universitarios distribuidos en 18 universidades públicas y privadas. Las universidades o centros de trabajos (no clínicos) de los panelistas están representados en el anexo 4.

Tras el estudio se logró alcanzar un consenso entre estos 46 expertos de 8 países de habla española y portuguesa, que define 136 competencias comunicacionales que deberían adquirir los graduados médicos al finalizar sus estudios, priorizadas en base al grado de acuerdo alcanzado.

El anexo 1 recoge en español el resultado final tras las 2 rondas de consenso, detallando, para cada ítem, la puntuación media, la mediana, el porcentaje de encuestados que se sitúa fuera de la región de la mediana (posicionados contra la mayoría del grupo) y el rango intercuartílico de la distribución de las puntuaciones. El anexo 2 reproduce el mismo listado, con los ítems en el idioma portugués.

**Tabla 5: Modificación del número de ítems desde la propuesta inicial hasta finalizar el Delphi para cada una de las categorías**

CATEGORÍAS	Nº ítems Propuesta inicial	Nº ítems PRE-DELDPHI	TRAS 1º RONDA no consensuados	TRAS 1º RONDA eliminados	TRAS 1º RONDA TOTAL ítems	TRAS 2º RONDA TOTAL ítems
A) COMUNICACION CON EL PACIENTE	78	66		1	65	65
B) COMUNICACION CON LA FAMILIA DEL PACIENTE	11	13	1		12	12
C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL	18	14		1	13	13
D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL	22	20	1	1	18	18
E) COMUNICACIÓN PORDIFERENTES VIAS	15	16		2	14	14
F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES	13	14			14	14
	157	143	2	5	136	136

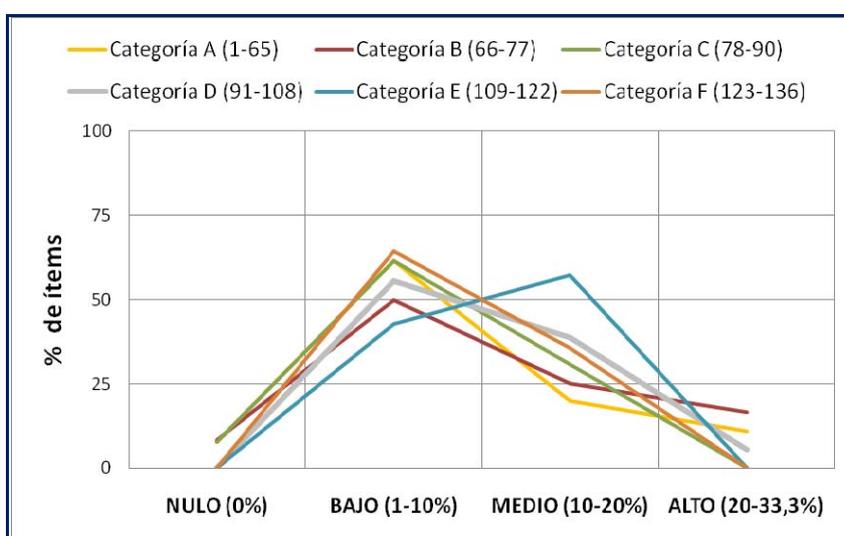
En la tabla 5 se presenta la modificación del número de ítems desde la propuesta inicial hasta finalizar el Delphi. En la primera ronda se consensuaron 136 de los 143 ítems del cuestionario. De los 7 ítems restantes, a la luz de las impugnaciones alegadas por los panelistas, el Comité Científico decide eliminar 5 por solapamiento de contenidos. Los 2 sin consensuar, fueron propuestos a reconsideración de los expertos en la segunda ronda sin llegar tampoco al consenso. Por lo tanto, la tasa global de consenso final alcanzada tras finalizar las 2 rondas fue del 95,1%.

#### **4.1.1. Resultados de aprendizaje consensuados.**

Respecto a los **ítems en los que se alcanzó consenso**, en la figura 12 se representa mediante un polígono de frecuencias las diferencias en el porcentaje de expertos que se posicionaron en contra de la opinión mayoritaria en las 6 categorías de contenidos de la encuesta: comunicación con el paciente, comunicación con la familia del paciente, comunicación intrapersonal (autopercepción), comunicación

inter-intra profesional, comunicación por diferentes vías y comunicación en situaciones especiales.

La superposición de las líneas (polígonos) que representan cada categoría expresa la similitud del comportamiento de los expertos en todas ellas, excepto en lo referente a la categoría E (Comunicación por diferentes vías), donde un porcentaje sustancialmente mayor que en el resto de categorías (57% de los ítems) suscita un nivel de discordancia medio (10-20%).



**Figura 12: Grado de discordancia con la opinión mayoritaria (% de expertos)**

Como ya se ha comentado anteriormente, el cálculo de la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en cada ítem (entre 1 y 9) puede proporcionar la base para la construcción de un ranking orientador de la prioridad relativa concedida por los expertos a cada ítem (134). En tal caso, 34 de los 136 ítems consensuados suponen el 25% superior de la distribución de las puntuaciones medias de todo el cuestionario (todos ellos con media > 8,34, valor que representa al percentil 75 de dicha distribución). Estos 34 ítems, recogidos en la tabla 6, podrían conformar un núcleo central de las competencias comunicacionales que los graduados médicos deberían adquirir prioritariamente durante sus estudios, en consonancia con la opinión colegiada mayoritaria de los panelistas de este estudio.

**Tabla 6: Núcleo central de competencias comunicacionales (resultados de aprendizaje que alcanzaron mayor grado de acuerdo)**

Nº	CAT	ITEMS CONSENSUADOS CON PUNTUACIÓN MEDIA >8,34
8	A	Realizar una entrevista médica integrando sus contenidos (anamnesis, exploración, diagnóstico, plan terapéutico y evolución) con el proceso (habilidades comunicacionales o de relación).
10	A	Mostrar disposición para involucrar al paciente en la interacción, estableciendo una relación terapéutica usando una aproximación centrada en el paciente.
11	A	Conocer los aspectos más relevantes de la comunicación no verbal (contacto visual-facial, gestos, expresiones faciales, proxémica, paralenguaje...) y su influencia en el establecimiento de una relación efectiva.
12	A	Comprobar que el paciente se siente atendido y escuchado, mediante técnicas tales como escucha activa, preguntas, comprobaciones, etc.
13	A	Percibir el lenguaje no verbal del paciente y responder de forma adecuada al contexto.
15	A	Aplicar habilidades sociales comunicacionales para recibir a los pacientes que fomentan el mantenimiento de una relación efectiva (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo...).
16	A	Aplicar habilidades sociales comunicacionales para despedir a los pacientes que fomentan el mantenimiento de una relación efectiva (despedir, acompañar...).
17	A	Mostrar empatía en los momentos oportunos (aparición de emociones, situaciones difíciles...).
18	A	Reconocer situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...).
19	A	Usar técnicas para afrontar con sensibilidad y de forma constructiva situaciones difíciles y desafíos comunicacionales.
20	A	Relacionarse con el paciente de manera respetuosa teniendo en cuenta sus derechos (confidencialidad, privacidad, autonomía, respeto a valores y creencias).
24	A	Diferenciar dolencia (illness) y enfermedad (disease), reconociendo la importancia de explorar ambas perspectivas.
26	A	Delimitar de manera precisa el/los motivo/s de consulta del paciente (pregunta abierta, sin interrumpir, explorando diferentes motivos...).
30	A	Utilizar técnicas verbales y no verbales de escucha activa (reflexión, captar pistas del paciente, parafrasear, facilitar, resumir...).
32	A	Valorar como afecta al paciente su dolencia en la vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral.
33	A	Considerar otros factores que puedan influir en las necesidades del paciente cuando consulta (ideas, temores, sentimientos, preferencias, experiencias previas...).
34	A	Establecer un acompañamiento adecuado de la exploración física (pidiendo permiso, explicando lo que se va a hacer y por qué, compartiendo los hallazgos con el paciente...).
35	A	Reconocer las divergencias entre los valores y normas del médico y los del paciente, respetándolos sin juzgarlos.

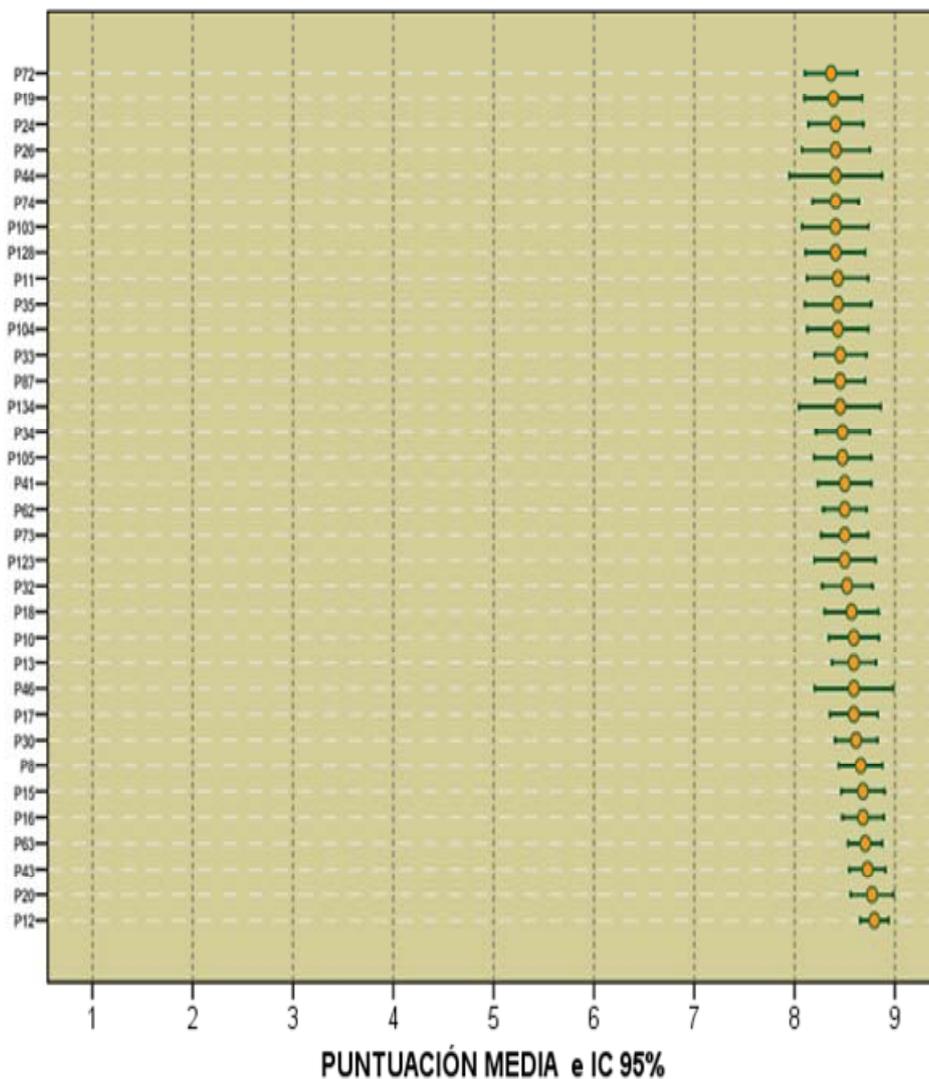
41	A	Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber, para entregar la información que realmente requiere.
43	A	Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando jerga médica.
44	A	Proporcionar información centrada en el paciente, incorporando su perspectiva y haciéndola significativa para él.
46	A	Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas.
62	A	Adaptar el plan / intervención a los recursos y fortalezas del paciente.
63	A	Cerrar el proceso al final de la consulta utilizando las estrategias comunicacionales adecuadas (resumiendo, resaltando aspectos claves, anticipando posibles evoluciones y orientando al respecto...).
72	B	Establecer una comunicación efectiva con el paciente y su familia para la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de actuación en beneficio del paciente.
73	B	Ayudar a la familia a tomar decisiones cuando el paciente es menor de edad o se encuentra incapacitado (demencias, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...).
74	B	Reconocer retos comunicacionales específicos con familiares (la confidencialidad, el secretismo, el acompañante enfermo...).
87	C	Reconocer errores propios (y ajenos), asumirlos como parte constitutiva del trabajo y buscar soluciones a los mismos (asistencia de superiores...).
103	D	Contribuir a crear una atmósfera de trabajo positiva (apoyar e integrar a los diferentes miembros del equipo, mencionar el lado positivo de los aspectos desagradables, valorar el éxito del equipo...).
104	D	Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los miembros del equipo y la maestría (pericia) de los diferentes profesionales de salud.
105	D	Mantener la confidencialidad sobre las decisiones tomadas en el equipo.
123	F	Reconocer situaciones delicadas que representen retos comunicacionales (del tipo de dar malas noticias, afrontar temas sobre el final de la vida, situaciones de duelo, historia sexual, violencia de género, maltrato infantil, infección VIH, explicar situaciones de incertidumbre clínica...).
128	F	Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, idioma, religión, género, valores, sexualidad...) y las dificultades comunicacionales que esto conlleva.
134	F	Asumir un enfoque preventivo y de promoción de la salud en la atención a pacientes y emplear conductas adecuadas para ello.

De estos 34 ítems, 7 fueron consensuados por el 100% de los panelistas (ítems 12, 30, 43, 62, 63, 74 y 87), y el resto tuvo un máximo de 5% de expertos en contra, excepto los ítem 11, 103, 104, 105 y 128 que tuvieron casi al 7% en contra.

Como se ve en la tabla 7, 24 de los 34 ítems (70,5%) pertenecen a la categoría A, lo que supone un 37% del total de ítems de esta categoría, porcentaje sustancialmente mayor que en el resto de categorías, en las cuales el porcentaje de ítems perteneciente a este núcleo es de 25% en la B, 7% en la C, 16% en la D y 21% en la F. Ningún ítem del núcleo central pertenece a la categoría E.

A efectos de comparación gráfica entre ítems, se calculó el promedio de puntuación de los panelistas en cada cuestión, con su intervalo de confianza al 95% (IC<sup>95%</sup>). Cuanto más extremo resultó el promedio de puntuaciones de un ítem (más próximo a 9), más manifiesto se consideró el acuerdo logrado sobre la propuesta del ítem.

En la figura 13 se reproduce este análisis gráfico con los 34 resultados de aprendizaje considerados nucleares de manera que se puede comparar el grado de respaldo de los expertos a estos ítems.



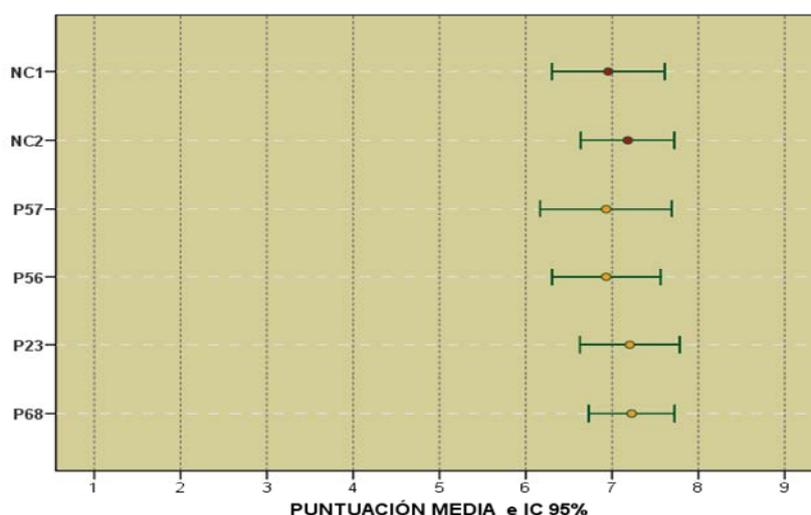
**Figura 13: Representación comparativa de puntuaciones medias (e IC 95%) entre los resultados de aprendizajes nucleares del consenso**

#### 4.1.2. Resultados de aprendizaje no consensuados.

Respecto a los **ítems no consensuados**, o a aquellos que a pesar de estarlo la proporción de expertos que se posicionaron en puntuaciones fuera de región de la mediana fue muy próxima a un tercio de los participantes (tabla 7), todos ellos presentan una puntuación media menor a 7,5 como se ve representado en la figura 14.

**Tabla 7: Ítems no consensuados o consensuados con más de 27% de expertos en contra**

Nº	CAT	ITEMS NO CONSENSUADOS / CONSENSUADOS CON MÁS DEL 27% DE EXPERTOS EN CONTRA
NC1	C	Utilizar el modelo sistémico para abordar familias.
NC2	D	Identificar y aplicar las competencias básicas de liderazgo.
23	A	Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...).
56	A	Comprender el papel en la práctica clínica de las ayudas para la toma de decisiones (decision aids).
57	A	Capacitar al paciente en el uso de ayudas para la toma de decisiones para utilizarlas en la discusión.
68	B	Conocer y emplear los métodos y herramientas para la identificación de la estructura y funcionamiento familiar (genogramas o familiograma, función familiar, acontecimientos estresantes, red social...).



**Figura 14: Representación comparativa de puntuaciones medias (e IC 95%) entre los resultados de aprendizaje no consensuados y aquellos consensuados con más de 27% de expertos en contra**

## 4.2. Resultados del análisis cualitativo.

### 4.2.1. Comentarios realizados por el Comité Científico a la propuesta inicial de ítems para el cuestionario a debatir.

Los miembros del Comité Científico realizaron 227 comentarios al listado inicial de 157 resultados de aprendizaje, que tras su recepción y estudio por el Grupo Impulsor provocaron una reducción de 14 ítems pasando la propuesta a 143.

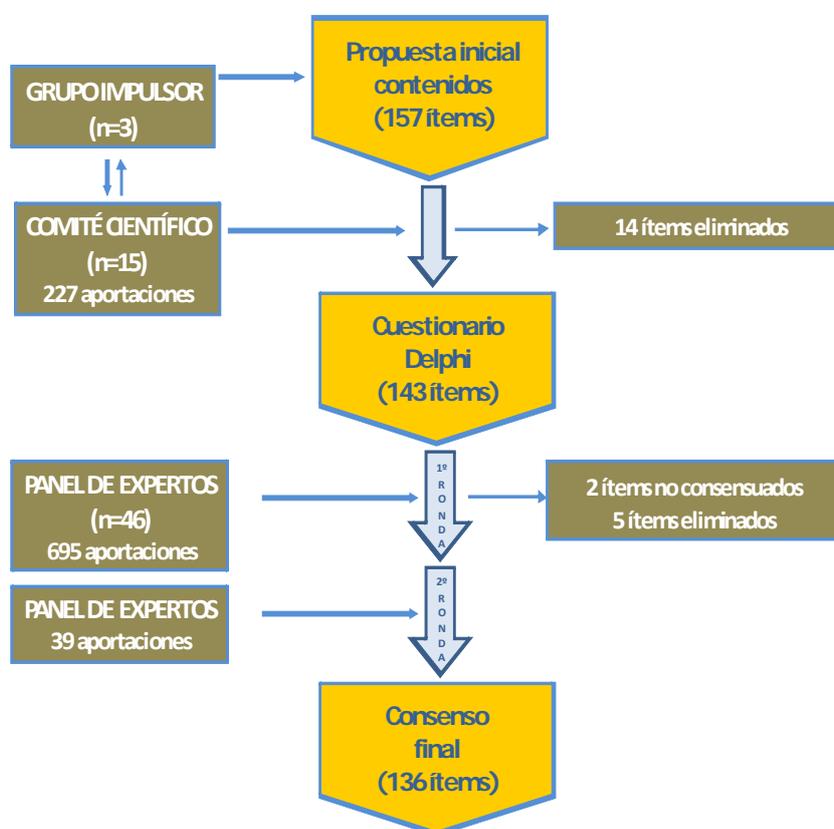


Fig 15: Modificación del número de ítems y número de aportaciones realizadas desde la propuesta inicial hasta finalizar el Delphi

Estos comentarios fueron objeto de un análisis cualitativo por parte de los tres miembros del Grupo Impulsor (CGL, RRM, FC), creando un listado de códigos (o categorías) derivadas inductivamente de los comentarios. Tras ésto, 2 revisores (RRM y CGL) independientemente analizaron las respuestas con más detalle codificando todos los comentarios y agrupándolos en esas categorías iniciales o creando otras nuevas. Las discrepancias surgidas de esta codificación fueron resueltas por consenso. Las categorías que finalmente se crearon y donde se incluyeron la mayoría de los comentarios relevantes, fueron casi todas de tipo sintáctico/gramatical:

1. Texto a incluir /excluir para aclarar el significado del ítem.
2. Traducción de algunos términos al inglés.
3. Nuevo término sustituyendo a otro.
4. Reformulación completa o cuasi completa del ítem.
5. Introducción de nuevo ítem.
6. Eliminación de un ítem.
7. Unión de dos ítems.
8. Reformulación del texto del ítem modificando el orden sintáctico original.

A continuación se exponen algunos ejemplos significativos de cada una de estas categorías:

1. Texto a incluir /excluir para aclarar el significado del ítem, en ocasiones por diferencias entre países en lo referente a las palabras de uso habitual para describir conceptos. Ejemplos:

– Ítem **nº68**, “Conocer y emplear los métodos y herramientas para la identificación de la estructura y funcionamiento familiar (genogramas o familiograma, función familiar, acontecimientos estresantes, red social...)” y **nº100**, “Contribuir de manera efectiva a la continuidad de la atención en la referencia/derivación y retorno de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada)”. Introducimos el término “familiograma”

en el nº 68 y “referencia” en el nº 100, a petición de algunos panelistas que los refieren como más utilizados en sus países, al ser igualmente comprendidos en el resto.

– Ítem **nº38**, “Describir los principios básicos para informar sobre riesgos de forma adecuada (evitar las manipulaciones de cualquier tipo y/o parcialidad en la presentación de cifras y probabilidades...)”. En el ítem original se hablaba de “sesgos de enmarcado”, término que parecía impreciso en su significado para algunos expertos y por lo que fue eliminado.

– Ítem **nº94**, “Identificar cuando derivar a profesionales/ instituciones/agencias que pueden ayudar a solventar los problemas en función de cada situación”. En la versión previa también se propuso “saber cómo derivar”. En este caso la expresión se omitió ante el comentario de que “saber el derrotero de la derivación no parecía necesario para un estudiante de grado”, al aceptarse la sugerencia del participante de considerar innecesario para un estudiante saber este proceso en sí.

## 2. Traducción de algunos término al inglés. Ejemplos:

– Ítem **nº24**, “Diferenciar dolencia (illness) y enfermedad (disease), reconociendo la importancia de explorar ambas perspectivas” y el **nº56**, “Comprender el papel en la práctica clínica de las ayudas para la toma de decisiones (decision aids)”, ambos por el mismo motivo. Según aportaciones de participantes de lengua portuguesa y algunos países latinoamericanos, los términos se presentaban con significados ambiguos y eran mejor entendidos en inglés por ser ésta una lengua de uso común.

## 3. Nuevo término sustituyendo a otro por corrección semántica o para que el ítem cambie de categoría en el plano cognitivo de la clasificación de Bloom. Ejemplos:

– En el título, cambio del término “competencias comunicativas” por “competencias comunicacionales”. Según la RAE, “comunicativo” es un adjetivo que describe a quien “tiene aptitud o inclinación y propensión natural a

comunicar”, mientras que “comunicacional” lo define como “perteneciente o relativo a la comunicación”, por lo que se adapta mejor al significado que se le quiere dar en este trabajo.

– Ítem **nº74**, “Reconocer retos comunicacionales específicos con familiares (la confidencialidad, el secretismo, el acompañante enfermo...)”. Cambiamos este ítem de categoría en el plano cognitivo de la clasificación de Bloom, al sustituir el verbo propuesto inicialmente “afrentar”, por “reconocer”, ya que la redacción original se percibe como demasiado ambiciosa para estudiantes de grado.

#### 4. Reformulación completa o cuasi completa del ítem: Ejemplos:

– Ítem **nº33**, “Considerar otros factores que puedan influir en las necesidades del paciente cuando consulta (ideas, temores, sentimientos, preferencias, experiencias previas...)”. En un principio este ítem estaba redactado de tal forma que se podía inferir que había que considerar estos factores porque dificultaban la comunicación: “Valorar los factores psíquicos que pueden influir en las necesidades del paciente cuando consulta (ideas, temores, sentimientos, valores...)”. Con la nueva redacción se intentó aclarar que lo que se quiere decir con ellos es que son factores que modulan las necesidades de atención sanitaria.

#### 5. Introducción de nuevo ítem. Ejemplos:

– Ítem **nº 23**, “Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...)”, al considerar el sentido del humor una herramienta de gran utilidad en determinadas situaciones, siempre y cuando el profesional se sienta seguro y cómodo al utilizarla.

– Ítem **nº 73**, “Ayudar a la familia a tomar decisiones cuando el paciente es menor de edad o se encuentra incapacitado (demencias, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...)”. Sugerencia de una experta y aceptación del grupo impulsor al reflexionar sobre la responsabilidad que han de adoptar los

familiares en la toma de decisiones cuando se trata de pacientes menores o discapacitados.

– Ítem **nº125**, “Conocer los aspectos legales imprescindibles vigentes en cada legislación relacionados con el manejo de algunas de estas situaciones”. Se introduce por un comentario que realiza una experta, y que se considera de interés, ya que este conocimiento es importante para el alumno a la hora de abordar algunas situaciones sensibles, pues su desconocimiento puede conllevar problemas de tipo legal.

#### 6. Eliminación de ítem. Ejemplos:

– “Realizar una exploración física completa y relevante para el tipo/s de problema/s que presenta el paciente”, “Promover en el paciente la expresión de sus propias ideas, temores, sentimientos y valores y respetar sus puntos de vista”, son ítems cuyos contenidos están ya incluidos en otros.

#### 7. Unión de dos ítems en uno. Ejemplos:

– Ítem **nº 41**, “Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber, para entregar la información que realmente requiere” es una fusión de “Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre la dolencia” con “Descubrir la cantidad de información que requiere el paciente y ofrecerle la que necesita”.

#### 8. Reformulación del texto del ítem modificando el orden sintáctico que tiene. Ejemplos:

– Ítem **nº 12**, “Comprobar que el paciente se siente atendido y escuchado, mediante técnicas tales como escucha activa, preguntas, comprobaciones, etc.” En vez de “Usar técnicas para construir y mantener la relación y asegurarse que el paciente se siente atendido y escuchado (mediante escucha activa, preguntas, comprobaciones,...)”.

Este análisis intentaba garantizar la redacción apropiada de los ítems de la encuesta, de forma que resultasen conceptualmente válidos (comprensibles, precisos, unívocos,...) en un contexto cultural e idiomático que aunque de gran similitud (español y portugués), presenta particularidades propias y matices significativos y variables de una zona a otra. Este análisis llevó una reducción neta de 14 ítems pasando de los 157 originales a 143, a pesar de que cómo se ha descrito se introdujeron nuevos ítems al listado total.

#### **4.2.2. Comentarios realizados por el Panel de Expertos durante las rondas del proceso Delphi.**

El proceso Delphi generó 734 comentarios de los panelistas, 695 en la 1ª ronda y 39 en la 2ª. Tras ello el CC realizó un análisis de los mismos siguiendo la metodología cualitativa anteriormente descrita que sirvió para identificar categorías resultantes de los comentarios. Aunque finalmente se haya optado por presentarlo dentro de una categoría determinada, algunos de los comentarios pueden pertenecer a la vez a más de una categoría. Las categorías, donde se incluyeron la mayoría de los comentarios, son las siguientes:

1. Carácter del ítem en cuanto a su pertenencia al plano cognitivo.
2. Carácter del ítem en cuanto a su pertenencia al plano subjetivo (actitudinal).
3. Metodología docente que la enseñanza/aprendizaje del ítem implica.
4. Carácter de habilidad social de algunos ítems.
5. Necesidad de que su aplicación sea "genuina" y no automatizada.
6. Madurez como condición sine qua non para el desarrollo efectivo de algunos de los ítems.
7. Solapamientos entre competencias comunicacionales y de profesionalismo.
8. Ítems no apropiados al nivel educativo del grado.
9. Falta de comprensión de los términos usados.
10. Comentarios que aportan datos y situaciones muy contextuales del entorno de los panelistas.
11. Limitaciones de los ítems en la práctica.

12.Limitaciones de los ítems por su contenido.

13.Redundancia de contenidos.

14.Idoneidad e importancia del ítem.

A continuación se exponen ejemplos significativos de cada una de estas categorías:

1. Carácter del ítem en cuanto a su pertenencia al plano cognitivo. Además, como se comentó anteriormente, aunque la gran mayoría de los objetivos representan resultados de aprendizaje pertenecientes a las categorías más altas del plano cognitivo, en cada uno de los diferentes apartados se contemplan también ítems propios de categorías inferiores del plano cognitivo. Ésta decisión ha sido fuente de controversia y de comentarios por los panelistas. Algunos sugerían que el uso de categorías superiores simplificaba el listado, ya que su consecución por parte del alumno supondría la adquisición de niveles inferiores en relación al objetivo de aprendizaje. Ejemplos:

– Comentarios de algunos panelistas a varios ítems: “Lo considero importante pero no relevante por cuanto se mueve en el ámbito de lo cognitivo”, “Igual que en la anterior, se debe incluir el cuerpo conceptual, sin caer o quedarse sólo en lo teórico, porque más importante es la práctica y el aprendizaje sobre la acción”, “Más que describirlos (objetivo básico) es identificarlos y aplicarlos o utilizarlos en la práctica clínica”, “La competencia no es describir los elementos, la competencia es: realizar una historia clínica con esas características”, “Entiendo que no es una competencia sino un aspecto cognitivo”.

2. Carácter del ítem en cuanto a su pertenencia al plano subjetivo. En repetidas ocasiones los panelistas manifestaron sus preferencia hacia expresar estos resultados como conductas observables, por las dificultades que entrañaba encontrar métodos de evaluación eficaces cuando se trabaja con el componente emocional del aprendizaje, es decir, en lo relativo a actitudes y valores. Ejemplos:

– Ítem **nº 10**, “Mostrar disposición para involucrar al paciente en la interacción, para establecer una relación terapéutica usando una aproximación centrada en el

paciente". Comentario: "No me queda claro cómo se puede evaluar la disposición sino a través de la evaluación de conductas específicas, por lo que el objetivo tendría que centrarse en conductas y no en disposición"

– Ítem **nº 17**, "Mostrar empatía en los momentos oportunos (aparición de emociones, situaciones difíciles...)". Comentario: "Muy importante pero empatía en si no es un habilidad... y por lo tanto difícil medir. Sería mejor por ejemplo percibir las emociones y verbalizar lo percibido en forma apropiada."

– Ítem **nº 53**, "Aceptar el papel de la incertidumbre como elemento sustancial del razonamiento clínico y de la toma de decisiones". Comentario: "No está planteado de manera que pueda ser medida su presencia en el estudiante".

3. Metodología docente que implica la enseñanza/aprendizaje del ítem. Algunos panelistas establecen una conexión entre lo que apunta el ítem y la herramienta docente necesaria para poder enseñarlo y aprenderlo. Ejemplo:

– Ítem **nº 11**, "Conocer los aspectos más relevantes de la comunicación no verbal (contacto visual-facial, gestos, expresiones faciales, proxémica, paralenguaje...) y su influencia en el establecimiento de una relación efectiva". Comentario: "Importante la utilización de una metodología formativa adecuada para su implementación. Necesidad de integrar la comunicación no verbal y verbal con la realidad de la consulta".

4. Carácter de habilidad social (mas allá de la propia habilidad específica para el contexto sanitario) de algunos ítems. Ejemplo:

– Ítem **nº 15**, "Aplicar habilidades sociales comunicacionales para recibir a los pacientes que fomenten el mantenimiento de una relación efectiva (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo...)". Comentario: "Estas habilidades si bien implican comunicación, tienen que ver con reglas de cortesía utilizadas socialmente".

5. Necesidad de que su aplicación sea "genuina" y no automatizada. Ejemplo:

– Ítem **nº 17**, “Mostrar empatía en los momentos oportunos (aparición de emociones, situaciones difíciles...)”.Comentario: “Es imprescindible que las muestra de empatía sean genuinas, ya que si no es así, puede ser iatrogénico”.

6. Madurez como condición sine qua non para el desarrollo efectivo de algunos de los ítems.

– Ítem **nº 18**, “Reconocer situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...)”. Comentario: “Algunas situaciones difíciles, porque ésto requiere un nivel de autoconocimiento y madurez que puede ser de postgrado”.

– Ítem **nº 23**, “Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...)”. Comentarios: “Es difícil adquirir esta competencia. Se logra a partir de mucho tiempo de relación con el paciente. Es un tema muy delicado”, “Esto del humor en el encuentro es un asunto complejo, requiere de tacto, conocimiento del contexto, experiencia, amplio bagaje cultural y respeto, me parece ambicioso en la formación del estudiante de pregrado”, “El manejo del sentido del humor exige madurez”.

7. Solapamientos entre competencias comunicacionales y de profesionalismo. Ejemplo:

– Ítem **nº 20**, “Relacionarse con el paciente de manera respetuosa teniendo en cuenta sus derechos (confidencialidad, privacidad, autonomía, respeto a valores y creencias)”. Comentario: “Muy importante pero esto forma parte de competencias de profesionalismo y sobrepasa las competencias comunicacionales”.

8. Ítems no apropiados al nivel educativo de grado.

– Ítem **nº 36**, “Reconocer las divergencias entre los valores y normas del médico y los del paciente, respetándolos sin juzgarlos”. Comentario: “No sé si esto es una habilidad core, más bien bastante avanzado, de postgrado”.

– Ítem **nº 71**, “Solicitar y sintetizar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles”. Comentario: “Nivel postgrado, no core para pregrado”.

9. Falta de comprensión de los términos usados. Para ello se intentó clarificar significados de algunos ítems que resultaban poco claros según la opinión de los panelistas y provocaban limitaciones importantes en su comprensión o en su precisión, en gran medida impuestas por diferencias terminológicas transculturales. Esto permitió adecuar expresiones del lenguaje (diferentes en muchos casos a uno y otro lado del atlántico o entre países), y clarificar la terminología necesaria para aquellos panelistas de lengua materna portuguesa. Ejemplos:

– Ítem **nº 13**, “Percibir el lenguaje no verbal del paciente y responder de forma adecuada al contexto”. Comentario: “El término adecuado debería especificarse. Puede que la reacción del alumno sea coherente con lo que percibió del paciente pero poco convencional y entonces ser evaluada como no adecuada... Se podría resolver si se cambia adecuada por coherente o se aclara que la adecuación es contextual”. Se añade “al contexto” a la redacción del ítem ante este comentario.

– Ítem **nº 36**, “Mostrar apertura y disposición para tratar de manera apropiada cualquier aspecto importante para el paciente en relación con su salud empleando conductas adecuadas para su consideración”. Comentario: “El verbo “mostrar” en el español de Chile (al menos) tiene un matiz de externalidad: se muestra un cuadro, en general, se “muestra algo”. Quizás, ese matiz de mostrar equivalga a “enseñar algo” en el español de España. Ej. “Le enseñé un vestido...” Por tanto, mostrar “apertura, etc.” quedaría mejor como “demostrar apertura...etc. Demostrar implica mayor involucración subjetiva”. Sin embargo en esta ocasión no se modifica el ítem por ser una sugerencia única entre las 8 que ha recibido ese ítem.

10. Comentarios que aportan datos y situaciones muy contextuales del entorno de los panelistas. Ejemplos:

– Ítem **nº 54**, “Explorar las necesidades, recursos (información, autonomía, confianza, responsabilidad, rasgos psicológicos...) y disposición del paciente para facilitar su implicación en la toma de decisiones”. Comentario: “Este aspecto es fundamental sobre todo en el contexto de sociedades con recursos muy diferentes y una gran desigualdad en el acceso a la información, a la salud, a los tratamientos, como es el caso de países como Argentina en los que conviven pacientes con características de acceso similares a los de países desarrollados y pacientes que viven situaciones de mucha precariedad”.

11. Limitaciones prácticas de los ítems. Ejemplos:

– Ítem **nº 5**, “Delimitar la estructura de una entrevista clínica desde su inicio hasta su final (introducción, iniciar la entrevista, compartir información: obtenerla y ofrecerla, planificar, fijar seguimiento, cerrar la entrevista)”. Comentario: “Me parece relevante, sin embargo creo que es importante enfatizar que no debe ser una estructura rígida y que siempre se debe recordar que lo importante es saber qué paciente tiene la enfermedad mas que, qué enfermedad tiene el paciente”. Este comentario alude directamente a la idea de secuenciación descrita por Silverman (135), como la capacidad para realizar una entrevista de manera organizada pero flexible.

– Ítem **nº 26**, “ Delimitar de manera precisa el/los motivo/s de consulta del paciente (pregunta abierta, sin interrumpir, explorando diferentes motivos...)”. Comentario: “Muchas veces no es posible realizar esta delimitación de manera tan inmediata. El paciente necesita muy frecuentemente que se cree un ambiente cálido de bienvenida para contar qué lo trajo a la consulta y esto puede llevar un tiempo”, evidenciando de nuevo la necesidad de llevar a la práctica estos resultados de aprendizaje de una manera flexible y adaptándolos al contexto.

- Ítem **nº 28**, "Añadir a la historia clínica cualquier otro elemento de interés desde una perspectiva de la Medicina Centrada en la Persona (necesidades espirituales, dificultades económicas, interferencias con el ocio...) que habitualmente no se registran en los formatos de historia", sale a la luz un comentario, también evidenciado en otros ítems sobre las dificultades que un abordaje de la relación clínica como el que aquí se presenta puede suponer en la realidad de la consulta diaria, donde el médico tiene un tiempo muy limitado para ver a cada paciente.

## 12. Limitaciones de los ítems por su contenido. Ejemplos:

- Ítem **nº 21**, "Considerar al paciente como un colaborador para construir la relación y tratarlo como tal". Comentarios: "Al paciente no hay que considerarlo como un colaborador, el paciente es parte constitutiva de la relación", "El médico es la mitad de la relación, nunca más, a no ser que el paciente así lo solicite explícitamente".

- Ítem **nº 22**, "Mostrar interés genuino en la relación con el paciente y su situación", en la redacción original se podía ver "autenticidad e interés genuino", y se modificó la redacción ante un comentario de un panelista que enfatizaba la importancia del interés genuino como compromiso hacia el paciente, según el cual el profesional ha de dedicar su tiempo, sus habilidades y esfuerzos para comprenderlo y ayudarlo de una forma genuina, no simulada, siendo este interés genuino parte de la aceptación incondicional hacia el paciente que se considera una actitud básica para favorecer la relación terapéutica (10). La autenticidad sería otra de estas actitudes que consiste en ser uno mismo, comunicando los propios sentimientos y experiencias y se eliminó del ítem a la luz de los comentarios de los panelistas por considerarla más adecuada para post-grado.

- Ítem **nº 43**, "Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando jerga médica", un comentario resulta muy interesante: "Sí, pero con cuidado de no subestimar las necesidades informativas o el nivel y capacidad de comprensión a partir de un prejuicio acerca del paciente", al sacar a la luz la idea de que en muchas ocasiones los pacientes aunque no sean

profesionales sanitarios, pueden perfectamente comprender explicaciones técnicas si es necesario darlas, si estas están correctamente elaboradas y se explican aquellos términos que en principio son desconocidos para profanos en la materia.

-En el ítem **nº 55**, "Alcanzar acuerdos con el paciente utilizando habilidades de negociación", varios panelistas proponen en sus comentarios que se especifiquen esas habilidades de negociación.

13. Redundancia de contenidos. Eliminación de 5 ítems a la luz de las impugnaciones alegadas por los panelistas atendiendo a que ciertamente aumentaban el listado de resultados de aprendizaje sin aportar información adicional significativa a la recogida por otros ítems. Ejemplos:

- "Mostrar introspección crítica ante sus propias acciones y ser capaz de compartirlas con otros empleando conductas adecuadas para ello", "Promover el trabajo en equipo".

Pese a las precauciones adoptadas por el Comité Científico al redactar la versión definitiva del cuestionario, no fue hasta recibir el primer feedback del Panel de Expertos Internacional, cuando se identificaron tales cuestiones.

14. Idoneidad e importancia del ítem. Entre los comentarios analizados, destacan por su reincidencia en muchos ítems, aquellos que aluden a la trascendencia que éstos presentan para la formación en comunicación clínica de los alumnos de grado. Ejemplos:

-En el ítem **nº 8**, "Realizar una entrevista médica integrando adecuadamente sus contenidos (anamnesis, exploración, diagnóstico, plan terapéutico y evolución) con el proceso (habilidades comunicacionales o de relación)". Comentarios: "La capacidad de integración me resulta fundamental", "Un elemento clave, por cuanto la formación todavía prioriza los aspectos semiológicos, con una escasa o casi nula integración de la forma de llevarlo a cabo (el proceso)", "Esencia de la medicina clínica".

- En el ítem nº 11, "Reconocer los aspectos más relevantes de la comunicación no verbal (contacto visual-facial, gestos, expresiones faciales, proxémica, paralenguaje) y su influencia en el establecimiento de una relación efectiva". Comentarios: "Importante la utilización de una metodología formativa adecuada para su implementación", "Se trata de un ítem muy central", "¡¡¡¡Claro!!!!", "Es importante que los estudiantes tengan la oportunidad de practicar estas habilidades".

Como se ha descrito, tras el análisis de los comentarios de la primera ronda el Comité Científico eliminó 5 ítems por solapamiento de contenidos y realizó algunos cambios semánticos. No obstante, antes que un sesgo, pensamos que la decisión estratégica de eliminar tales cuestiones redundante en mejor comprensión y una aceptación más general de los resultados en los países destinatarios del proyecto. Al revisar consensos previos, en el de Basilea se explica la no inclusión de algunos ítems también por solapamiento.

Los comentarios realizados durante la segunda ronda (39) no conllevaron cambios significativos en los ítems.

#### **4.2.3. Opiniones expertas sobre los ítems no consensuados o consensuados con un gran porcentaje de expertos en contra.**

Al realizar el análisis cualitativo de los comentarios de los panelistas se recogen aportaciones muy interesantes en algunos de ellos que se describen a continuación:

- Ítem **no consensuado**, "Utilizar el modelo sistémico para abordar familias". Con 37,2% de expertos en contra y una media de 6,07 tras la 2ª ronda, las opiniones coinciden en considerarlo inadecuado para el grado: "Creo que es más bien una competencia para los residentes de Medicina Familiar, no de pregrado". Hay opiniones que apuntan hacia que el modelo sistémico corresponde a una teoría muy definida: "Implica alinearse en una perspectiva teórica, lo que puede provocar algún rechazo de profesionales que puedan adscribir a otras corrientes. Lo eliminaría y trabajaría con los conceptos propios de la teoría sin aludirla

directamente. Por ejemplo, se dejaría fuera aportes de otras corrientes, tal como el psicoanálisis, o las teorías conductuales cognitivas, que aunque no son de mi línea, también tienen aportes en lo familiar”, “El modelo sistémico corresponde a una teoría muy definida, que no es la única que existe, porque hay otras clínicamente valiosas. El abordaje familiar para un egresado de una escuela de Medicina debe ser más amplio y general”.

- Ítem **no consensuado**, “Identificar y aplicar las competencias básicas de liderazgo”. Con 39,5% de expertos en contra y una media de 6,56 tras la 2ª ronda. Entre los comentarios realizados por los panelistas, cabe destacar: “Identificar me parece adecuado, aplicarlas ya me parece que puede que no sea pertinente para todo alumno”, “No está especificado qué se quiere decir con aplicar las competencias básicas de liderazgo en los alumnos del grado”, “El enunciado no está claro. ¿Qué es liderazgo, y qué significa para un estudiante?”.

- Ítem **nº 23**, “Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...)”. Con 27,3% de expertos en contra, las opiniones se repiten y quedan bien recogidas en una que dice “Ésto del humor en el encuentro es un asunto complejo, requiere de tacto, conocimiento del contexto, experiencia, amplio bagaje cultural y respeto, me parece ambicioso en la formación del estudiante de pregrado”.

- Ítem **nº56**, “Comprender el papel en la práctica clínica de las ayudas para la toma de decisiones (decision aids)” y **nº 57**, “Capacitar al paciente en el uso de ayudas para la toma de decisiones para utilizarlas en la discusión”. Los 2 ítems presentan 29,5% de expertos en contra, y entre los comentarios destacan algunos como: “no entiendo el significado del ítem”, o “no me parece apto para estudiantes de grado”.

- Ítem **nº 68**, “Conocer y emplear los métodos y herramientas para la identificación de la estructura y funcionamiento familiar (genogramas o familiograma, función familiar, acontecimientos estresantes, red social...)”. Con 27,3% de expertos en contra, parece que algunos panelistas no entienden correctamente el ítem y así lo expresan. Un panelista comenta “Dentro de los

ejemplos brindados hay distintas categorías. Mientras el genograma es fundamental y la función de los distintos miembros de la familia puede completarse dentro del genograma, las otras herramientas pueden ser de utilidad sólo en algunas ocasiones”.





**DISCUSIÓN**



## **5. DISCUSIÓN.**

El consenso alcanzado en este estudio ofrece 136 resultados de aprendizaje agrupados en 6 categorías que conforman un marco de referencia teórica sobre aspectos importantes de la comunicación clínica, conteniendo los siguientes elementos o áreas competenciales básicas: comunicar con el paciente –diada-; comunicar con la familia; autopercepción o comunicación intrapersonal; comunicación interprofesional; comunicar por diferentes vías; y comunicar en situaciones especiales. El consenso fue alcanzado por un total de 46 expertos procedentes de 8 países de habla española y portuguesa y pretende ser una propuesta para que las diferentes escuelas de medicina de nuestro contexto cultural puedan utilizarlo en el diseño y desarrollo de sus propios currícula de Grado en Medicina. Los contenidos del consenso se han construido sobre otros consensos disponibles en la literatura así como marcos conceptuales, guías y recomendaciones utilizados y difundidos de modo más local en algunos de los países participantes.

### **5.1. Sobre la pertinencia e idoneidad del estudio.**

En los últimos años y en la atención sanitaria, la capacidad de comunicación de los profesionales se ha convertido en una competencia fundamental para alcanzar objetivos de calidad asistencial (17, 136). La investigación ha demostrado que resultados de la asistencia muy significativos como pueden ser la satisfacción de los pacientes, la adherencia terapéutica, el alivio de síntomas o la mejora de indicadores fisiológicos, están relacionados de manera positiva con la comunicación clínica (24, 26, 33, 137). De la misma manera este impacto positivo se ha visto en otras áreas de gran importancia para el sistema sanitario, el profesional y el paciente como son la disminución de reclamaciones y quejas (34, 35) o la mejora de indicadores sanitarios en las enfermedades crónicas y el cáncer (26, 28-30).

Por otra parte los enfoques clínicos denominados “centrados en el paciente”, en contraposición a los “centrados en la enfermedad”, exigen estrategias comunicacionales específicas cuya aplicación está en consonancia con un tipo de

atención sanitaria más acorde con valores ético-legales actuales como son los de autonomía, colaboración y capacitación de pacientes y cuidadores (138), por lo que en gran parte la incorporación de estas habilidades comunicacionales se produce también como respuesta a demandas sociales, profesionales e institucionales. Por todo ello, la enseñanza de habilidades comunicacionales, tanto en el grado como en la formación especializada y educación médica continuada, ha sido ya introducida en muchos países.

En el momento de plantear este estudio existían ya una serie de documentos que definían las buenas prácticas en materia de relación médico-paciente de utilidad en la planificación y desarrollo de los programas formativos y evaluativos en esta materia (68, 69, 139). Más recientemente se han publicado otras interesantes y bien estructuradas iniciativas en este sentido en Canadá, Reino Unido, Alemania y Europa (70-73) que podrían ser también utilizadas como referentes para orientar qué componentes comunicacionales incorporar en los currícula. Por ello, un aspecto preliminar considerado al iniciar este proyecto fue el de su necesidad y pertinencia. Para resolver tal cuestión clave, al constituir el Comité Científico de este proyecto se solicitó a todos sus miembros artículos y documentos con contenidos sobre la enseñanza de habilidades comunicacionales y desarrollo curricular relevantes en sus diferentes países. Tanto las opiniones de los miembros del Comité como la revisión de los documentos aportados ayudaron a tener una visión más real de lo que en materia de comunicación clínica se estaba tratando en los países participantes. Dos aspectos genéricos se concluyeron de este análisis:

- 1) Que muchas facultades de medicina de nuestro entorno aún no habían iniciado, lo estaban haciendo o lo habían hecho de forma muy reciente y parcial, la incorporación en sus programas formativos de las habilidades comunicacionales.
- 2) Que en este momento no existían declaraciones de consenso equiparables a las existentes, específicamente adaptadas a los países de nuestro entorno.

Todo ello llevó a los miembros del Comité Científico a reafirmarse en la necesidad de plantear un consenso propio.

También se debe considerar la influencia que los aspectos socioculturales pueden tener en el desarrollo, organización y modelos de relación dentro de los sistemas sanitarios de los países. Estas variables contextuales pueden también justificar esta iniciativa que abarca a los países de habla española y portuguesa (Iberoamérica, Portugal y España), frente a otras más específicas de otros contextos como el alemán o europeo. Así, el objetivo principal de este proyecto fue elaborar un currículo nuclear en comunicación clínica que reflejase características peculiares de nuestro entorno cultural y que resulte adecuado a las prioridades docentes particulares y comunes que en el ámbito comunicacional pudiesen tener nuestras escuelas de medicina. Se pretendió con ello solventar las inconveniencias de una aplicación automática de las directrices o sugerencias derivadas de los otros consensos existentes, específicamente desarrollados para otros ámbitos.

Con la finalidad de hacer más explícita y justificar esta necesidad se expone primero una visión resumida sobre los componentes de los principales consensos hasta ahora publicados para a la luz de las mismas destacar otros argumentos justificativos de la necesidad de este trabajo:

El marco conceptual que se muestra en **CanMEDS** (70) es una iniciativa puesta en marcha desde Canadá para estudiantes de pregrado y postgrado, con la intención de mejorar la calidad asistencial a través de la definición de una serie de competencias que abarcan distintos aspectos profesionales, entre los que se definen competencias comunicacionales (figura 1). Se describen 17 competencias comunicacionales que incluyen en primer lugar algunas tareas y habilidades generales de la entrevista clínica, junto a ciertas destrezas específicas necesarias para obtener y sintetizar información, comunicar la misma con precisión, desarrollar un entendimiento para elaborar un plan compartido de la atención y transmitir información oral y escrita efectiva sobre un encuentro médico. El documento incorpora en su perspectiva de los pacientes y las familias, colegas y otros profesionales.

El **Consenso Británico** (71) es presentado como “la rueda del curriculum comunicacional” (figura 2) e intenta describir un modelo coherente y exhaustivo donde enmarcar cualquier contenido comunicacional. El modelo, aunque describe los elementos de contenido para una comunicación en el grado, no entra a describir habilidades comunicacionales en detalle. Los dominios resaltados en el modelo de la “rueda” están centrados en el “respeto por los otros” y a partir de aquí en círculos concéntricos le siguen: teoría y evidencia de la comunicación, tareas y habilidades de la entrevista clínica, temas específicos, media y comunicación más allá del paciente. A la vez el modelo define cuatro principios básicos que enmarcan las capas de la rueda antedichas: práctica reflexiva, profesionalismo, ética y legalidad y práctica basada en la evidencia. Este planteamiento abierto puede representar un buen modelo para ser usado por cualquier escuela en la posterior tarea de definir las habilidades u objetivos comunicacionales concretos a introducir en sus currícula. Precisamente éste ha sido el objetivo principal de las dos propuestas posteriores, realizadas mediante metodologías de consenso similares a la empleada en nuestro estudio. En efecto, los consensos de Basilea y Europeo han propuesto un conjunto de competencias y objetivos comunicacionales de orientación para las escuelas de medicina y/o las profesiones sanitarias en la definición de sus programas formativos.

El **Consenso de Basilea** sobre “Competencias comunicacionales y sociales para estudiantes de Medicina” (72) procede del ámbito educativo (escuelas médicas) de los países de habla alemana. El documento define 131 objetivos o competencias comunicacionales y sociales dirigidas a orientar la planificación de los estudios en las escuelas de medicina en estas materias (comunicación y habilidades sociales) en sus respectivos países. Dichas competencias se agrupan en 5 grandes áreas (Competencias comunicativas y sociales generales, competencias específicas de relación médico-paciente, trabajo en equipo, desarrollo personal y profesional y razonamiento y toma de decisiones) y en 19 dominios.

En la misma línea el **Consenso Europeo** (73) alcanza un total de 61 objetivos comunicacionales concretos, distribuidos en tres áreas (comunicación con pacientes, profesionalismo y reflexión y comunicación profesional) con la pretensión de que

resulten aplicables no solo en los estudios de Grado en Medicina sino en el conjunto de las profesiones sanitarias.

Considerando la existencia de estos cuatro consensos así como otras reconocidas publicaciones previas de expertos o asociaciones que habían definido detallados core curricula sobre habilidades de comunicación médico-paciente (Kalamazoo, Toronto,...), se planteó como cuestión preliminar de esta tesis que los miembros del Comité Científico valorasen la idoneidad de desarrollar un consenso de este tipo para los países de habla española y portuguesa. El intercambio de información entre estos expertos del comité, así como un análisis de la literatura y en especial la aportada por ellos relativa a sus propios países (77-87, 140-146), reveló otros aspectos de importancia que justificaron la realización del presente consenso.

Entre los aspectos que son considerados de interés adicional para justificar un consenso de esta naturaleza en nuestro ámbito destacan varios:

- En primer lugar, el presente trabajo trata de ofrecer resultados de aprendizaje comunicacionales nucleares para estudiantes de Medicina. Por lo tanto, a diferencia de los ya existentes, excluye competencias distintas a las exclusivamente comunicacionales dentro del marco de la relación médico-paciente-profesional, se limita al nivel de grado y se diseña específicamente para aplicarse en la formación del futuro médico.

- En segundo lugar, la conveniencia de fomentar una aproximación basada en competencias en el ámbito de la educación médica en nuestros respectivos países, al estilo del proceso de Bolonia desarrollado en el contexto europeo (88, 147, 148). Sobre la base de acuerdos en la definición de las competencias se podrán construir marcos equiparables en las titulaciones académicas y sus contenidos. Este deseo es un reto compartido pero aún no desarrollado en países del ámbito sociocultural iberoamericano.

- En tercer lugar, existen importantes deficiencias así como una gran heterogeneidad en el desarrollo de las habilidades comunicacionales en los estudios de Grado en

Medicina en los diferentes países participantes. De hecho, en nuestro contexto no se puede hablar siquiera de directrices nacionales o de otros organismos suprauniversitarios o de asociaciones profesionales en relación a la enseñanza de esta materia. Cuando estas existen, como en el caso de España y otros países participantes en este consenso, se suelen plantear de manera muy genérica, quedando bajo el criterio y responsabilidad de cada universidad hacerlas operativas dentro de sus propios planes de estudios, algo aún pendiente en la gran mayoría de ellas (77, 78, 140, 149). Por citar algunos ejemplos, el **Ministerio de Educación Español** estableció los requisitos de los planes de estudio para habilitar al ejercicio de la profesión médica, y definía en siete grandes bloques las principales competencias que los estudiantes deberían adquirir, incluyendo como una de ellas las “habilidades de comunicación” (88). En **México** según refiere el “Perfil por competencias del Médico General Mexicano”, publicado por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina de México en 2008, se establecen de forma general las condiciones necesarias en las escuelas de medicina para dar cumplimiento a las 7 competencias que se piden al egresado, refiriéndose también una de ellas a la comunicación con el paciente (150) . En **Argentina** la resolución 1314/07 de la Ley de Educación Superior determinó en los requisitos para la aprobación de la carrera por parte de la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria). En esta normativa se definieron los contenidos curriculares básicos para la carrera de Medicina en tres ejes curriculares: 1. Fundamentos científicos de la atención del paciente, 2. Proceso salud-enfermedad-atención en las distintas etapas del ciclo vital y 3. Medicina, hombre y sociedad, contemplando las 2 últimas secciones contenidos comunicacionales (151). En **Portugal** en el “Marco del Acuerdo de Desarrollo para la promoción de la calidad de los cursos Licenciado en Medicina” de 2001, puesto en marcha por los Ministerios de Educación, Salud y Ciencia y Tecnología y la Universidad de Lisboa, se define el “Core Graduates learning Outcomes Project o Licenciado Médico em Portugal” que incluye 21 resultados de aprendizaje comunicacionales y de relaciones interpersonales (152). En **Brasil** el Ministerio de Educación define las directrices nacionales para la carrera de Medicina, recientemente actualizadas en 2014, en las

que la comunicación aparece puntualmente en 4 ocasiones, pero tampoco existe una directriz sobre habilidades de comunicación para la educación médica (153).

En el anexo 5 se resumen las directrices nacionales para el desarrollo de las habilidades comunicacionales en el Grado en Medicina en los distintos países. Salvo algunas excepciones de ciertas universidades y escuelas de medicina de los diferentes países participantes que definen con un mayor grado de concreción los objetivos comunicacionales en el grado (154-163), estos, en su gran mayoría, se caracterizan por:

1. Ser muy escasos en número.
2. Ser muy heterogéneos en su naturaleza (difícil de distinguir si son propiamente comunicacionales o no) mezclados con objetivos de otros dominios o impartidos en otras áreas de conocimiento diferentes (psicología, ética, búsqueda de información científica y habilidades de presentación científica,...).
3. Estar abordados de una forma imprecisa como declaraciones de intención en vez de definir unos resultados de aprendizaje metodológicamente robustos de los que pueda derivarse la metodología docente y evaluativa adecuada.
4. Relegar la comunicación a un segundo plano de las prioridades de enseñanza, en general, en el ámbito exclusivo de las prácticas de los estudiantes en los centros clínicos, sin un entrenamiento específico virtual o simulado y sin requisitos evaluativos.
5. No ser generalmente objeto de evaluación formal.
6. Predominar los objetivos de conocimiento frente a los conductuales o actitudinales.
7. Impartirse de forma aislada, es decir puntualmente en un estadio o asignatura concreta del curriculum (84, 164).
8. Ser abordadas sobre todo en los primeros años del mismo donde aún los alumnos no han tenido contacto con la clínica y los pacientes.

Por ejemplo en el caso de España donde se disponen ya de datos generales sobre el grado de implantación y las características de esta formación, la media de créditos

dedicados a asignaturas con algún contenido sobre habilidades comunicacional es de 2,77 ECTS por Facultad de Medicina, inferior a los 5,0 créditos recomendados por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Estos contenidos se albergan en el primer ciclo en el 63,6% de los casos (149). Al comparar nuestro contexto educativo con el anglosajón es evidente que el grado de implantación de la enseñanza de la comunicación clínica en sus escuelas de medicina resulta mucho más establecido, organizado y homogéneo que en las nuestras (165-168).

Pero incluso dentro de los países participantes en el proyecto, existe una importante heterogeneidad y desigualdad en la enseñanza. En la **Universidad Francisco de Vitoria** (158) que quizá representa la versión más extendida de esta iniciativa, la formación en comunicación clínica se realiza de forma longitudinal a lo largo de todo el itinerario curricular. Los contenidos comunicacionales se incluyen de forma introductoria ya en asignaturas de los dos primeros curso (Habilidades y Competencias Interpersonales de primer curso y Psicología Humana en segundo curso), a través de actividades docentes vinculadas al “Programa de Inmersión Clínica Precoz” (observación reflexiva del trabajo diario y encuentros autónomos de estudiantes con pacientes). Tras ello el grueso del programa formativo se desarrolla específicamente en las asignaturas de Métodos Clínicos I y II de 3º y 4º curso, a través de clases magistrales, seminarios/talleres en pequeños grupos y en encuentros con pacientes simulados (figura 16) lo que en su conjunto conforma una metodología docente de las habilidades en línea con las propuestas y evidencias de efectividad sobre este tipo de enseñanza. Pero además de impartir la formación básica en la materia en 3º y tratar situaciones especiales en 4º, también en 5º y 6º curso se imparten en las distintas disciplinas clínicas del plan de estudios, seminarios sobre estos contenidos con orientación eminentemente de aplicación práctica.



**Figura 16: Metodologías básicas de aprendizaje de las habilidades de comunicación**

Estas competencias comunicacionales además de seguir la evaluación formal dentro de las asignaturas, son evaluadas también a través de la ECOE (evaluación clínica objetiva estructurada) que se realiza al finalizar 4º, 5º y 6º curso.

En la **Universitat Internacional de Catalunya** (159) las habilidades de comunicación clínica son trabajadas dentro de las asignaturas "Comunicación en la Práctica Clínica", "Semiología", "Medicina Familiar y Comunitaria" y rotatorio (práctica clínica tutelada) de 2º, 3º, 4º y 6º curso respectivamente, constituyendo también un itinerario transversal en comunicación que concluye en la ECOE de 6º curso con evaluación de competencias comunicacionales. En el año 2009 se aprobó en la **Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona** (155, 169) un nuevo plan docente que incorporaba la enseñanza de la comunicación como competencia transversal, no como asignatura propia, en materias preclínicas y clínicas, con una carga de entre 3 y 6 ECTS. Esta competencia al quedar integrada en distintas asignaturas no tiene nota específica, aunque aporta al menos un 20% del peso de la ECOE que se hace en 6º curso. En la **Facultad de Medicina de la Universidad de Oporto** (163) las competencias comunicacionales se imparten en una asignatura nuclear del 1º curso, "Unidade Curricular de Humanidades em Medicina" y en 3 optativas de 2º curso "Comunicação em Equipas de Saúde", "Prática Reflexiva I" y

“Contacto precoce com os Utentes/Doentes e suas famílias”. En la **Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México** (156) existe la competencia de comunicación efectiva definida en perfiles intermedios I (dos primeros años), II (del 5º al 9º semestres, que son ciclos clínicos) y en el perfil de egreso, aunque no existen cursos como tal para enseñarla, sino que se incorpora en cada una de las materias o asignaturas, sin una definición clara de evaluación de su cumplimiento. Específicamente las habilidades de comunicación clínica se imparten fundamentalmente en el 3º año dentro de las asignaturas de “Propedéutica y Fisiopatología” y en “Medicina Psicológica y Comunicación”. En la **Pontificia Universidad Católica de Chile** (157) existen cursos formales de comunicación en 3º, 4º, 6º y 7º año. En 3º se trabaja “La entrevista médica”, habilidades comunicacionales y anamnesis tradicional, mediante clases teóricas y en la práctica (taller de 21h). En 4º curso la “Relación paciente-médico” se trabaja partiendo de las habilidades comunicacionales practicadas en el curso anterior, con una duración de 12 h, fraccionadas en 3 sesiones de reflexión. En 6º se desarrolla un taller (4h) con un desafío específico: malas noticias. Finalmente en 7º año y durante el internado de medicina familiar, existe la posibilidad de que el alumno observe y reciba *feedback* de una filmación de su atención con pacientes reales.

Aunque en general el impacto de estos programas no ha sido sistemáticamente valorado, en un estudio presentado por la **Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima** (162) realizado a 917 graduados médicos, pese a que el 85% de ellos respondió haber tenido formación en habilidades de entrevista y relación médico-paciente y comunicación, se identificaron deficiencias en el dominio de: a) el método clínico, b) la obtención de información psicosocial, c) la evaluación de la comprensión del paciente, d) el manejo de las emociones y f) la comunicación no verbal (87). Otro estudio realizado a 124 estudiantes y 43 profesores de diferentes años de carrera de la **Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas (Cuba)** permite inferir que el proceso docente de esta institución contribuye limitadamente al desarrollo de la comunicación médico-paciente como parte de la educación ético-

profesional en los estudiantes, según la percepción y valoración de estudiantes y profesores (145).

Como puede verse existe una gran heterogeneidad en cuanto a los contenidos y las formas de aplicación, ubicación curricular, y metodología docente y evaluativa cuando esta última existe. Dado que estas facultades son solo una pequeña muestra de centros en los que la comunicación es más considerada como materia curricular, el consenso pretende ofrecer de una forma orientativa un conjunto de resultados de aprendizaje coherente y asumible para las escuelas de medicina que deseen aplicarlo bien total o parcialmente. Conviene resaltar aquí que la presente propuesta sólo incluye indicaciones sobre contenidos.

El desafío de elaborar un “core curriculum en comunicación” implicando a profesionales relevantes en el ámbito de la educación médica y de la comunicación asistencial en sus respectivos países, es también una oportunidad única para ayudar a homogenizar estos contenidos en estos países, para promover de forma realista su implantación y para guiar las modificaciones curriculares necesarias dentro de cada escuela. Se pretende con ello implicar a expertos conocedores de las circunstancias particulares de cada país, evitando la simple trasposición de otras recomendaciones internacionales existentes en la materia de una forma descontextualizada. A pesar de esto, el Consenso Iberoamericano se inspira y utiliza como referentes necesarios tanto las declaraciones de grupos de expertos y asociaciones como los cuatro consensos previos, con los que tiene un evidente paralelismo. De esta forma, el presente consenso refuerza la validez de un gran número de competencias comunicacionales comunes en todos ellos, contribuyendo así al establecimiento de unos contenidos básicos sobre la enseñanza y el aprendizaje de la comunicación asistencial en el grado, que sobrepasaría los de un ámbito cultural, asistencial, docente y profesional concretos.

## 5.2. Sobre la naturaleza educativa de los resultados de aprendizaje.

Los resultados de aprendizaje que incluye este consenso abarcan los tres dominios educativos (cognitivo, psicomotor y actitudinal) y han sido redactados siguiendo la terminología y categorización de Bloom (92). Aunque la gran mayoría representan resultados de aprendizaje correspondientes a categorías cognitivas superiores (análisis, síntesis, comprensión), en cada uno de los diferentes apartados se contemplan también ítems específicos que hacen referencia a categorías básicas (conocer, comprender,...) (figura 3). En este sentido nuestra propuesta guarda más paralelismo con la que hace el panel alemán que con las que han hecho el europeo y el canadiense, aunque en los tres la mayoría de los objetivos de aprendizaje son considerados desde la perspectiva de "habilidad cognitiva" (*cognitive skill based description*) en el sentido de posicionamiento en el nivel alto de la escala de Bloom en el dominio cognitivo (93).

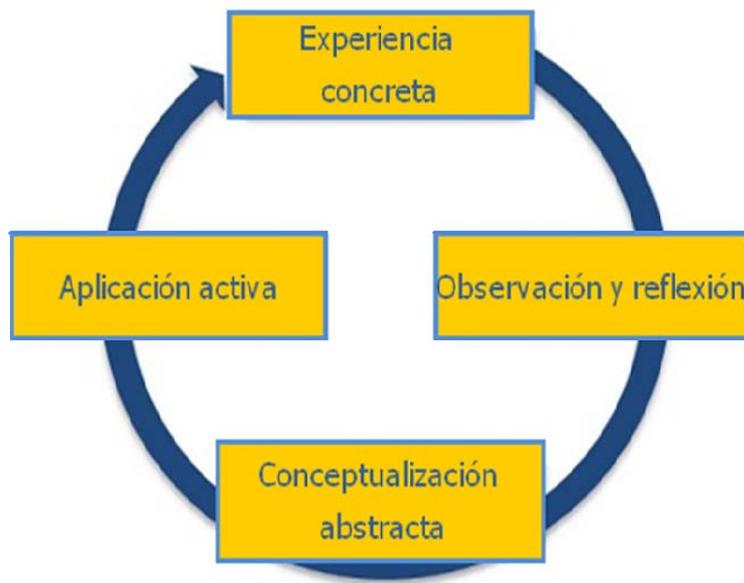
Los resultados de aprendizaje basados en el conocimiento (describir, explicar,...) son bastante más fáciles de enseñar y en gran medida han sido en nuestro entorno el grueso de una educación basada en "saber qué", tradicionalmente muy enraizada en nuestras escuelas de medicina. La introducción de una enseñanza basada en competencias (Bolonia) debería de dar un giro radical a este enfoque ya que coloca a las habilidades (saber hacer) y a las actitudes y valores (saber ser) como propósitos prioritarios. El desafío que esto conlleva radica en la mayor dificultad que tienen este tipo de constructos para ser enseñados y en los cambios que requerirían nuestras escuelas de medicina para su introducción. Este aspecto representa la auténtica revolución que el proceso europeo de convergencia académica (Plan Bolonia) debería suponer en la universidad española (170).

Sin embargo, en muchas de nuestras facultades de medicina los objetivos de conocimiento y las metodologías docentes "demostrativas" siguen teniendo hoy día mucho peso en relación a los objetivos psicomotores y actitudinales, y las metodologías docentes "experienciales" (149). Habitualmente ésto se refleja en la incorporación de los objetivos comunicacionales como parte de una asignatura en el

periodo inicial de la carrera (cursos 1º y 2º habitualmente), en la que la clase magistral sigue siendo el método docente predominante, suplementado por algún seminario demostrativo o algún tipo de práctica poco estructurada en la que el alumno tiene pocas oportunidades de entrenar las habilidades.

El hecho de que este consenso (y otros) incida en proponer resultados de aprendizaje de naturaleza conductual-actitudinal debería sugerir a las escuelas de medicina que han de incrementar el número y calidad de oportunidades docentes para alcanzar este tipo de objetivos no cognitivos en el diseño de sus programas docentes y currícula. Ésto no supone sin embargo una renuncia total a los resultados de aprendizaje de conocimiento y a las metodologías docentes que su enseñanza suponen (clases magistrales, seminarios demostrativos).

En realidad, el consenso pretende impulsar una metodología docente en la que conocimiento, habilidad y actitud estén integrados para la enseñanza de la comunicación clínica. Como se refleja en la figura 17, aspectos como la justificación y racionalidad de conceptos y habilidades (lógica y evidencia científica), como punto de partida, seguidos de entrenamiento en estas habilidades específicas de forma repetitiva, con un feedback docente bien estructurado y con una autoreflexión que fomente la incorporación de las nuevas experiencias y enseñanzas, componen el círculo que define la teoría del aprendizaje experiencial (Kolb, 1998) donde se aplican los principios del aprendizaje reflexivo (170).



**Figura 17: Ciclo del aprendizaje experiencial de Kolb**

Un ejemplo de esta progresión de la relación entre resultados de aprendizaje de distinta naturaleza (dominio) correspondiente a la competencia genérica "Obtener la información" se puede ver en:

- Ítem **nº25**: "Reconocer las ventajas e inconvenientes de las diferentes habilidades comunicacionales para obtener información (preguntas abiertas/cerradas, facilitación, etc...)".
- Item **nº29**: "Utilizar diferentes tipos de preguntas (abiertas, cerradas y dirigidas, etc) adecuadas a cada situación".
- Item **nº36**: "Mostrar apertura y disposición para tratar de manera apropiada cualquier aspecto importante para el paciente en relación con su salud".

La inclusión por tanto de algunos resultados de tipo cognitivo más sencillos de alcanzar y orientados a conseguir objetivos de niveles superiores a su vez bien definidos, creemos que puede contribuir también a considerar este consenso además de educacionalmente fundamentado, como más realista y tal vez más factible, especialmente para aquellas facultades dónde su implantación es aún muy

incipiente, pueda resultar más dificultosa, o este en estos momentos exclusiva o predominantemente basada en objetivos cognitivos.

### **5.3. Sobre la metodología utilizada para alcanzar el consenso: Método Delphi (variante REMODE).**

En cuanto a **particularidades metodológicas**, el estudio ha empleado una técnica estructurada de debate y consenso profesional, **REMODE**, derivada del método Delphi tradicional (a distancia y con número indeterminado de rondas de encuesta) y variante del método Delphi modificado (2 únicas rondas de encuesta con una sesión de debate presencial entre ellas), como se detalló en los apartados Introducción y Método. La adaptación metodológica empleada no requiere encuentro presencial y sustituye la interacción personal de los panelistas expertos por el envío de un informe de resultados de la primera ronda (estadístico y gráfico) enriquecido con los comentarios aportados por los panelistas explicativos de su posicionamiento personal o de cualquier otra naturaleza que los respondedores consideren relevantes, informando además a cada participante de su posición con respecto al resto del grupo. Tal información permite a los panelistas interactuar de forma indirecta, compartiendo sus opiniones y criterios particulares, pero evitando la influencia incontrolada de elementos dominantes en el grupo. Además, REMODE abrevia el proceso Delphi asignando el diseño de las preguntas del cuestionario y la formulación apropiada de ítems aptos para el cuestionario Delphi a los investigadores impulsores. La técnica empleada con éxito para unificar criterio en diversas disciplinas clínicas motivo de controversia, ha sido el instrumento metodológico de múltiples estudios publicados en revistas de impacto (107, 119-131). De entre otras alternativas técnicas, alguna particularidad que se comenta a continuación convierte a REMODE en la opción idónea para abordar un proyecto de consenso internacional como el que se aborda en esta tesis.

En sentido contrario, entre las limitaciones de este tipo de técnicas de consenso destacan aquellas relacionadas con la selección de los expertos participantes, el tipo de cuestionario propuesto, la definición de un nivel de acuerdo suficiente y los

aspectos relacionados con la fiabilidad y la validez, así como su posterior aplicabilidad, es decir su impacto (128-131). Todas ellas han sido cuestiones sometidas a consideración y, en lo posible, optimizadas durante el diseño y la ejecución técnica de la presente tesis.

En relación a la **selección de los expertos**, es obvio constatar que el consenso refleja una síntesis de las opiniones de los 46 sujetos participantes y que cualquier otro grupo de personas podrían haber obtenido unas conclusiones diferentes. Esto desde luego no es una crítica exclusiva de nuestro consenso sino que puede hacerse a cualquier otro que haya utilizado este tipo de metodología. En relación a la identificación y reclutamiento de los componentes del panel experto, se ha empleado una técnica de muestreo en arrastre o bola de nieve, que intenta responder a un reto principal de los consensos de expertos: ¿cómo elegir a los mejores candidatos de una población virtual de expertos de la que no suele existir una base documental fiable, exhaustiva e indiscutida? Esto es, ¿quién reúne el mérito suficiente para ser considerado experto y quién puede atribuirse el criterio y la autoridad para sancionarlo?.

Aunque en determinados ámbitos científico-técnicos puede existir reconocimiento explícito e incluso la acreditación formal del carácter experto (por asociaciones científicas, grupos académicos, consejos institucionales,...), en general (y particularmente en el área de conocimiento objeto de esta tesis), la única vía factible para identificar expertos es el reconocimiento general como tales por sus compañeros de profesión a ciertos profesionales. Dicho reconocimiento puede establecerse por su amplio conocimiento, capacidad y ocupación en un dominio específico de interés demostrable por credenciales educativas, o por una particular trayectoria de experiencia profesional, actividad docente, investigadora o científica en general (publicación, difusión,...).

Según el área de mayor desarrollo se suelen reconocer dos grandes grupos de expertos: aquellos cuya pericia está en función de lo que saben (experto "epistémico", capaz de proporcionar justificada robustez en su área de dominio) y

aquellos otros expertos en función de lo que hacen (experto "performativo", con alta capacidad para desarrollar una habilidad de acuerdo a las reglas y virtudes de la práctica) (116, 117). Un mecanismo que permite la identificación de ambos tipos de expertos es el muestreo de arrastre o en bola de nieve que trata de aprovechar las redes sociales de un grupo de expertos indiscutibles inicialmente identificados, para que estos a su vez proporcionen nuevos expertos potenciales, lo que lleva a un conjunto cada vez mayor de contactos que son posibles candidatos a participar (171). Este proceso se basa en la suposición de que existen "vínculos" entre la muestra inicialmente seleccionada y otras posibles muestras de la misma población diana, lo que permite las nominaciones dentro de un círculo de conocidos (172). En la medida en la que sobre el listado final de potenciales expertos identificados, estos mismos confirman a un subconjunto de ellos que resultan generalizadamente aceptados como expertos por el colectivo profesional, el método también mitiga una selección de los expertos sesgada por el conocimiento y deseabilidad de los miembros iniciales del Comité Científico (173). Esta forma de reclutamiento de expertos es diferente a la utilizada en los otros dos consensos existentes. Así el Europeo parte de un grupo inicial en el que cada uno de sus miembros (10) contacta de forma individual con expertos de su propio país y de distintas profesiones sanitarias conocidos por este propio experto. El Consenso Alemán incluye en la última fase del consenso al grueso de los panelistas que son reclutados "de novo" de entre los miembros de la Asociación de Educación Médica Alemana. La fortaleza de una selección mediante el procedimiento de bola de nieve frente a estos otros recae en que la identificación de un potencial experto es más exhaustiva (supone una búsqueda activa) y consensuada que cuando esta se hace de forma individualizada (por elección directa de un experto), por lo que la probabilidad del "expertise" de la persona contactada es más segura. En este sentido la prioridad de nuestro consenso ha sido garantizar la pericia de cada experto participante en el tema a tratar, antes de su representatividad institucional o el reparto proporcional del panel entre todos los países a los que va dirigido el consenso.

En lo referente a la **definición del cuestionario inicial**, a pesar de que se lleva a cabo por el Grupo Impulsor con las aportaciones del Comité Científico, el método

REMODE intenta prevenir sesgos en el contenido de las encuestas asegurando la colaboración del panel de expertos al completo a través de las siguientes precauciones:

- Al inicio del proyecto se facilita al Panel de Expertos la bibliografía utilizada por el Comité Científico durante la preparación de la encuesta para facilitarles la realización correcta de su tarea.
- Sea cual sea la formulación de los ítems cada panelista consultado tiene siempre la última decisión sobre si está o no de acuerdo con las propuestas del comité. Resulta por ello virtualmente imposible que los investigadores del proyecto condicionen o dirijan las opiniones del grupo.
- Durante la primera ronda de encuesta cualquier panelista tienen libertad para sugerir cambios en los ítems propuestos a través de comentarios libres. Estos cambios incluyen la ampliación del número de ítems y la modificación o impugnación de los existentes.

Ofrecer estas medidas de garantía de independencia de criterio y libertad de posicionamiento en el voto, supuso aceptar varias modificaciones cualitativas y cuantitativas al listado de ítems utilizado en el procedimiento REMODE, a la luz de las aportaciones de los panelistas tras la primera ronda. Se puede por tanto afirmar que los expertos participantes, aunque no intervienen en la formulación inicial del listado de ítems, durante el proceso supervisan y controlan sus contenidos.

**Participación de los panelistas a lo largo del proyecto.** Una de las principales fortalezas del método REMODE frente a las formulaciones tradicionales del método Delphi, radica en el carácter iterativo del mismo que permite a los participantes profundizar en su reflexión sobre el tema, en la medida en la que los mismos participantes van pronunciándose sobre las preguntas o ítems propuestos y sus modificaciones, y que dichas opiniones son ofrecidas a todos ellos en un proceso de retroalimentación controlada (102). Para que esto sea posible un aspecto crucial es que la mayoría de los panelistas participen en todas las rondas de forma que se pueda establecer una interacción efectiva entre todos ellos. En este estudio solo

hubo cinco pérdidas y un 90,2% de los panelistas que iniciaron el proceso lo acabaron (de 51 a 46). Ésto y el hecho de que el proceso conllevara una serie de modificaciones en los ítems, ya referidas, y un número importante de comentarios aclaratorios (789), nos permiten aventurar un nivel de reflexión alto de los panelistas durante el proceso. El número de panelistas que en los otros consensos mencionados se mantuvo a lo largo de todas las rondas del proceso fue mucho menor que en el nuestro en el Europeo (22,3%) y ninguno en el Alemán, incluyendo en la última ronda un grueso de nuevos panelistas que no pudieron participar en la tarea deliberativa y de interacción efectuada en las fases previas. Este matiz supone una diferencia crucial de este estudio (en general de toda la familia de técnicas Delphi) al preservar el tamaño y composición del panel a lo largo de todo el proceso para garantizar la posibilidad de reconsideración de opiniones y aproximación de posturas que se requiere esencialmente en todo proceso de consenso.

**Naturaleza virtual y confidencial del proceso.** Otro aspecto metodológicamente relevante inherente en la modalidad de Delphi usada por nosotros (REMODE) es la ausencia de una sesión presencial. Aunque esto implica ciertas limitaciones (que se comentarán más abajo) conlleva también dos importantes ventajas. La primera tiene que ver con el hecho de que, sin reunión presencial, la confidencialidad de las opiniones de cada panelista estaba garantizada. De esta forma, el criterio final que cada experto aporta al consenso, aunque fundamentado en las opiniones recibidas del resto, tiene más probabilidades de resultar el fruto auténtico de la reflexión personal del propio panelista, toda vez que se dispuso de libertad para sugerir cualquier cambio (incluyendo impugnación, modificación o ampliación del ítems) y de proponer cualquier tipo de comentarios libres. La segunda ventaja, que se relaciona con el uso exclusivo de la vía electrónica de comunicación y la resolución online del consenso, es el haber hecho este realmente posible evitando desplazamientos, alojamientos y otros costes importantes y difícilmente asumibles. También el carácter virtual ha acelerado la interacción de sus miembros y nos ha permitido acceder a expertos a los que por otra vía probablemente no hubiera sido posible

implicar en este tipo de tarea, teniendo en cuenta la enorme dispersión geográfica de procedencia de los panelistas.

**Nivel de acuerdo.** Por último, disponer de criterios preestablecidos para la valoración estadística del grado de acuerdo profesional alcanzado, formalmente presentados y acogidos por los expertos en el momento en que consienten participar, facilita el complejo proceso de aproximación de posturas y obtención de conclusiones, y evita los frecuentes vetos propios de los debates no estructurados. De esta forma se estandariza y garantiza la realización del proceso y sus resultados frente a otros métodos de debate grupal. Sin embargo es importante decir que el criterio utilizado para marcar el consenso (menos de 1/3 de los encuestados se situaron fuera de la región de tres puntos ([1-3], [4-6], [7-9]) que contiene la mediana grupal), aunque ampliamente aceptado no deja de ser un criterio estadístico discrecional que permite discutir sobre los 136 resultados de aprendizaje finales consensuados.

En cualquier caso, definir arbitrariamente el umbral a partir del cual las opiniones de un grupo se consideran consensuadas es una decisión técnica habitual de la estadística. Considerando que consensuar es adoptar una decisión de común acuerdo entre partes, éstas se han de posicionar en algún punto del trayecto entre la mayoría simple y la unanimidad plena. La primera opción sería un sistema débil para extraer conclusiones, pero exigir la unanimidad total sería dejar expuesto al impedimento de un solo miembro cualquier posibilidad de acuerdo. Un criterio similar de una mayoría reforzada superior a 2/3 de quienes opinan se emplea para la toma de decisiones por consenso en distintos órganos colegiados y en ciertos asuntos parlamentarios de naturaleza crítica.

#### **5.4. Sobre el desarrollo y resultados de la investigación.**

El estudio representa una nueva propuesta que amplía y en gran medida apoya el catálogo de recomendaciones internacionales preexistentes sobre las competencias comunicacionales necesarias para la práctica médica y para su enseñanza. En esta

sección abordamos los aspectos más relevantes de los resultados del consenso discutiéndolos a la luz de los principales estudios de mayor impacto disponibles.

#### **5.4.1. Participantes en el estudio.**

La composición del Panel de Expertos trató de equilibrar tanto la diversidad geográfica como la pericia o maestría de los mismos en el tema de estudio. Los miembros del Comité Científico fueron personas muy representativas en cuanto a su papel como docentes en materia de comunicación en sus respectivas universidades y países. Sin embargo se incluyeron en este comité personas cuya profesión no era la medicina pero que se consideró podían aportar una visión valiosa al tema desde otras profesiones relacionadas. En este sentido, a pesar de que la mayoría de los médicos fueron docentes universitarios provenientes de la medicina clínica, 4 de ellos trabajaban como planificadores/gestores sanitarios en instituciones asistenciales públicas y privadas y uno participaba como representante de una organización en defensa de los pacientes. El motivo de reclutar panelistas diversos procedentes de estos ámbitos no fue otro que tomar en consideración la opinión de aquellos profesionales que tienen capacidad para influir en cuestiones trascendentes en la educación médica de grado o de aquellos que pueden decidir sobre el modelo de médico y de asistencia que quieren en sus instituciones sanitarias. También se incluyeron profesionales que aunque originariamente procedían de campos como la farmacia y las ciencias sociales, en su trayectoria habían mostrado “pericia” dentro del ámbito de las habilidades en comunicación; también psicólogos, y éstos no solo por su maestría en esta materia, sino porque en buena parte de las facultades de medicina de nuestro entorno recae en ellos la formación en competencias comunicacionales. Igualmente se trató de que la visión de los pacientes estuviese presente a través del representante de una organización de pacientes que abarca a su vez a un gran número de asociaciones (Universidad de Pacientes: <http://www.universidadpacientes.org>). Pese a ello podría considerarse que incorporar más pacientes en el consenso podría haber ofrecido una visión más rica y diferencial desde su perspectiva, algo que resulta especialmente importante para fomentar la mejora de la “comunicación médico-paciente” o promover estrategias de

relación “centradas en el paciente”. Con la incorporación de diferentes perfiles de panelistas se buscaba, así, ampliar las perspectivas sobre las habilidades comunicacionales que se podían exigir y desear en un médico más allá de lo que piensan sobre el tema los propios médicos. Igualmente, en la selección del Panel de Expertos, el objetivo no fue tanto el tener un número amplio de panelistas como el que los que finalmente participasen fuesen personas relevantes en este ámbito docente y asistencial, estuvieran interesados en el tema y comprometidos con el mismo.

Así y mediante la metodología descrita en bola de nieve, se llegó a reclutar un grupo preliminar de 104 candidatos del que se extrajo el grupo final de “expertos incuestionables” a criterio del propio grupo inicial. Este proceso garantiza que cada experto finalmente reclutado puede aportar un “input” relevante motivo de discusión en el consenso, ya sea un especialista, un afectado o un facilitador (individuos que sin pertenecer a las categorías anteriores tienen capacidad de decidir, estimular u organizar). En este sentido, hay una tendencia actual a replantear el concepto restrictivo de experto, por uno más abierto y, en ocasiones, cercano al de colaborador o participante implicado en el problema en cuestión. Este criterio, aplicado mediante una re-identificación coincidente de los elegidos definitivos por parte de los propios expertos inicialmente propuestos, propició la reducción a más de la mitad de las propuestas de panelistas y el que no existiesen panelistas de algunos Países Iberoamericanos.

Este número de participantes en nuestro consenso es mayor al de otros consensos profesionales sobre comunicación previos (68, 69, 71), pero inferior al de los otros dos grandes consensos existentes: 121 en el Europeo y 98 en el Alemán. Llama la atención como la participación de los panelistas elegidos en nuestro estudio hasta el final del proceso Delphi fue muy alta ya que contestaron todas las rondas del consenso 46 panelistas (90%). A pesar de que no exista un tamaño predeterminado de panel Delphi que pueda considerarse técnicamente óptimo, se observa que el error de previsión tiende a disminuir a medida que se amplía el tamaño de la muestra. Sin embargo, en estudios con paneles de más de 30 miembros, la mejora

de resultados que se obtiene es muy pequeña y no compensa el incremento de coste y trabajo (103, 104).

Aunque podemos decir por lo tanto que los participantes en nuestro consenso fueron menos y se seleccionaron con criterios más restrictivos y que estos demostraron un alto grado de compromiso e implicación en el proyecto en comparación con los otros dos grandes consensos, es difícil aventurar si esta selección y compromiso constatado supone una variable determinante de las diferencias encontradas entre las conclusiones y las competencias finalmente obtenidas en nuestro consenso en comparación con los otros dos.

#### **5.4.2. Organización de los resultados de aprendizaje: Marco de referencia teórico.**

El presente consenso sobre resultados de aprendizaje en comunicación clínica se construye sobre otros consensos disponibles en la literatura internacional (68-73) así como en marcos conceptuales, guías y recomendaciones utilizados y difundidos de modo más local en algunos de los países participantes (77, 79, 81, 84, 87, 143, 145, 174-176) y los amplía o enfatiza en diferentes resultados de aprendizaje. El estudio parte de un **marco de referencia teórica** (conceptual) (89) explícito y con un sentido y estructura particulares, que son la base para la justificación, ubicación y jerarquización de los diferentes resultados de aprendizaje incluidos en el consenso. Este marco fue objeto de discusión preliminar entre los miembros del Comité Científico y finalmente aceptado como elemento estructurador de las competencias. En la figura 8 se muestra una representación de las dimensiones consideradas en este marco conceptual para esta elaboración y agrupación de estos resultados de aprendizaje. Se trata de una propuesta que ofrece una serie de dimensiones relevantes para la comunicación médico-paciente en el contexto de los servicios sanitarios y lo hace estableciendo relaciones entre las mismas basadas en consideraciones teóricas y cuando es posible, en la evidencia científica.

De esta forma, la propuesta considera que una efectiva comunicación clínica no viene determinada exclusivamente por las competencias comunicacionales específicas inherentes a la relación entre el médico y el paciente, sino que para ello es preciso ampliar estas y desarrollar competencias de comunicación con la familia, inter-intraprofesionales y de reflexión personal, dominios todos ellos incluidos en el modelo. En este proyecto se concede una especial relevancia al contexto familiar del paciente y al contexto personal y profesional del médico.

Los médicos utilizan un amplio abanico de aproximaciones comunicacionales (de relación clínica) para comunicar con los miembros de la familia que acompañan a los pacientes en reuniones específicas con aquellos. Estas acciones se consideran como una parte consustancial del proceso de atención al paciente individual (177) dada su influencia en los resultados de la asistencia (178, 179).

Bajo el supuesto de que esta particular relación es intrínsecamente terapéutica, su establecimiento y mantenimiento representa un objetivo en sí mismo para el profesional. Pero para que esta relación consiga sus fines debe producirse una interacción entre ambos sobre los motivos que llevan al paciente a la consulta y las decisiones a tomar en la misma. Esta interacción está mediada por factores personales propios (conocimientos, creencias, valores, temores, expectativas, preferencias, sesgos personales,...) tanto del médico como del paciente (180, 181) y por el clima emocional en el que se desarrolle la relación (182). Ambos aspectos resultan determinantes de los resultados del encuentro (183-185) . De todo ello se deriva la necesidad de que los profesionales estén bien preparados (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y auto-cuidados) para poder considerar estos factores y centrarse lo más efectivamente posible en la necesidad del paciente (diada).

Otra dimensión de interés es la faceta de relación inter-profesional. Se asume que en la práctica clínica actual resulta imposible el ejercicio "aislado" de la medicina, sino que el papel del médico es parte del equipo de salud (186), cuyos logros dependen

también del trabajo y relaciones con otros profesionales ajenos al equipo, en términos de calidad de la atención clínica prestada (187).

Aunque el marco de referencia por sí mismo no define un modelo concreto de relación, la aproximación "centrada en el paciente" (18, 33, 188, 189) en el que la relación es concebida como una colaboración entre profesional y paciente, considera que ciertos factores destacados del marco de referencia influyen y en ocasiones determinan tanto la relación como los resultados de la misma. El modelo conceptual que sostiene teóricamente al marco de referencia de la relación clínica propuesto en esta tesis son los presupuestos que conforman el Modelo Biopsicosocial tal y como fue definido por Engel (4-6). De esta forma el marco utilizado para estructurar y definir los resultados de aprendizaje y los diferentes dominios de relevancia en la relación médico-paciente, están en línea con otras propuestas concretas y ampliamente aceptadas (89).

La discusión previa del Comité Científico sobre este marco conceptual del modelo de comunicación, resultó determinante para facilitar el trabajo posterior de estructuración y delimitación de los contenidos de este consenso, esto es, los diferentes resultados de aprendizaje en comunicación clínica que el Panel Experto habría de someter a consideración. En el sentido las sugerencias del Comité promovieron la introducción, modificación, división, reubicación, fusión y/o la eliminación de algunos de los resultados de aprendizaje inicialmente propuestos por el Grupo Impulsor, que pasaron finalmente así de 157 ítems iniciales a los 143 que conformaron el cuestionario de partida del procedimiento Delphi (tabla 5).

Organizar los resultados de aprendizaje en función de unas áreas consideradas importantes a priori, aunque representa una estructura teórica clara, puede ser criticable desde un punto de vista pragmático en relación a la aplicabilidad y conveniencia para el nivel educativo al que pretende dirigirse. Por esto, como hemos señalado anteriormente, este marco fue inicialmente objeto de discusión y análisis para estos fines por los miembros del Comité Científico. En este sentido este proyecto guarda similitud con el proceso de construcción del Consenso Británico

(71), *"communication curriculum wheel"*, en el que el objeto único de estudio y discusión fueron precisamente las áreas competenciales comunicacionales relevantes. En dicho proyecto, los investigadores propusieron un modelo empírico que pretendía resultar práctico para su aplicación al diseño de curricula, pero sin el propósito de concretar los posibles objetivos de aprendizaje a alcanzar en cada área competencial. Nuestro proyecto que incluye también una definición preliminar de principios comunicacionales, a diferencia del trabajo británico, sí se complementa con el marco teórico que daría racionalidad a la descripción de los 136 resultados de aprendizaje comunicacionales.

A pesar de que no existe una superposición exacta entre ambos modelos y que las diferentes áreas competenciales en cada uno de los consensos reflejan la importancia teórica que cada equipo otorga a diferentes dimensiones, existen evidentes similitudes entre ambos marcos de referencia. De esta forma, los círculos de la rueda del marco británico "comunicación más allá del paciente", en nuestro marco comunicativo corresponderían a las áreas competenciales: "comunicación inter-intraprofesional" y "comunicación con la familia" (la importancia de esta última área en nuestro contexto que la hace merecedora de un epígrafe propio es un matiz diferenciador de este proyecto). Más equivalente resulta los contenidos de los círculos "media" con nuestro "comunicación por diferentes canales", el de "temas específicos" con nuestro "situaciones especiales" y el de "tareas de comunicación clínica" con nuestro "tareas comunicacionales". Sin embargo el círculo "respeto por los otros", eje central que preside las acciones comunicativas del consenso británico, no resulta evidente a primera vista en nuestra propuesta, y debe ser localizado dentro de la tarea relacional que preside el acto comunicativo del encuentro clínico: "establecer y mantener una relación terapéutica (conectar)". En dicha tarea entre otros se especifican objetivos de aprendizaje concretos relacionados con el respeto y de un nivel actitudinal. Son ejemplos concretos el ítem nº20 "relacionarse de manera respetuosa...", el ítem nº21 "considerar al paciente como un colaborador..." y el ítem nº22 "mostrar interés genuino...".

### 5.4.3. Resultados consensuados.

La presente propuesta tiene un alto número de resultados de aprendizaje consensuados (136) y en este sentido es más similar en número a la propuesta alemana (131 objetivos) que a la europea (61 objetivos). El alto número de resultados de aprendizaje, permite clasificar también nuestra propuesta como de alta "granularidad", en la medida en la que se ha sido muy preciso en relación a la formulación de los mismos, abarcando como más arriba se ha comentado los tres dominios educativos. También en nuestras universidades la tendencia es a que la descripción de los objetivos docentes sea detallada y en conjunto a lo largo de todo el curriculum se encuentre un número muy elevado de objetivos (148), por lo que eventualmente su completa inclusión puede ser bien aceptada.

Resulta especialmente interesante desde un punto de vista práctico el considerar tanto el número como la distribución dentro de las áreas competenciales y la naturaleza de aquellos **resultados de aprendizaje que obtuvieron el mayor consenso** (definido por medias >8,3 puntos, valor que representa el percentil 75 de la puntuación de todos los ítems, lo que permite seleccionar por tanto el 25% de ítems con mayor puntuación media). Estos 34 resultados presentan un perfil adecuado como para ser considerados una especie de "núcleo del núcleo curricular".

La mayoría de ellos (24/34; 70,5%) pertenecen a la competencia genérica de las habilidades de comunicación médico-paciente. Si se atiende a su contenido puede verse que incluyen tanto resultados de aprendizaje comunicacionales generales del proceso de relación médico-paciente como habilidades para el desarrollo de una entrevista. Una comparación con consensos previos (Canadiense, Alemán y Europeo) (70, 72, 73) permite constatar que son también los ítems correspondientes a la categoría comunicación con el paciente los que alcanzan un más alto nivel de acuerdo. Cabe destacar un aspecto común en estos ítems consensuados con alto nivel de convergencia en todos estos trabajos, y es que aunque la comunicación con el paciente es la categoría más valorada, resultados centrados en actitudes y valores, es decir en aspectos íntimamente relacionados con el hecho de poner al

paciente en el centro de la relación, se manifiestan como más relevantes. Respeto, empatía, escucha activa, preocupación por el sentir del paciente, capacidad de adaptación a sus recursos y fortalezas...son algunos ejemplos de contenidos que se repiten en los resultados de aprendizaje consensuados con mayor nivel de convergencia en los distintos consensos, mientras que aquellos relativos a aspectos más teóricos de la comunicación, se sitúan en una posición inferior en el ranking (diferenciar modelos de participación, explicar principios de la comunicación...)

Los 10 resultados restantes incluidos en el core que alcanzó mayor consenso incluyen aspectos de comunicación con la familia (3), de comunicación intrapersonal (1), de comunicación interprofesional (3) y de comunicación en situaciones especiales (3). Los 3 aspectos referentes a la comunicación con la familia han sido considerados en el Consenso Canadiense y, en mucha menor medida, en el Alemán y Europeo. El ítem que pertenece a la categoría de comunicación intrapersonal, "Reconocer errores propios (y ajenos), asumirlos como parte constitutiva del trabajo y buscar soluciones a los mismos (asistencia de superiores...)" no se trata en el Canadiense, pero sí es muy valorado también en los otros consensos donde además incluye el hecho de distinguir las fuentes de errores médicos (Europeo). Este detalle se ha considerado en nuestro trabajo un ítem independiente y ha obtenido menor nivel de consenso. En la categoría de comunicación inter-intraprofesional, ese encuentran 3 ítems, 2 de los cuales si se han tratado en consensos Europeo y Alemán, "Contribuir a crear una atmósfera de trabajo positiva (apoyar e integrar a los diferentes miembros del equipo, mencionar el lado positivo de los aspectos desagradables, valorar el éxito del equipo...)" y "Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los miembros del equipo y la maestría (pericia) de los diferentes profesionales de salud", mientras que otro ítem "Mantener la confidencialidad sobre las decisiones tomadas en el equipo" parece un objetivo propio, no considerado anteriormente en ninguno. Tampoco se han trabajado anteriormente los pertenecientes a la categoría de comunicación en situaciones especiales.

La existencia de **resultados de aprendizaje de tipo actitudinal y de valores**, a pesar de la dificultad que entraña su enseñanza y evaluación, resulta de gran interés por diversos motivos. Estos resultados de aprendizaje señalan estrategias concretas para dirigir la enseñanza y el aprendizaje de la comunicación e implican una concepción particular de la misma. Aunque las actitudes y los valores se revelan en las acciones concretas, una valoración adecuada de estos aspectos exige algo más que su medición mediante la observación en escenarios virtuales o reales puntuales (190, 191). Su asimilación e incorporación automatizada suele exigir repetidas exposiciones en situaciones clínicas diversas y requiere también cierto grado de autoreflexión por parte del aprendiz. Estos requerimientos hacen necesario emplear en su aprendizaje otras estrategias docentes menos cognitivo-conductuales, mediante dinámicas reflexivas (grupos de reflexión, o reflexión dirigida, etc) en la línea en la que distintos autores de nuestro entorno vienen abogando (52, 77, 78, 192). La tarea docente de afianzar y modular esos valores y actitudes contribuye a reforzar el componente interaccional de la relación clínica frente al exclusivamente conductual (19).

Es evidente que estos resultados de aprendizaje son difíciles de conseguir en estudiantes de grado por resultar más difíciles de diseñar, implementar y evaluar. Todo ello apunta a la necesidad de desarrollarlos, no de forma puntual como materia o curso aislado, sino mediante programas que contemplen su transmisión a lo largo de todo el currículum. Para ello sólo se requieren profesores comprometidos, adecuadamente formados y sensibilizados hacia estos temas que puedan afrontar su enseñanza en escenarios virtuales (en general costosos y sofisticados) o, más propiamente según varios autores, durante la práctica clínica en escenarios reales (52, 77).

Estos aspectos en relación a los resultados de aprendizaje actitudinales han sido objeto de preocupación por parte de los panelistas, quienes de forma repetida en sus comentarios se han preguntado si se pueden exigir esas competencias a personas que aún son jóvenes, por lo que su exposición a situaciones prácticas y reales (experiencia y madurez) es aún muy escasa, lo que sin duda les supone un serio

inconveniente para alcanzar estos objetivos. La madurez sería una condición *sine qua non* para el desarrollo efectivo de algunos de estos resultados de aprendizaje, por lo que algunos panelistas han sugerido que estos resultados de aprendizaje puedan resultar más adecuados para el post-grado (193).

La misma inquietud es presentada en relación a otros resultados particularmente complejos, como la capacidad de tratar aspectos importantes del paciente en relación con su salud o de facilitar la comunicación entre los miembros de la familia....También se han propuesto como más apropiados para post-grado otros resultados relacionados con afrontar situaciones difíciles, toma de decisiones, manejo de la incertidumbre, autoconocimiento, autorreflexión y autocuidados.

A pesar de esta prevención, todos ellos han sido ítems claramente consensuados como resultados de aprendizaje para el grado. Su inclusión, por tanto creemos que depende principalmente de la exigencia de desarrollar nuevos métodos evaluativos (194-196) y de la capacidad de cada facultad para abordar esta tarea. Cada centro debe avanzar a su propio ritmo e implementar el tipo de curriculum más adecuado al momento de desarrollo en el que cada uno se encuentre. Considerando esta reflexión, nuestro consenso puede resultar una propuesta de máximos en determinados contextos educativos, como también lo fueron las iniciativas que nos anteceden. En este sentido, consideramos especialmente interesante y apropiado para estas situaciones la utilidad que puede representar la existencia del conjunto de resultados de aprendizaje que han sido consensuados con un muy alto grado de acuerdo, y que hemos llamado el *"core del core"*.

Otro aspecto de interés propio de este consenso tiene que ver con el tipo y cantidad de algunos de los resultados de aprendizaje. Por ejemplo los resultados de aprendizaje incluidos en la competencia general **"comunicación con el paciente"** representan el conjunto de resultados más amplio y están organizados en función de una serie de tareas comunicacionales generales cuya importancia ha sido reconocida tanto para la comprensión del propósito de la consulta por parte del estudiante como para la consecución de sus fines en la práctica clínica. De hecho la mayor parte de

los modelos de consulta propuestos por asociaciones profesionales o expertos han supuesto precisamente el acuerdo y delimitación de las tareas y las habilidades comunicacionales propias de la consulta clínica. El documento de consenso de las facultades británicas destaca en el tercer nivel de anillos de su “rueda de la comunicación” estas tareas y propone 13 habilidades observables y específicas relevantes en la ejecución de cada tarea (71). Para ese consenso “esas habilidades constituyen la espina dorsal de un curriculum de comunicación clínica efectivo”. Nuestra propuesta incluye bajo este epígrafe general y sus cinco subareas o tareas (aspectos generales de la entrevista, establecer y mantener la relación, intercambiar y comprender la información y acordar y ayudar al paciente en la toma de decisiones) un total de 65 resultados de aprendizaje, algo más de un tercio del total de los resultados del consenso. Tanto la organización como el número de resultados de aprendizaje incluidos en esta área revelan la importancia que nuestro consenso da al contexto en el que se materializa el acto comunicativo clínico por excelencia. Es en la consulta con el paciente donde el profesional tiene la oportunidad de poner en juego las habilidades fundamentales de comunicación clínica, que junto a las de la anamnesis (contenido comunicacional) y exploración física, constituirían la esencia del método clínico.

Otro aspecto diferenciador de nuestro consenso en comparación con los otros existentes es el número de resultados de aprendizaje en relación con el **área de comunicación con la familia**. Hasta 12 resultados están referidos directamente a esta competencia (que es identificada como una de las seis generales) y dos más se encuentran repartidos en otras tantas, revelándose así la importancia de la misma en nuestro contexto sociosanitario y marcando algunas diferencias con los otros consensos, especialmente el Canadiense, Alemán y el Europeo (70, 72, 73). En el primero, uno de sus 27 elementos es el de “Relaciones terapéuticas con pacientes, familias y cuidadores” lo que se concreta que los objetivos particulares 1.2 “Establecer relaciones terapéuticas positivas con los pacientes y sus familias que se caracterizan por la comprensión, la confianza, el respeto, la honestidad y empatía”, 2.2 “Obtener y sintetizar información relevante de otras fuentes, tales como la familia del paciente, cuidadores y otros profesionales”, 3.1 “Entregar

información a un paciente y su familia, colegas y otros profesionales de una manera humana y de una manera tal que es comprensible, alienta el debate y la participación en la toma de decisiones” y 4.4 “Implicar a pacientes y familia...en la toma de decisiones para desarrollar un plan” . En el Consenso Alemán no existen objetivos donde se haga mención explícita a la familia, aunque podría entenderse como una referencia amplia a tal necesidad comunicacional el objetivo B 4.2.2 “Ofrecer al paciente la opción de incluir a otras personas en el proceso de toma de decisiones” como relacionado con esta área. El Consenso Europeo considera también de forma más o menos implícita este aspecto en los objetivos 18 “Proporciona información de manera centrada en el paciente y lo comparte con su consentimiento (por ejemplo, colegas, familia y otros), 23 “Busca y sintetiza información relevante de otras fuentes (p.e. la familia del paciente,...)”, 30 “Ofrece al paciente la opción de incluir a otras personas en el proceso de toma de decisiones...” y 31 “Discute las decisiones con colegas, pacientes y sus familiares,...”.

A diferencia de estos antecedentes, la tarea de comunicar con la familia del paciente ha sido aceptada como un apartado relevante y representativo de nuestro consenso. Se entiende con ello que para ser eficaz, el médico ha de fomentar tanto una alianza de trabajo positiva con el paciente como con los restantes miembros de la familia (197). El papel de la familia en las sociedades mediterráneas y latinoamericanas es de una importancia primordial, en especial en el ámbito de la salud, por lo que resulta lógico esperar que nuestros estudiantes alcancen algunos objetivos de este área competencial y ésto sea un aspecto diferencial con otro tipo de sociedades más centradas en el individuo.

En los países latinoamericanos pervive mayoritariamente una estructura social patriarcal y el “familismo”, definido como la unión y devoción por la familia, incluyendo valores de fidelidad, respeto, solidaridad y reciprocidad entre sus miembros (198). Frente a la enorme importancia de la familia en la cultura latina se contraponen el “individualismo” característico de EEUU, descrito como el conjunto de valores centrados en los derechos frente a las responsabilidades, la preocupación por uno mismo y la familia inmediata y el entendimiento generalizado del éxito como el

logro personal (199). Entre estas 2 situaciones se encontraría la familia española, una “familia igualitaria” (200) , evolucionada del modelo de familia tradicional, más tolerante y democrática, pero con menores diferencias socioculturales con el modelo de familia latinoamericano que con la norteamericana. Un reciente estudio realizado por la Fundación Encuentro (201) identifica a la familia como el grupo o institución en el que la mayoría de la población española depositaria su confianza en una situación conflictiva.

Otro estudio comparativo sobre el estrés adaptativo, desajustes sociales y conflictos intergeneracionales provocados por el proceso de inmigración de poblaciones latinas en EEUU y España, demostró una más rápida y fácil adaptación a la sociedad española a partir de la tercera generación, por factores aún no bien conocidos (202).

Este prominente papel de la familia en los Países Iberoamericanos lo es especialmente en el ámbito de los cuidados de salud (203), quizá influido por el desarrollo de sistemas de protección social y atención sanitaria en estos países bastante similares al modelo norteamericano (204). En estos contextos, por motivos económicos muchas patologías crónicas y/o incurables representan una carga creciente en la institución familiar, dependiendo su cuidado casi únicamente de los conocimientos y habilidades existentes en los familiares de estos pacientes.

### **5.5. Sobre posibles limitaciones del estudio.**

Respecto a las limitaciones del estudio, aunque algunas de ellas se han ido describiendo a lo largo de todo el epígrafe discusión, destacamos agrupadamente aquí otras:

El estudio refleja la opinión de los **46 panelistas** que participaron en el mismo. Obviamente, otro tipo de participantes podía haber llegado a conclusiones diferentes. Sin embargo esta crítica es propia de cualquier estudio que emplee las metodologías de consenso. Algunos autores ponen en tela de juicio incluso el carácter científico del método Delphi. En realidad los procedimientos de consenso son técnicas de debate profesional y acuerdo en ámbitos de incertidumbre o sobre temas respecto a

los que no cabe una respuesta científica incontrovertida. En la sección de métodos se discutió ampliamente la oportunidad y ventajas de la variante técnica empleada (REMODE) y las precauciones adoptadas para lograr constituir un panel de expertos representativo y reconocido por el colectivo docente al que se destinan las conclusiones de este proyecto. Como complemento a lo allí tratado podemos decir que se ha evitado expresamente la incorporación de nuevos panelistas en fases avanzadas del proceso como han hecho otros autores (72, 73), decisión metodológicamente discutible, aunque aumente el tamaño y, quizá, la representatividad de las opiniones expertas recabadas. En nuestro estudio, se ha intentado preservar la ortodoxia de un pilar básico de las técnicas de consenso, garantizando el proceso de reflexión que un grupo de composición estable puede desarrollar revisitando las opiniones personales y grupales expresadas en la rondas previas, y la oportunidad de reconsideración de posicionamientos. Además, el amplio número de panelistas con diferentes disciplinas médicas y no médicas procedentes de diferentes universidades y de diferentes países, algunos de ellos con posiciones influyentes en organizaciones sanitarias y docentes médicas, son aspectos que favorecen la validez de nuestra propuesta.

Aunque en nuestro panel se incluyó un **representante de asociaciones de pacientes** quizá una mayor representación de estos hubiera contribuido a considerar aspectos novedosos en los resultados de aprendizaje desde una perspectiva diferente a la puramente profesional. En la misma medida, tal vez la propia representación de **estudiantes** de cursos avanzados con capacidad para entender los contenidos explicitados en el proyecto, podría haber aportado sugerencias interesantes al estudio, en particular sobre la viabilidad y aceptabilidad de sus conclusiones.

La **aplicabilidad práctica** de este consenso no puede predecirse en el momento actual. Una valoración positiva futura de este aspecto refrendaría la validez externa de sus conclusiones. Con esta finalidad, y con diferentes grados de complejidad, podrían impulsarse distintas iniciativas que dejamos a la consideración de otros autores:

- a) Un análisis sencillo trascurrido un tiempo prudencial desde la difusión generalizada de este consenso en publicación internacional, sería estudiar la información suministrada por una muestra representativa de responsables en docencia médica sobre el grado de aplicabilidad alcanzado por estas recomendaciones expertas. Un estudio observacional basado en un número suficiente y bien distribuido de encuestas podría describir fiablemente dichas opiniones.
- b) Confirmar la mejora objetiva en competencias comunicacionales en nuestros alumnos de grado a resultas de la inclusión de este curriculum en sus facultades es otro resultado que contribuiría a validar esta propuesta, ya que son ellos el colectivo al que se destinan las conclusiones de los estudios, sus “usuarios finales”.
- c) Finalmente y aunque más dificultoso y a largo plazo, sería de enorme interés comprobar el nivel de competencia comunicacional alcanzado en el desempeño clínico futuro de los alumnos formados en currícula adaptados a las recomendaciones de este consenso, cuando ellos sean responsables de la atención clínica a pacientes como médicos en ejercicio en el escenario real de la consulta médica, ocupando el lugar del médico porque ya sea ésta su dedicación.

Por otra parte, **la existencia de consensos previos** aunque ha facilitado la exhaustividad del listado de resultados de aprendizaje discutido (esto no sólo es inevitable sino deseable ya que se construye sobre el conocimiento previo), puede hacer que la elección de los resultados de aprendizaje se encuentre condicionada por los presentados en aquellos. En este sentido, desde el inicio del proceso, la propuesta de resultados de aprendizaje basada en la literatura existente y jerarquizada en áreas competenciales incluidas en el marco conceptual, estuvo sometida a cualquier tipo de cambio argumentado por parte de los panelistas del Comité Científico primero y del resto del panel después. Así se recibieron comentarios a casi todos los ítems propuestos, algunos de ellos novedosos respecto a la literatura existente. El proceso conllevó un número importante de propuestas de inclusión, supresión, fusión o remodelación de ítems además de una interesante y rica discusión sobre matices menores como reflejan los 734 comentarios libres

realizados por los panelistas. Estas aportaciones, además de lo comentado, contribuyeron a la comprensión y contextualización de los resultados de aprendizaje finalmente aceptados. Todo ello nos permite afirmar que si bien la propuesta ha utilizado las fuentes previas existentes como detonante inicial del proceso de definición de los contenidos del proyecto, el resultado final del trabajo tiene un carácter absolutamente novedoso y único. El hecho de que en gran medida participe de importantes aspectos comunes con las propuestas previas internacionalmente difundidas, revela que se encuentra en una línea más o menos coincidente y en esta medida contribuye a la validez de las mismas.

Respecto a la **metodología utilizada**, es difícil imaginar un diseño alternativo para este tipo de estudio que busca proponer recomendaciones ampliamente aceptables y asumibles sobre resultados de aprendizaje educativos. La técnica Delphi ha sido utilizada dentro del ámbito educativo sobre todo para el desarrollo curricular (205) y para el desarrollo de declaraciones de consenso clínicas (107). La aplicación rigurosa de esta metodología y la adherencia a sus principios nos ha permitido evitar algunas de las restricciones y limitaciones evidentes en otros proyectos desarrollados con mayor libertad metodológica, como por ejemplo la dominancia del proceso por unos pocos líderes de opinión o las dificultades para alcanzar un consenso significativo.

También la **elección de la literatura** que ha podido servir de fuente bibliográfica a los panelistas está sujeta a sesgos que conviene al menos mencionar. El proceso de identificación y selección de las fuentes documentales inspiradoras del consenso comenzó por el envío desde el Grupo Impulsor al Comité Científico de un documento base a modo de propuesta de marco conceptual y la bibliografía empleada en la redacción del listado preliminar de ítems. Este trabajo se completó por el Comité Científico en pleno mediante la búsqueda activa de otros artículos con contenidos sobre enseñanza de habilidades comunicacionales relevantes en sus respectivos países. El acceso de los expertos participantes a literatura no convencional y literatura gris, puede haber representado una limitación en la identificación de todos los aspectos significativos y realmente prácticos (aplicables) en el ámbito docente en comunicación especialmente en los Países Iberoamericanos. A pesar de haber

tratado de ser exhaustivos en la búsqueda de esta bibliografía y de las experiencias sobre el tema en nuestras universidades, es seguro que no hemos tenido acceso a experiencias seguramente relevantes.

Otro aspecto a considerar que puede suponer alguna limitación práctica para responsables docentes universitarios es el **elevado número de resultados de aprendizaje** que conforman esta propuesta curricular, sólo 5 más que el Alemán pero 75 más que el Europeo y 119 más que el Canadiense. En este estudio se ha optado por hacer una descripción pormenorizada de los resultados de aprendizajes incluidos en los dominios resultantes de la aplicación del marco conceptual, lo que en gran medida, se adapta al estilo en el que muchas de nuestras facultades describen sus propios objetivos de aprendizaje. A pesar de ello, el presente consenso puede considerarse como un documento ideal o “de máximos” para muchas escuelas de medicina y, como se ha sugerido por algunos panelistas, algunos de estos resultados de aprendizaje podrían ser más aplicables en un entorno de postgrado. Reconocemos que sería muy difícil encontrar actualmente clínicos en ejercicio (y no ya médicos recién graduados) que posean todas las competencias de este listado. En este sentido la propuesta del conjunto de resultados de aprendizaje con un elevado nivel de acuerdo, “core del core”, puede ser para muchos de mayor utilidad práctica.

Finalmente otro aspecto a destacar es que a pesar de que la naturaleza de cada uno de estos resultados de aprendizaje puede estar sugiriendo el método apropiado para su enseñanza y evaluación, este listado de resultados de aprendizaje no pretende proporcionar directrices sobre cuándo y cómo estos deben enseñarse y evaluarse. Un objetivo adicional o una nueva tarea que continuase nuestra línea de investigación podría ser el **complementar estos resultados de aprendizaje con propuestas concretas para su enseñanza y evaluación**, así como con sugerencias para la elaboración de programas de entrenamiento para profesores y clínicos docentes.





# CONCLUSIONES



## 6. CONCLUSIONES.

1. El proceso de selección y redacción de los resultados de aprendizaje pretendidos se antecedió de la definición de un modelo conceptual sobre la comunicación clínica, que todos los expertos participantes aceptaron como un marco teórico comprensivo y exhaustivo en el que encuadrar el proyecto. Este modelo toma en consideración al paciente desde la perspectiva del modelo biopsicosocial de salud y a la asistencia clínica como una relación entre dos personas (médico y paciente), en la que influyen las diversas dimensiones que configuran ambas perspectivas.
2. Tomando como punto de partida este marco conceptual, se definen 6 áreas competenciales propias de la comunicación clínica que permiten categorizar y ordenar cada uno de los distintos resultados específicos de aprendizaje propuestos:
  - Comunicación con el paciente.
  - Comunicación con la familia del paciente.
  - Comunicación intrapersonal (autopercepción).
  - Comunicación inter e intra-profesional.
  - Comunicación por diferentes vías.
  - Comunicación en situaciones especiales.
3. La metodología elegida para la definición de los contenidos del proyecto, la identificación y selección de los expertos de referencia en sus respectivos países, y el procedimiento de participación, debate y consenso de los panelistas, resultaron idóneos para las circunstancias del estudio (grupo internacional, necesidad de garantizar una interacción efectiva entre los expertos sin disponer de presencia física, limitación de medios instrumentales y del periodo temporal disponible para la resolución del proyecto). El método específico de desarrollo del consenso (REMODE, *Remote Modified Delphi*), una variante técnica de reciente introducción en la investigación grupal, ha alcanzado todos sus objetivos

en tiempo y forma. No se registró ningún abandono de panelistas durante el desarrollo del proceso. Todos ellos refrendaron las conclusiones finales del proyecto como propias, sin que ningún acuerdo grupal haya sido objeto de impugnación o veto particular.

4. La propuesta final resultante del proceso de consenso sugiere un listado de 136 resultados de aprendizaje en comunicación clínica adaptados a los estudios de Grado en Medicina en Países Iberoamericanos, desarrollados y consensuados con la participación activa de un grupo experto internacional de amplio reconocimiento en sus ámbitos de referencia. Estos resultados pueden considerarse formal y legítimamente respaldados, sin controversia sustancial, por el panel de expertos participantes.
5. Respecto a otras iniciativas previas disponibles de objetivo similar, desarrolladas y dirigidas a distintos ámbitos geográficos y socioculturales (Consenso Canadiense, Británico, Alemán y Europeo), nuestro consenso propone un foco particular sobre algunos aspectos diferenciales propios de la idiosincrasia iberoamericana, como las competencias comunicacionales necesarias para la integración efectiva de la familia del paciente en su proceso asistencial. Metodológicamente, nuestro proyecto garantiza el rigor en la aplicación de ciertas exigencias técnicas críticas, sin las que la validez de conclusiones de los métodos de consenso resulta cuestionable (entre otras, un procedimiento explícito para el análisis de la concordancia de opinión y el mantenimiento estable de la composición del panel de expertos a lo largo de todo el proceso).
6. El proyecto concluye con la selección y propuesta de un subgrupo de 34 resultados de aprendizaje que goza de un grado particularmente alto de refrendo internacional, lo que permite considerarlos como un núcleo básico y prioritario (un *core-curriculum*) de objetivos centrales a perseguir al desarrollar los currícula formativos en materia de comunicación clínica para los estudios de Medicina en las universidades iberoamericanas.



# LISTA DE TABLAS



## LISTA DE TABLAS

---

<b>Tabla 1:</b> Comparación Modelo biomédico y Modelo biopsicosocial.	30
<b>Tabla 2:</b> Significado de ejercer una MCP.	33
<b>Tabla 3:</b> Efecto de las conductas relacionales sobre resultados de salud.	38
<b>Tabla 4:</b> Comparativa de los principales métodos de consenso. Ventajas e inconvenientes.	54
<b>Tabla 5:</b> Modificación del número de ítems desde la propuesta inicial hasta finalizar el Delhi para cada una de las categorías.	82
<b>Tabla 6:</b> Núcleo central de competencias comunicacionales (resultados de aprendizaje que alcanzaron mayor grado de acuerdo).	84
<b>Tabla 7:</b> Ítems no consensuados o consensuados con más de 27% de expertos en contra.	87





# LISTA DE FIGURAS



## LISTA DE FIGURAS

---

<b>Figura 1:</b> Marco conceptual de CanMEDS.	44
<b>Figura 2:</b> Rueda curricular de la comunicación.	46
<b>Figura 3:</b> Dirección ideal del pensamiento según la Taxonomía de Bloom (Plano cognitivo).	51
<b>Figura 4:</b> Triangulación entre resultados de aprendizaje, actividades formativas y métodos de evaluación.	52
<b>Figura 5:</b> Etapas de implementación de la técnica Delphi original.	56
<b>Figura 6:</b> Etapas de implementación del método Delphi modificado.	58
<b>Figura 7:</b> Etapas de implementación del método Delphi modificado remoto (REMODE).	68
<b>Figura 8:</b> Esquema de los componentes que se han considerado para la elaboración y agrupación del listado de competencias comunicacionales del Grado de Medicina.	70
<b>Figura 9:</b> Modificación del número de ítems desde la propuesta inicial hasta finalizar el Delphi.	74
<b>Figura 10:</b> Escala valorativa ordinal tipo Likert de nueve puntos (según el formato desarrollado en UCLA-Rand Corporation para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria).	75
<b>Figura 11:</b> Web cuestionario electrónico (ejemplo de la escala valorativa ordinal tipo Likert con apartado para aportaciones libres).	76
<b>Figura 12:</b> Grado de discordancia con la opinión mayoritaria (% de expertos).	83
<b>Figura 13:</b> Representación comparativa de puntuaciones medias (e IC 95%) entre los resultados de aprendizajes nucleares del consenso.	86
<b>Figura 14:</b> Representación comparativa de puntuaciones medias (e IC 95%) entre los resultados de aprendizaje no consensuados y aquellos consensuados con más de 27% de expertos en contra.	87
<b>Figura 15:</b> Modificación del número de ítems y número de aportaciones realizadas desde la propuesta inicial hasta finalizar el Delphi.	88

**Figura 16:** Metodologías básicas de aprendizaje de las habilidades de Comunicación.

115

**Figura 17:** Ciclo del aprendizaje experiencial de Kolb.

120



**ANEXOS**



## ANEXOS

---

**ANEXO 1:** Core Curriculum de competencias comunicacionales para estudiantes de Grado en Medicina.

**ANEXO 2:** Core Currículo de habilidades de comunicação para estudiantes de Graduação em Medicina.

**ANEXO 3:** Miembros constituyentes del Panel de Expertos participante en el proyecto.

**ANEXO 4:** Centros de trabajo de los panelistas participantes.

**ANEXO 5:** Directrices nacionales para el desarrollo de las habilidades comunicacionales en el Grado en Medicina.

**ANEXO 6:** Premios y ayudas a la investigación.

**ANEXO 7:** Cursos y Congresos en los que se ha presentado el proyecto y sus conclusiones.

**ANEXO 8:** Publicaciones relacionadas con este proyecto.



## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

A) COMUNICACION CON EL PACIENTE (DIADA) A.1. Aspectos generales de la Entrevista Clínica con pacientes (El estudiante reconoce el valor de la entrevista médica para la finalidad del acto clínico conociendo, integrando y estructurando sus diferentes componentes) El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
1. Explicar los principios y características de la comunicación humana.	7,4	7,5	2,0	13,6
2. Explicar los modelos de relación entre profesional y paciente (centrados en el profesional, en el paciente, en tareas, en el proceso, mixtos...).	8,0	8,0	2,0	2,3
3. Describir los diferentes elementos de contenido de una <u>historia clínica</u> (anamnesis: dolencia ( <i>illness</i> ) y enfermedad ( <i>disease</i> ), exploración física y complementaria, aproximación diagnóstica, plan terapéutico, evolución).	8,1	9,0	1,0	6,8
4. Describir los diferentes elementos de proceso útiles para la elaboración de una <u>historia clínica</u> (habilidades comunicacionales o de relación).	7,7	8,0	2,0	13,6
5. Delimitar la estructura de una <u>entrevista clínica</u> desde su inicio hasta su final (introducción, iniciar la entrevista, compartir información: obtenerla y ofrecerla, planificar, fijar seguimiento, cerrar la entrevista).	8,1	9,0	1,0	9,1
6. Identificar los aspectos de la comunicación médico-paciente que en estudios científicos se han mostrado eficientes (por relacionarse positivamente con resultados de la asistencia).	8,0	8,0	2,0	9,1
7. Reconocer los mecanismos a través de los cuales la comunicación clínica conlleva una mejora de resultados de la asistencia generalmente a través de resultados intermedios.	7,5	8,0	1,0	13,6
8. Realizar una entrevista médica integrando sus contenidos (anamnesis, exploración, diagnóstico, plan terapéutico y evolución) con el proceso (habilidades comunicacionales o de relación).	8,7	9,0	0,0	2,3
9. Mostrar que acepta la importancia del contexto relacional en el que se desarrolla la entrevista clínica empleando conductas adecuadas para su consideración.	8,1	9,0	1,5	9,1
10. Mostrar disposición para involucrar al paciente en la interacción, estableciendo una relación terapéutica usando una aproximación centrada en el paciente.	8,6	9,0	1,0	2,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

A.2. Tareas y Habilidades para comunicar con los pacientes				
A.2.1. Establecer y mantener una relación terapéutica (Conectar) (El estudiante establece y mantiene una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente) El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
11. Conocer los aspectos más relevantes de la comunicación no verbal (contacto visual-facial, gestos, expresiones faciales, proxémica, paralenguaje...) y su influencia en el establecimiento de una relación efectiva.	8,4	9,0	1,0	6,8
12. Comprobar que el paciente se siente atendido y escuchado, mediante técnicas tales como escucha activa, preguntas, comprobaciones, etc.	8,8	9,0	0,0	0,0
13. Percibir el lenguaje no verbal del paciente y responder de forma adecuada al contexto.	8,6	9,0	1,0	2,3
14. Utilizar los registros de historia clínica (manual/informatizados) en la comunicación con el paciente de forma que no la interfieran.	8,1	9,0	1,0	6,8
15. Aplicar habilidades sociales comunicacionales para recibir a los pacientes que fomenten el mantenimiento de una relación efectiva (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo...).	8,7	9,0	0,0	2,3
16. Aplicar habilidades sociales comunicacionales para despedir a los pacientes que fomenten el mantenimiento de una relación efectiva (despedir, acompañar...).	8,7	9,0	0,0	2,3
17. Mostrar empatía en los momentos oportunos (aparición de emociones, situaciones difíciles...).	8,6	9,0	0,5	2,3
18. Reconocer situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...).	8,6	9,0	1,0	4,6
19. Usar técnicas para afrontar con sensibilidad y de forma constructiva situaciones difíciles y desafíos comunicacionales.	8,4	9,0	1,0	4,6
20. Relacionarse con el paciente de manera respetuosa teniendo en cuenta sus derechos (confidencialidad, privacidad, autonomía, respeto a valores y creencias).	8,8	9,0	0,0	2,3
21. Considerar al paciente como un colaborador para construir la relación y tratarlo como tal.	7,8	9,0	1,5	13,6
22. Mostrar interés genuino en la relación con el paciente y su situación.	8,1	9,0	1,5	9,1
23. Utilizar de manera adecuada el sentido del humor en la relación con el paciente (en situaciones que requieran distensión del ambiente, para el acercamiento...).	7,2	8,0	3,0	27,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

A.2.2. Intercambiar Información y Comprenderla				
A.2.2.1. Obtener la información (El estudiante recoge la información relevante para el razonamiento y la toma de decisiones clínicas) El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
24. Diferenciar dolencia (illness) y enfermedad (disease), reconociendo la importancia de explorar ambas perspectivas.	8,4	9,0	1,0	2,3
25. Reconocer las ventajas e inconvenientes de las diferentes habilidades comunicacionales para obtener información (preguntas abiertas/cerradas, facilitación...).	8,2	9,0	1,5	6,8
26. Delimitar de manera precisa el/los motivo/s de consulta del paciente (pregunta abierta, sin interrumpir, explorando diferentes motivos...).	8,4	9,0	1,0	4,6
27. Explorar y obtener el contenido de la historia bio-psico-social del paciente (somático, mental, psicológico, familiar, laboral) cuando la situación lo requiera.	8,3	9,0	1,0	6,8
28. Añadir a la historia clínica cualquier otro elemento de interés desde una perspectiva de la Medicina Centrada en la Persona (necesidades espirituales, dificultades económicas, interferencias con el ocio...) que habitualmente no se registran en los formatos de historia.	8,2	8,5	1,0	6,8
29. Utilizar diferentes tipos de preguntas (abiertas, cerradas y dirigidas...) adecuadas a cada situación.	8,1	9,0	1,0	9,1
30. Utilizar técnicas verbales y no verbales de escucha activa (reflexión, captar pistas del paciente, parafrasear, facilitar, resumir...).	8,6	9,0	1,0	0,0
31. Resumir al paciente la información obtenida como forma de comprobación.	8,1	9,0	2,0	13,6
32. Valorar como afecta al paciente su dolencia en la vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral.	8,5	9,0	1,0	4,6
33. Considerar otros factores que puedan influir en las necesidades del paciente cuando consulta (ideas, temores, sentimientos, preferencias, experiencias previas...).	8,5	9,0	1,0	2,3
34. Establecer un acompañamiento adecuado de la exploración física (pidiendo permiso, explicando lo que se va a hacer y por qué, compartiendo los hallazgos con el paciente...).	8,5	9,0	1,0	2,3
35. Reconocer las divergencias entre los valores y normas del médico y los del paciente, respetándolos sin juzgarlos.	8,4	9,0	1,0	2,3
36. Mostrar apertura y disposición para tratar de manera apropiada cualquier aspecto importante para el paciente en relación con su salud empleando conductas adecuadas para su consideración.	7,9	8,0	2,0	6,8

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

A.2.2.2. Ofrecer la información (El estudiante ofrece de forma clara y personalizada la información que el paciente necesita para tomar decisiones) El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
37. Valorar críticamente los resultados de la investigación científica sobre la transmisión de información a los pacientes y sus implicaciones en la práctica clínica.	7,9	8,0	2,0	11,4
38. Describir los principios básicos para informar sobre riesgos de forma adecuada (evitar las manipulaciones de cualquier tipo y/o parcialidad en la presentación de cifras y probabilidades...).	8,3	9,0	1,0	6,8
39. Comunicar el riesgo al paciente haciendo un uso personalizado de los indicadores (medidas de riesgo).	7,7	8,0	2,0	18,2
40. Suplementar esta información verbal con diagramas, modelos, información escrita e instrucciones cuando sea necesario.	8,1	8,5	1,0	11,4
41. Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber, para entregar la información que realmente requiere.	8,5	9,0	1,0	2,3
42. Ofrecer la información al paciente de forma oportuna (circunstancia adecuada).	8,3	9,0	1,0	6,8
43. Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando jerga médica.	8,7	9,0	0,0	0,0
44. Proporcionar información centrada en el paciente, incorporando su perspectiva y haciéndola significativa para él.	8,4	9,0	1,0	4,6
45. Discutir de manera centrada en el paciente, beneficios, riesgos y resultados esperados.	8,1	9,0	1,0	9,1
46. Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas.	8,6	9,0	0,0	2,3
47. Explicar al paciente la información precisa para minimizar la incertidumbre en el proceso de toma de decisiones.	8,1	9,0	1,0	6,8
48. Compartir, con el consentimiento del paciente, la información con terceros (colegas, familia y otros...).	8,0	9,0	2,0	15,9

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

A.2.3. Acordar y Ayudar al paciente a llevar a cabo lo acordado en la toma de decisiones (El estudiante toma decisiones considerando la participación y responsabilidad del paciente, tomando en consideración sus preferencias) El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
49. Diferenciar los distintos modelos de participación del paciente en la toma de decisiones (paternalista, consumista, colaborador...).	7,3	8,0	2,5	25,0
50. Determinar cuál debe ser su rol como médico más oportuno en el proceso de toma de decisiones ante cada paciente.	7,8	8,0	2,0	13,6
51. Aceptar el papel de la incertidumbre como elemento sustancial del razonamiento clínico y de la toma de decisiones.	7,9	9,0	2,0	13,6
52. Reconocer los elementos que contribuyen a la presencia de incertidumbre (falta de conocimiento del profesional, ausencia de evidencia...) en el ámbito de la toma de decisiones clínicas.	7,6	8,5	2,0	20,5
53. Comunicar a los pacientes que existe incertidumbre de manera adaptada al grado de tolerancia de éste.	7,8	8,0	2,0	22,7
54. Explorar las necesidades, recursos (información, autonomía, confianza, responsabilidad, rasgos psicológicos...) y disposición del paciente para facilitar su implicación en la toma de decisiones.	8,3	9,0	1,0	4,6
55. Alcanzar acuerdos con el paciente utilizando habilidades de negociación.	8,0	9,0	1,5	6,8
56. Comprender el papel en la práctica clínica de las ayudas para la toma de decisiones (decision aids).	6,9	7,5	2,0	29,6
57. Capacitar al paciente en el uso de ayudas para la toma de decisiones para utilizarlas en la discusión.	6,9	8,0	3,0	29,6
58. Clarificar con el paciente cómo y cuándo debe tomarse la decisión.	7,7	8,0	2,0	15,9
59. Discutir con el paciente el espectro de las posibles consecuencias de una decisión (explicarle las consecuencias de escoger/no escoger la opción discutida).	8,0	8,0	1,0	6,8
60. Ofrecer al paciente la opción de abrir y enriquecer la discusión de toma de decisiones incluyendo a terceros (colegas, familiares).	7,9	8,0	2,0	11,4
61. Usar el consentimiento informado de forma que el paciente comprenda las características y consecuencias del procedimiento.	8,3	9,0	1,0	6,8
62. Adaptar el plan / intervención a los recursos y fortalezas del paciente.	8,5	9,0	1,0	0,0
63. Cerrar el proceso al final de la consulta utilizando las estrategias comunicacionales adecuadas (resumiendo, resaltando aspectos claves, anticipando posibles evoluciones y orientando al respecto...).	8,7	9,0	0,5	0,0
64. Asumir la implicación del paciente y su responsabilidad en el proceso de toma de decisiones y emplear conductas adecuadas para ello.	7,8	8,0	2,0	20,5

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

<b>B) COMUNICACION CON LA FAMILIA DEL PACIENTE</b> <b>B.1. Contexto familiar del paciente</b> (El estudiante reconoce y evalúa el papel de la familia en la atención clínica a pacientes y establece una comunicación efectiva con ella en beneficio de éste) <b>El estudiante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
66. Conocer el papel de la familia como un sistema en la atención y cuidados de los pacientes.	8,2	9,0	1,5	9,1
67. Describir los modelos básicos que explican el comportamiento de las familias y del paciente como uno de sus miembros (el ciclo vital individual y familiar).	7,6	8,0	2,0	20,5
68. Conocer y emplear los métodos y herramientas para la identificación de la estructura y funcionamiento familiar (genogramas o familograma, función familiar, acontecimientos estresantes, red social...).	7,2	7,0	3,0	27,3
69. Considerar los patrones de respuesta de la familia ante la enfermedad y los acontecimientos vitales estresantes cuando se atiende a un paciente.	7,6	8,0	2,0	15,9
70. Identificar al miembro(s) de la familia que cumple el rol de cuidador principal, para incorporarlo al proceso y valorarlo en este rol.	7,9	9,0	1,0	11,4
71. Solicitar y sintetizar la información relevante de otros miembros de la familia y cuidadores del paciente, si es necesario y se encuentran disponibles.	8,0	8,0	1,5	9,1
72. Establecer una comunicación efectiva con el paciente y su familia para la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de actuación en beneficio del paciente.	8,4	9,0	1,0	2,3
73. Ayudar a la familia a tomar decisiones cuando el paciente es menor de edad o se encuentra incapacitado (demencias, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...).	8,5	9,0	1,0	2,3
74. Reconocer retos comunicacionales específicos con familiares (la confidencialidad, el secretismo, el acompañante enfermo...).	8,4	9,0	1,0	0,0
75. Mostrar disposición para incorporar a la familia y trabajar con ella en beneficio del paciente.	8,3	9,0	1,5	4,6
76. Mostrar disposición a facilitar la comunicación entre los miembros de la familia del paciente empleando conductas adecuadas para ello.	7,6	8,5	2,0	13,6
77. Mostrar sensibilidad con los miedos y preocupaciones de los familiares empleando conductas adecuadas para ello.	8,3	9,0	1,0	2,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

C) COMUNICACIÓN INTRAPERSONAL (AUTOPERCEPCIÓN) C.1. El médico como persona (auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica y auto-cuidados) (El estudiante habitualmente reflexiona sobre su comportamiento y la forma en la que comunica, desarrollando y mejorando su auto-conocimiento, auto-reflexión, auto-crítica, auto-cuidados) El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
78. Describir los factores que influyen en la relación entre el profesional y el paciente (estereotipos, prejuicios socioculturales, experiencias, intereses...).	7,9	8,5	2,0	15,9
79. Reflexionar críticamente su propio estilo comunicativo y conductual considerando posibles alternativas.	8,3	9,0	1,0	4,6
80. Reconocer las barreras que dificultan el autoconocimiento, y utilizar técnicas y estrategias para su promoción tales como práctica reflexiva, perspectiva personal ...	8,3	9,0	1,0	6,8
81. Identificar las señales de sobrecarga de trabajo y estrés (insomnio, ansiedad, alteraciones del sueño...).	8,3	9,0	1,0	4,6
82. Distinguir las principales fuentes de errores médicos (deficiente información o evaluación de las necesidades del paciente, inadecuada comunicación...).	8,1	9,0	1,5	4,6
83. Reconocer los errores técnicos, sesgos cognitivos y reacciones emocionales que dificultan el desarrollo de relaciones terapéuticas.	8,2	9,0	1,0	4,6
84. Utilizar estrategias para reducir el estrés y la sobrecarga (de relajación, grupos de reflexión, grupos Balint, supervisión y apoyo...).	7,8	9,0	2,0	18,2
85. Controlar las propias reacciones emocionales y trabajar de forma eficiente, aún en situaciones difíciles (alto grado de sufrimiento del paciente, paciente demandante...).	8,0	9,0	1,0	11,4
86. Desarrollar los hábitos mentales necesarios para el reconocimiento de sesgos propios, mediante el uso de técnicas específicas (preguntas reflexivas, observación con perspectiva, presencia plena ( <i>mindfulness</i> ), suspensión del juicio, actitud no prejuiciosa...).	8,0	8,0	2,0	6,8
87. Reconocer errores propios (y ajenos), asumirlos como parte constitutiva del trabajo y buscar soluciones a los mismos (asistencia de superiores...).	8,5	9,0	1,0	0,0
88. Reconocer sus propias emociones (inseguridad, simpatía/antipatía, atracción...) en relación a los otros (pacientes, colegas).	8,1	9,0	1,0	6,8
89. Valorar las fortalezas y debilidades personales determinantes de su autopercepción en los contextos docentes adecuados (tutorías, mentorías, grupos de reflexión...).	8,2	8,5	1,0	6,8
90. Aceptar y abordar la incertidumbre propia de manera adecuada al estadio educativo	7,7	8,0	2,0	13,6

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

D) COMUNICACIÓN INTER-INTRA PROFESIONAL				
D.1. El contexto profesional del médico: Comunicación inter e intra profesional (El estudiante se comunica eficientemente con los profesionales que forman parte de su equipo o fuera de este) El estudiante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
91. Identificar los principios básicos de la dinámica de grupo así como de sus factores favorecedores e inhibidores.	7,7	8,0	2,0	15,9
92. Identificar los diferentes miembros de los distintos equipos de salud interprofesionales y sus respectivas responsabilidades.	8,0	9,0	1,0	9,1
93. Clarificar su propio rol y responsabilidades como estudiante en los equipos profesionales con los que interactúe.	8,1	9,0	1,0	11,4
94. Identificar cuando derivar a profesionales/ instituciones/agencias que pueden ayudar a solventar los problemas en función de cada situación.	8,2	9,0	1,5	6,8
95. Describir los principios y estrategias para negociar y resolver conflictos con otros profesionales y usarlos adecuadamente.	7,5	8,0	2,0	22,7
96. Discutir decisiones de forma apropiada con colegas, pacientes y sus familiares, y si es necesario, reevaluar sus propias decisiones.	8,2	9,0	1,0	9,1
97. Asegurar que toda la información clínica relevante del paciente está disponible.	7,4	8,5	2,0	18,2
98. Facilitar el flujo de información de las opiniones en el grupo y promover que los miembros del equipo den opiniones divergentes.	7,9	9,0	2,0	13,6
99. Dar feedback a los miembros del equipo de forma apropiada (comentarios en primera persona, resaltar primero lo positivo, no juzgar).	8,0	9,0	2,0	9,1
100. Contribuir de manera efectiva a la continuidad de la atención en la referencia/derivación y retorno de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada).	7,8	8,5	2,0	13,6
101. Hacer presentaciones clínicas o científicas en público de forma efectiva.	7,6	8,0	2,0	15,9
102. Dar instrucciones de forma clara y precisa.	8,3	9,0	1,0	9,1
103. Contribuir a crear una atmósfera de trabajo positiva (apoyar e integrar a los diferentes miembros del equipo, mencionar el lado positivo de los aspectos desagradables, valorar el éxito del equipo...).	8,4	9,0	1,0	6,8
104. Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los miembros del equipo y la maestría (pericia) de los diferentes profesionales de salud.	8,4	9,0	1,0	6,8
105. Mantener la confidencialidad sobre las decisiones tomadas en el equipo.	8,5	9,0	1,0	6,8
106. Ser asertivo con el resto de miembros del equipo.	7,8	8,0	2,0	13,6
107. Mostrar actitud negociadora para alcanzar acuerdos empleando conductas adecuadas para ello.	8,2	8,0	2,0	4,6
108. Mostrar flexibilidad para cambiar su rol dentro de un equipo de trabajo.	8,3	9,0	1,0	4,6

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

<b>E) COMUNICACIÓN POR DIFERENTES VIAS</b>				
<b>E.1. Canales comunicacionales (El estudiante utiliza con eficiencia diferentes formas de comunicarse)</b>				
<b>E.1.1. Comunicación directa (cara a cara)</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
109. Identificar los factores ambientales (físicos y sociales) que pueden obstaculizar la comunicación interpersonal en los diferentes contextos.	8,3	9,0	1,0	4,5
110. Identificar si existe discrepancia entre los componentes verbales y no verbales de la comunicación.	8,2	9,0	1,5	9,1
111. Emplear adecuadamente la proxémica (distancia física de comunicación).	8,2	9,0	1,0	6,8
<b>E.1.2. Comunicación escrita</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
112. Reconocer los formatos y soportes de historia clínica y los documentos habitualmente utilizados para la comunicación escrita con pacientes y entre profesionales (informes de alta, derivación, para solicitud de pruebas,...).	8,1	9,0	1,5	13,6
113. Registrar la valoración inicial de un paciente así como la posterior evolución clínica diaria en un lenguaje escrito conciso y claro.	8,1	9,0	1,0	13,6
114. Escribir un informe de alta y de derivación, de forma estructurada, comprensible, suficiente y clara.	8,2	9,0	1,0	11,4
115. Escribir peticiones de pruebas y prescripciones de forma precisa, clara y justificada.	8,0	9,0	2,0	11,4
116. Mantener unos registros claros, apropiados, sobre la información relevante del encuentro clínico.	8,2	9,0	1,0	9,1
117. Escribir documentos legales habituales (certificados de defunción, certificados de salud...).	8,3	9,0	1,0	6,8
<b>E.1.3. Comunicación informática o computacional</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
118. Reconocer las diferentes tecnologías de la información más utilizadas en el ámbito sanitario.	7,7	8,0	2,0	15,9
119. Conocer los registros electrónicos de los pacientes así como con los sistemas de prescripción y derivación.	8,0	8,0	2,0	6,8
120. Manejar las tecnologías de la información (e-mails, WhatsApp, web2.0,...) en aspectos de atención sanitaria garantizando la confidencialidad.	7,9	8,0	2,0	15,9
<b>E.1.4. Comunicación telefónica</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
121. Reconocer los usos y las limitaciones de la comunicación telefónica con pacientes.	8,0	9,0	2,0	11,4
122. Comunicar telefónicamente con pacientes atendiendo a las demandas específicas y adaptaciones comunicacionales que este medio requiere.	7,8	8,0	2,0	13,6

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

<b>F) COMUNICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES</b>				
<b>F.1. Contextos comunicacionales específicos (El estudiante aplica y adapta las habilidades comunicacionales nucleares ante situaciones clínicas específicas y utiliza habilidades concretas que cada situación pueda requerir)</b>				
<b>F.1.1. Situaciones sensibles</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
123. Reconocer situaciones delicadas que representen retos comunicacionales (del tipo de dar malas noticias, afrontar temas sobre el final de la vida, situaciones de duelo, historia sexual, violencia de género, maltrato infantil, infección VIH, explicar situaciones de incertidumbre clínica...).	8,5	9,0	1,0	4,5
124. Abordar algunas de ellas de manera sensible y constructiva mediante la aplicación y adaptación de las habilidades comunicacionales nucleares y la utilización de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,2	9,0	1,0	9,1
125. Conocer los aspectos legales imprescindibles vigentes en cada legislación relacionados con el manejo de algunas de estas situaciones.	7,9	9,0	2,0	13,6
<b>F.1.2. Manejo de las emociones</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
126. Reconocer situaciones de tensión emocional en las consultas (del tipo de estrés, temor, enfado, agresividad, negación, colusión, vergüenza...).	8,3	9,0	1,0	4,5
127. Abordar algunas de ellas de manera sensible y constructiva mediante la aplicación y adaptación de las habilidades comunicacionales nucleares y la utilización de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	7,9	8,5	1,5	9,1
<b>F.1.3. Diversidad cultural y social</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
128. Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, idioma, religión, género, valores, sexualidad...) y las dificultades comunicacionales que esto conlleva.	8,4	9,0	1,0	6,8
129. Abordar algunas de ellas de manera sensible y constructiva mediante la aplicación y adaptación de las habilidades comunicacionales nucleares y la utilización de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,0	8,5	1,0	13,6
<b>F.1.4. Promoción de la salud y modificación de conductas</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
130. Describir los principios básicos de la motivación.	7,7	8,5	2,0	13,6
131. Reconocer los estadios del proceso de cambio en el que se encuentra un paciente a la hora de modificar conductas o seguir tratamientos.	8,0	8,5	2,0	9,1

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 1: CORE CURRICULUM DE COMPETENCIAS COMUNICACIONALES PARA ESTUDIANTES DE GRADO EN MEDICINA

132. Explorar el grado de motivación del paciente para realizar cambios.	8,2	9,0	1,5	6,8
133. Aplicar estrategias comunicacionales eficaces para la modificación de conductas.	8,1	9,0	1,0	11,4
134. Asumir un enfoque preventivo y de promoción de la salud en la atención a pacientes y emplear conductas adecuadas para ello.	8,4	9,0	1,0	2,3
<b>F.1.5. Contextos clínicos específicos</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
135. Abordar algunos contextos clínicos específicos (psiquiátricos, pacientes con demencia, con problemas sensoriales: auditivos, visuales, de expresión verbal) mediante la aplicación y adaptación de las habilidades comunicacionales nucleares y la utilización de estrategias y habilidades específicas que cada una de ellas pueda requerir.	8,1	9,0	2,0	11,4
<b>F.1.6. Pacientes de diferentes edades</b> El estudiante será capaz de...	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
136. Comunicar con pacientes de diferentes grupos etareos (niños y padres, adolescentes, ancianos) mediante la aplicación y adaptación de las habilidades comunicacionales nucleares y la utilización de estrategias y habilidades específicas que cada uno de ellos pueda requerir.	8,3	9,0	1,5	2,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartílico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana



## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULUM DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

A) COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE (DÍADE) A.1. Aspetos gerais da Entrevista Clínica com pacientes (O estudante reconhece o valor da entrevista para o objetivo do ato clínico conhecendo, integrando e estruturando os seus diferentes componentes) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
1. Explicar os princípios e as características da comunicação humana.	7,4	7,5	2,0	13,6
2. Explicar os modelos de relação entre profissional e paciente (centrados no profissional, no paciente, em tarefas, no processo, mistos...).	8,0	8,0	2,0	2,3
3. Descrever os diferentes elementos do conteúdo de uma história clínica (anamnese: sentir-se doente (illness) e doença (disease), exploração física e complementar, aproximação diagnóstica, plano terapêutico, evolução).	8,1	9,0	1,0	6,8
4. Descrever os diferentes elementos de processo úteis para a elaboração de uma história clínica (aptidões comunicacionais ou de relação).	7,7	8,0	2,0	13,6
5. Delimitar a estrutura de uma entrevista clínica desde o seu início até ao seu final (introdução, iniciar a entrevista, partilhar informação: obtê-la e oferecê-la, planificar, fixar seguimento, fechar a entrevista).	8,1	9,0	1,0	9,1
6. Identificar os aspetos da comunicação médico-paciente que em estudos científicos se mostraram eficientes (por se relacionarem positivamente com os resultados da assistência).	8,0	8,0	2,0	9,1
7. Reconhecer os mecanismos através dos quais a comunicação clínica implica uma melhoria de resultados da assistência, geralmente através de resultados intermédios.	7,5	8,0	1,0	13,6
8. Realizar uma entrevista médica integrando os seus conteúdos (anamnese, exploração, diagnóstico, plano terapêutico e evolução) com o processo (habilidades comunicacionais ou de relação).	8,7	9,0	0,0	2,3
9. Mostrar que aceita a importância do contexto relacional em que se desenvolve a entrevista clínica utilizando condutas adequadas para a sua consideração.	8,1	9,0	1,5	9,1
10. Mostrar disposição para envolver o paciente na interação, estabelecendo uma relação terapêutica usando uma aproximação centrada no paciente.	8,6	9,0	1,0	2,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

A.2. Tarefas e Aptidões para comunicar com os pacientes				
A.2.1. Estabelecer e manter uma relação terapêutica (Conectar) (O estudante estabelece e mantém uma relação terapêutica mediante uma aproximação centrada no paciente) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
11. Conhecer os aspetos mais relevantes da comunicação não-verbal (contacto visual-facial, gestos, expressões faciais, proxémica, paralinguagem...) e a sua influência no estabelecimento de uma relação efetiva.	8,4	9,0	1,0	6,8
12. Comprovar que o paciente se sente atendido e ouvido, mediante técnicas tais como escuta ativa, perguntas, comprovações, etc.	8,8	9,0	0,0	0,0
13. Perceber a linguagem não-verbal do paciente e responder de forma adequada ao contexto.	8,6	9,0	1,0	2,3
14. Utilizar os registos da história clínica (manual/informatizados) na comunicação com o paciente de forma que não interfiram.	8,1	9,0	1,0	6,8
15. Aplicar habilidades sociais e comunicacionais para receber os pacientes as quais fomentam a manutenção de uma relação efetiva (cumprimentar, chamar o paciente pelo seu nome, acomodá-lo...).	8,7	9,0	0,0	2,3
16. Aplicar habilidades sociais comunicacionais para se despedir dos pacientes as quais fomentam a manutenção de uma relação efetiva (despedir-se, acompanhar...).	8,7	9,0	0,0	2,3
17. Mostrar empatia nos momentos oportunos (aparecimento de emoções, situações difíceis...).	8,6	9,0	0,5	2,3
18. Reconhecer situações difíceis e desafios comunicacionais (choro, emoções fortes, interrupções, agressões, irritação, ansiedade, temas sensíveis ou incómodos, dificuldades cognitivas, más notícias, primeiro encontro...).	8,6	9,0	1,0	4,6
19. Usar técnicas para afrontar com sensibilidade e de forma construtiva situações difíceis e desafios comunicacionais.	8,4	9,0	1,0	4,6
20. Relacionar-se com o paciente de maneira respeitosa tendo em conta os seus direitos (confidencialidade, privacidade, autonomia, respeito pelos valores e crenças).	8,8	9,0	0,0	2,3
21. Considerar o paciente como um colaborador para construir a relação e tratá-lo como tal.	7,8	9,0	1,5	13,6
22. Mostrar interesse genuíno na relação com o paciente e na sua situação.	8,1	9,0	1,5	9,1
23. Utilizar de maneira adequada o sentido do humor na relação com o paciente (em situações que requerem distensão do ambiente, para aproximação...).	7,2	8,0	3,0	27,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULUM DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

A.2.2. Trocar Informação e Compreendê-la				
A.2.2.1. Obter a informação (O estudante recolhe a informação relevante para o raciocínio e a tomada de decisões clínicas) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
24. Diferenciar sentir-se doente (illness) e doença (disease), reconhecendo a importância de explorar ambas perspectivas.	8,4	9,0	1,0	2,3
25. Reconhecer as vantagens e os inconvenientes das diferentes habilidades comunicacionais para obter informação (perguntas abertas/fechadas, facilitação...).	8,2	9,0	1,5	6,8
26. Delimitar de maneira precisa o/os motivo/s da consulta do paciente (pergunta aberta, sem interromper, explorando diferentes motivos...).	8,4	9,0	1,0	4,6
27. Explorar e obter o conteúdo da história bio-psico-social do paciente (somático, mental, psicológico, familiar, laboral) quando a situação o requer.	8,3	9,0	1,0	6,8
28. Acrescentar à história clínica qualquer outro elemento de interesse desde uma perspectiva da Medicina Centrada na Pessoa (necessidades espirituais, dificuldades económicas, interferências com o lazer...) que habitualmente não se registam nos formatos da história.	8,2	8,5	1,0	6,8
29. Utilizar diferentes tipos de perguntas (abertas, fechadas e dirigidas...) adequadas a cada situação.	8,1	9,0	1,0	9,1
30. Utilizar técnicas verbais e não-verbais de escuta ativa (reflexão, captar pistas do paciente, parafrasear, facilitar, resumir...).	8,6	9,0	1,0	0,0
31. Resumir ao paciente a informação obtida como forma de comprovação.	8,1	9,0	2,0	13,6
32. Valorizar como afeta ao paciente a sua dor na vida diária, ambiente sociofamiliar ou laboral.	8,5	9,0	1,0	4,6
33. Considerar outros fatores que possam influenciar as necessidades do paciente durante a consulta (ideias, medos, sentimentos, preferências, experiências prévias...).	8,5	9,0	1,0	2,3
34. Estabelecer um acompanhamento adequado da exploração física (pedindo autorização, explicando o que se vai fazer e porquê, partilhando as descobertas com o paciente...).	8,5	9,0	1,0	2,3
35. Reconhecer as divergências entre os valores e as normas do médico e os do paciente, respeitando-os sem julgar.	8,4	9,0	1,0	2,3
36. Mostrar abertura e disposição para tratar de maneira apropriada qualquer aspeto importante para o paciente relativo à sua saúde e empregando condutas adequadas para a sua consideração.	7,9	8,0	2,0	6,8

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

A.2.2.2. Oferecer a informação (O estudante oferece de forma clara e personalizada a informação que o paciente necessita para tomar decisões) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
37. Valorizar criticamente os resultados da investigação sobre a transmissão de informação aos pacientes e as suas implicações na prática clínica.	7,9	8,0	2,0	11,4
38. Descrever os princípios básicos para informar sobre riscos de forma adequada (evitar as manipulações de qualquer tipo e/ou a parcialidade na apresentação de cifras e probabilidades...).	8,3	9,0	1,0	6,8
39. Comunicar o risco ao paciente fazendo um uso personalizado dos indicadores (medidas de risco).	7,7	8,0	2,0	18,2
40. Suplementar esta informação verbal com diagramas, modelos, informação escrita e instruções quando for necessário.	8,1	8,5	1,0	11,4
41. Estimar o nível de conhecimento do paciente sobre o seu problema e até onde deseja saber, para entregar a informação que o paciente realmente requer.	8,5	9,0	1,0	2,3
42. Oferecer a informação ao paciente de forma oportuna (circunstância adequada).	8,3	9,0	1,0	6,8
43. Adaptar a comunicação ao nível da compreensão e linguagem do paciente, evitando terminologia médica.	8,7	9,0	0,0	0,0
44. Proporcionar informação centrada no paciente, incorporando a sua perspetiva e tornando-a significativa para ele.	8,4	9,0	1,0	4,6
45. Discutir de maneira centrada no paciente, benefícios, riscos e resultados esperados.	8,1	9,0	1,0	9,1
46. Comprovar que o paciente entendeu a informação fornecida, facilitando a expressão de dúvidas.	8,6	9,0	0,0	2,3
47. Explicar ao paciente a informação de forma precisa para minimizar a incerteza no processo da tomada de decisões.	8,1	9,0	1,0	6,8
48. Partilhar, com o consentimento do paciente, a informação com terceiros (colegas, família e outros...).	8,0	9,0	2,0	15,9

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

A.2.3. Chegar a acordo e Ajudar o paciente a levar a cabo o combinado na tomada de decisões (O estudante toma decisões considerando a participação e a responsabilidade do paciente, tomando em consideração as suas preferências) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
49. Diferenciar os distintos modelos de participação do paciente na tomada de decisões (paternalista, consumista, colaborativa...).	7,3	8,0	2,5	25,0
50. Determinar qual deve ser o seu papel mais oportuno como médico no processo de tomada de decisões perante cada paciente.	7,8	8,0	2,0	13,6
51. Aceitar o papel da incerteza como elemento substancial do raciocínio clínico e da tomada de decisões.	7,9	9,0	2,0	13,6
52. Reconhecer os elementos que contribuem para a presença de incerteza (falta de conhecimentos do profissional, ausência de evidência...) no âmbito da tomada de decisões clínicas.	7,6	8,5	2,0	20,5
53. Comunicar aos pacientes que existe incerteza de maneira adaptada ao grau de tolerância deste.	7,8	8,0	2,0	22,7
54. Explorar as necessidades, os recursos (informação, autonomia, confiança, responsabilidade, traços psicológicos...) e disposição do paciente para facilitar a sua implicação na tomada de decisões.	8,3	9,0	1,0	4,6
55. Alcançar acordos com o paciente utilizando habilidades de negociação.	8,0	9,0	1,5	6,8
56. Compreender o papel na prática clínica das ajudas para tomada de decisões ( <i>decision aids</i> ).	6,9	7,5	2,0	29,6
57. Capacitar o paciente na utilização de ajudas para a tomada de decisões para utilizá-las na discussão.	6,9	8,0	3,0	29,6
58. Esclarecer com o paciente como e quando tem de tomar a decisão.	7,7	8,0	2,0	15,9
59. Discutir com o paciente o espectro das possíveis consequências de uma decisão (explicar-lhe as consequências de escolher/não escolher a opção discutida).	8,0	8,0	1,0	6,8
60. Oferecer ao paciente a opção de abrir e enriquecer a discussão de tomada de decisões incluindo terceiros (colegas, familiares).	7,9	8,0	2,0	11,4
61. Usar o consentimento informado de forma que o paciente compreenda as características e as consequências do procedimento.	8,3	9,0	1,0	6,8
62. Adaptar o plano/intervenção aos recursos e às forças do paciente.	8,5	9,0	1,0	0,0
63. Fechar o processo no final da consulta utilizando as estratégias comunicacionais adequadas (resumindo, ressaltando aspetos chaves, antecipando possíveis evoluções e orientando na relação...).	8,7	9,0	0,5	0,0
64. Assumir o envolvimento do paciente e da sua responsabilidade no processo da tomada de decisões e empregar condutas adequadas para isso.	7,8	8,0	2,0	20,5
65. Estar disposto a reavaliar e rever as suas próprias decisões.	8,2	9,0	1,0	9,1

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULUM DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

B) COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO PACIENTE				
B.1. Contexto familiar do paciente (O estudante reconhece e avalia o papel da família na atenção clínica a pacientes e estabelece uma comunicação efetiva com ela em benefício deste) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
66. Conhecer o papel da família no sistema na atenção e cuidados dos pacientes.	8,2	9,0	1,5	9,1
67. Descrever os modelos básicos que explicam o comportamento das famílias e do paciente como um dos seus membros (o ciclo vital individual e familiar).	7,6	8,0	2,0	20,5
68. Conhecer e empregar os métodos e as ferramentas para a identificação da estrutura e o funcionamento familiar (genogramas, ou familiogramas, função familiar, acontecimentos stressantes, rede social...).	7,2	7,0	3,0	27,3
69. Considerar os padrões de resposta da família perante a doença e os acontecimentos vitais stressantes quando se atende a um paciente.	7,6	8,0	2,0	15,9
70. Identificar o(s) membro(s) da família que cumpre(m) o papel de cuidador principal, para o(s) incorporar no processo e valorizá-lo(s) neste papel.	7,9	9,0	1,0	11,4
71. Solicitar e sintetizar a informação relevante de outros membros da família e cuidadores do paciente, se for necessário e se encontrem disponíveis.	8,0	8,0	1,5	9,1
72. Estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente e a sua família para a identificação dos problemas, deteção dos recursos e a entrada em funcionamento dos planos de atuação em benefício do paciente.	8,4	9,0	1,0	2,3
73. Ajudar a família a tomar decisões quando o paciente é menor de idade ou se encontra incapacitado (demências, pacientes em coma, problemas mentais incapacitantes...).	8,5	9,0	1,0	2,3
74. Reconhecer desafios comunicacionais específicos com familiares (a confidencialidade, o secretismo, o acompanhante doente...).	8,4	9,0	1,0	0,0
75. Mostrar disposição para incorporar a família e trabalhar com ela em benefício do paciente.	8,3	9,0	1,5	4,6
76. Mostrar disposição para facilitar a comunicação entre os membros da família do paciente utilizando condutas adequadas para isso.	7,6	8,5	2,0	13,6
77. Mostrar sensibilidade com os medos e as preocupações dos familiares utilizando condutas adequadas para isso.	8,3	9,0	1,0	2,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULO DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

C) COMUNICAÇÃO INTRAPESSOAL (AUTO PERCEÇÃO) C.1. O médico como pessoa (autoconhecimento, autorreflexão, autocrítica y autocuidados) (O estudante habitualmente reflexiona sobre o seu comportamento e a forma pela qual comunica, desenvolvendo e melhorando o seu autoconhecimento, autorreflexão, autocrítica, autocuidados) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
78. Descrever os fatores que influenciam na relação entre o profissional e o paciente (estereótipos, preconceitos socioculturais, experiências, interesses...).	7,9	8,5	2,0	15,9
79. Refletir criticamente sobre o seu próprio estilo comunicativo e comportamental considerando as possíveis alternativas.	8,3	9,0	1,0	4,6
80. Reconhecer as barreiras que dificultam o autoconhecimento, e utilizar técnicas e estratégias para a sua promoção (prática reflexiva, perspectiva pessoal...).	8,3	9,0	1,0	6,8
81. Identificar os sinais de sobrecarga de trabalho e stress (insónia, ansiedade, alterações do sono...).	8,3	9,0	1,0	4,6
82. Distinguir as principais fontes de erros médicos (deficiente informação ou avaliação das necessidades do paciente, comunicação inadequada...).	8,1	9,0	1,5	4,6
83. Reconhecer os erros técnicos, sesgos cognitivos e reações emocionais que dificultam o desenvolvimento de relações terapêuticas.	8,2	9,0	1,0	4,6
84. Utilizar estratégias para reduzir o stress e a sobrecarga (relaxação, grupos de reflexão, grupos Balint, supervisão e apoio...).	7,8	9,0	2,0	18,2
85. Controlar as próprias reações emocionais e trabalhar de forma eficiente, ainda que em situações difíceis (alto grau de sofrimento do paciente, paciente que reclama...).	8,0	9,0	1,0	11,4
86. Desenvolver as rotinas mentais necessários para o reconhecimento de sesgos próprios, mediante a utilização de técnicas específicas (perguntas reflexivas, observação preconceituosa...).	8,0	8,0	2,0	6,8
87. Reconhecer erros próprios (e alheios), assumi-los como parte constitutiva do trabalho e procurar soluções aos mesmos (assistência de superiores...).	8,5	9,0	1,0	0,0
88. Reconhecer as suas próprias emoções (insegurança, simpatia/antipatia, atração...) em relação aos outros (pacientes, colegas).	8,1	9,0	1,0	6,8
89. Valorizar as forças e as fraquezas pessoais determinantes da sua Autopercepção nos contextos docentes adequados (tutorias, grupos de reflexão...).	8,2	8,5	1,0	6,8
90. Aceitar e abordar a incerteza própria de maneira adequada ao estado educativo.	7,7	8,0	2,0	13,6

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULUM DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

D) COMUNICAÇÃO INTER-INTRA PROFISSIONAL D.1. O contexto profissional do médico: Comunicação inter e intra profissional (O estudante comunica eficientemente com os profissionais que fazem parte da sua equipa e fora desta) O estudante será capaz de...	X*	Me*	RI*	% fuera Me*
91. Identificar os princípios básicos da dinâmica de grupo, assim como dos seus fatores favorecedores e inibidores.	7,7	8,0	2,0	15,9
92. Identificar os diferentes membros das distintas equipas de saúde interprofissionais e as suas respectivas responsabilidades.	8,0	9,0	1,0	9,1
93. Esclarecer o seu próprio papel e responsabilidades como estudante nas equipas profissionais com as quais interatue.	8,1	9,0	1,0	11,4
94. Identificar quando referenciar o paciente a profissionais/instituições/agências que possam ajudar a resolver os problemas em função de cada situação.	8,2	9,0	1,5	6,8
95. Descrever os princípios e as estratégias para negociar e resolver conflitos com outros profissionais e usá-los adequadamente.	7,5	8,0	2,0	22,7
96. Discutir decisões de forma apropriada com colegas, pacientes e os seus familiares, e se for necessário, reavaliar as suas próprias decisões.	8,2	9,0	1,0	9,1
97. Assegurar que toda a informação clínica relevante do paciente está disponível.	7,4	8,5	2,0	18,2
98. Facilitar o fluxo de informação das opiniões no grupo e promover opiniões divergentes entre os membros da equipa.	7,9	9,0	2,0	13,6
99. Dar feedback aos membros da equipa de forma apropriada (comentários em primeira pessoa, ressaltar primeiro o positivo, não julgar).	8,0	9,0	2,0	9,1
100. Contribuir de maneira efetiva para a continuidade da atenção na referência/derivação e retorno dos pacientes entre os diferentes níveis assistenciais (primária, especializada).	7,8	8,5	2,0	13,6
101. Fazer apresentações clínicas ou científicas em público de forma efetiva.	7,6	8,0	2,0	15,9
102. Dar instruções de forma clara e precisa.	8,3	9,0	1,0	9,1
103. Contribuir para criar uma atmosfera de trabalho positiva (apoiar e integrar os diferentes membros da equipa, mencionar o lado positivo dos aspetos desagradáveis, valorizar o êxito da equipa...).	8,4	9,0	1,0	6,8
104. Respeitar a individualidade, a perceção subjetiva dos membros da equipa e a mestria (perícia) dos diferentes profissionais de saúde.	8,4	9,0	1,0	6,8
105. Manter a confidencialidade sobre as decisões tomadas na equipa.	8,5	9,0	1,0	6,8
106. Ser assertivo com o resto dos membros da equipa.	7,8	8,0	2,0	13,6
107. Mostrar atitude negociadora para alcançar acordos empregando condutas adequadas para isso.	8,2	8,0	2,0	4,6
108. Mostrar flexibilidade para mudar o seu papel dentro de uma equipa de trabalho.	8,3	9,0	1,0	4,6

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULUM DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

<b>E) COMUNICAÇÃO POR DIFERENTES VIAS</b>				
<b>E.1. Canais comunicacionais (O estudante utiliza com eficiência diferentes formas de se comunicar)</b>				
<b>E.1.1. Comunicação direta (cara a cara) O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
109. Identificar os fatores ambientais (físicos e sociais) que possam obstaculizar a comunicação interpessoal nos diferentes contextos.	8,3	9,0	1,0	4,5
110. Identificar se existe discrepância entre os componentes verbais e não-verbais da comunicação.	8,2	9,0	1,5	9,1
111. Empregar adequadamente a proxémica (distância física de comunicação).	8,2	9,0	1,0	6,8
<b>E.1.2. Comunicação escrita O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
112. Reconhecer os formatos e os suportes da história clínica e os documentos habitualmente utilizados para a comunicação escrita com pacientes e entre profissionais (relatórios de alta, derivação, para solicitude de provas,...).	8,1	9,0	1,5	13,6
113. Registrar a valorização inicial de um paciente assim como a posterior evolução clínica diária numa linguagem escrita concisa e clara.	8,1	9,0	1,0	13,6
114. Escrever um relatório de alta e de referência, de forma estruturada, compreensível, suficiente e clara.	8,2	9,0	1,0	11,4
115. Escrever pedidos de provas e prescrições de forma precisa, clara e justificada.	8,0	9,0	2,0	11,4
116. Manter registos claros, apropriados, sobre a informação relevante do encontro clínico.	8,2	9,0	1,0	9,1
117. Escrever documentos legais habituais (certidões de óbito, certificados de saúde...).	8,3	9,0	1,0	6,8
<b>E.1.3. Comunicação informática o computacional El estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
118. Reconhecer as diferentes tecnologias da informação mais utilizadas no âmbito da saúde.	7,7	8,0	2,0	15,9
119. Conhecer os registos eletrónicos dos pacientes assim como com os sistemas de prescrição e derivação/referênciação.	8,0	8,0	2,0	6,8
120. Manipular as tecnologias da informação (e-mails, WhatsApp, web2.0,...) em aspetos de atenção sanitária, garantindo a confidencialidade.	7,9	8,0	2,0	15,9
<b>E.1.4. Comunicação telefónica O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
121. Reconhecer as utilizações e as limitações da comunicação telefónica com pacientes.	8,0	9,0	2,0	11,4
122. Comunicar telefonicamente com pacientes atendendo às procuras específicas e adaptações comunicacionais que este meio requer.	7,8	8,0	2,0	13,6

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRÍCULUM DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

<b>F) COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS</b>				
<b>F.1. Contextos comunicacionais específicos (O estudante aplica e adapta as habilidades comunicacionais nucleares perante situações clínicas específicas e utiliza capacidades concretas que cada situação possa requerer)</b>				
<b>F.1.1. Situações sensíveis O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
123.Reconhecer situações delicadas que representem desafios comunicacionais (dar más notícias, abordar temas sobre o final da vida, situações de luto, história sexual, violência de género, maltrato infantil, infeção VIH, explicar situações de incerteza clínica...).	8,5	9,0	1,0	4,5
124.Abordar algumas delas de maneira sensível e construtiva mediante a aplicação e a adaptação das aptidões comunicacionais nucleares e a utilização de estratégias e habilidades específicas que cada uma delas possa requerer.	8,2	9,0	1,0	9,1
125.Conhecer os aspetos legais imprescindíveis vigentes em cada legislação relacionados com a gestão de algumas destas situações.	7,9	9,0	2,0	13,6
<b>F.1.2. Manejo das emoções O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
126.Reconhecer situações de tensão emocional nas consultas (do tipo stress, temor, irritação, agressividade, negação, colusão, vergonha...).	8,3	9,0	1,0	4,5
127.Abordar algumas delas de maneira sensível e construtiva mediante a aplicação e a adaptação das aptidões comunicacionais nucleares e a utilização de estratégias e habilidades específicas que cada uma delas possa requerer.	7,9	8,5	1,5	9,1
<b>F.1.3. Diversidade cultural e social O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
128.Reconhecer a diversidade cultural e social dos pacientes (etnicidade, nacionalidade, status socioeconómico, idioma, religião, género, valores, sexualidade...) e as dificuldades comunicacionais que isto implica.	8,3	9,0	1,0	4,5
129.Abordar algumas delas de maneira sensível e construtiva mediante a aplicação e a adaptação das habilidades comunicacionais nucleares e a utilização de estratégias e habilidades específicas que cada uma delas possa requerer.	7,9	8,5	1,5	9,1
<b>F.1.4. Promoção da saúde e modificação de condutas O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
130.Descrever os princípios básicos da motivação.	7,7	8,5	2,0	13,6
131.Reconhecer os estados do processo de mudança no qual se encontra um paciente no momento de modificar condutas ou de seguir tratamentos.	8,0	8,5	2,0	9,1

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana

## ANEXO 2: CONSENSO ESPECIALISTA DE CONTEÚDOS (RESULTADOS DE APRENDIZAGEM) PARA UM CORE CURRICULUM DE COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS PARA ESTUDANTES DE GRAU EM MEDICINA

132.Explorar o grau de motivação do paciente para realizar mudanças.	8,2	9,0	1,5	6,8
133.Aplicar estratégias comunicacionais eficazes para a modificação de condutas.	8,1	9,0	1,0	11,4
134.Assumir um enfoque preventivo e de promoção da saúde na atenção a pacientes e utilizar condutas adequadas para isso.	8,4	9,0	1,0	2,3
<b>F.1.5. Contextos clínicos específicos O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
135.Abordar alguns contextos clínicos específicos (psiquiátricos, pacientes com demência, com problemas sensoriais: auditivos, visuais, de expressão verbal) mediante a aplicação e a adaptação das aptidões comunicacionais nucleares e a utilização de estratégias e habilidades específicas que cada uma delas possa requerer.	8,1	9,0	2,0	11,4
<b>F.1.6. Pacientes de diferentes idades O estudante será capaz de...</b>	<b>X*</b>	<b>Me*</b>	<b>RI*</b>	<b>% fuera Me*</b>
136.Comunicar com pacientes de diferentes grupos etários (crianças e pais, adolescentes, idosos) mediante a aplicação e a adaptação das aptidões comunicacionais nucleares e a utilização de estratégias e habilidades específicas que cada um deles possa requerer.	8,3	9,0	1,5	2,3

\*X: Media

\*Me: Mediana

\*RI: Rango intercuartilico

\*% fuera de Me: Porcentaje de encuestados fuera de la región que incluye la mediana



## ANEXO 3: PANEL DE EXPERTOS PARTICIPANTES EN EL PROCEDIMIENTO DELPHI

NOMBRE COMPLETO	PAÍS DE ORIGEN
1. Eduardo Durante	Argentina
2. Marta Lucía Pérez	Argentina
<b>3. Lila Paula Dupuy *</b>	Argentina
4. Jorge Bernstein	Argentina
5. Victoria Mendizabal	Argentina
6. M <sup>a</sup> del Carmen Vidal y Benito	Argentina
<b>7. Antonio Pithon *</b>	Brasil
<b>8. Lara Kretzer *</b>	Brasil
9. Suely Grosseman	Brasil
10. Manena Cruz-Coke	Chile
<b>11. Philippa Moore *</b>	Chile
12. Ruth De Paux	Chile
13. Vanessa Cantillano	Chile
14. Emilio Aillach	Chile
15. Jose Antonio Rodriguez	Chile
16. Gricelda Gómez Del Rio	Chile
<b>17. Marilen Gorostegui *</b>	Chile
<b>18. Luis Casabuenas *</b>	Colombia
19. Adalberto Amaya Afanador	Colombia
20. Olga Francisca Salazar	Colombia
<b>21. Roger Ruiz Moral */**</b>	España
22. Charo Dago	España
<b>23. Josep M<sup>a</sup> Bosch *</b>	España

\*Miembros del Comité Científico

\*\*Miembros del Grupo Impulsor

(†) Albert Jovell falleció previamente a la publicación de este consenso

NOMBRE COMPLETO	PAIS DE ORIGEN
24. Mercedes Vinuesa	España
25. Marta Sánchez	España
26. Jose Ignacio Ferrando	España
27. Antonio Alemany	España
28. Ana Carvajal	España
<b>Albert Jovell * (†)</b>	España
<b>29. Emilia Arrighi *</b>	España
<b>30. Fernando Caballero */**</b>	España
<b>31. Cristina García de Leonardo */**</b>	España
<b>32. M<sup>a</sup> Teresa Cortés *</b>	Mexico
33. Ileana Petra Micu	Mexico
34. Eduardo Acosta	Mexico
35. Francisco Javier Mercado	Mexico
36. Arnulfo Irigoyen	Mexico
37. Isaías Hernández	Mexico
38. Germán Málaga	Peru
39. Diana Pérez-Arechaederra	Peru
<b>40. Elizabetha Loureiro *</b>	Portugal
41. Rui Mota	Portugal
42. Silvia Pina	Portugal
<b>43. Afonso Cavaco *</b>	Portugal
44. Alberto Pinto	Portugal
45. Jose Manuel Mendes	Portugal
46. Margarida Figueiredo-Braga	Portugal



## ANEXO 4: CENTROS DE TRABAJO DE LOS PANELISTAS PARTICIPANTES EN EL PROCEDIMIENTO DELPHI

	CENTROS DE TRABAJO
Argentina	Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires
	Universidad Nacional de La Plata y Universidad Nacional del Centro
	Universidad Maimonides
	BioForum Argentina
	Instituto Universitario CEMIC – IUC
Brasil	Universidade Estadual Paulista
	Universidade Federal de Santa Catarina
Chile	Universidad de Chile
	Pontificia Universidad Católica de Chile
Colombia	Universidad de Antioquia
	Pontificia Universidad Javeriana
España	Universidad Francisco de Vitoria
	Universitat Autònoma de Barcelona
	Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)
	Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria
	Dirección Médica Hospital Universitario Infanta Elena
	Departamento de Comunicación Sanitas
	Universitat Internacional de Catalunya/Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes
México	Universidad Nacional Autónoma de México
	Universidad de Guadalajara
Portugal	Universidade do Porto
	Universidade de Lisboa
	Universidade Nova de Lisboa



## ANEXO 5: DIRECTRICES NACIONALES PARA EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES EN EL GRADO EN MEDICINA

<b>ESPAÑA</b>	<p><b>Habilidades de comunicación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.</li> <li>2. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.</li> <li>3. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.</li> <li>4. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales</li> </ol> <p><i>* Ministerio de Educación y Ciencia. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero. BOE nº 40 de 15 de febrero 2008. Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico.</i></p>
<b>MÉJICO</b>	<p><b>Comunicación con el paciente</b> Capacidad para establecer, mediante la comunicación verbal y no verbal, un clima de respeto, compromiso, confianza y empatía para construir una alianza proactiva con las personas (individuos, familias y comunidades) que favorezca el autocuidado y logre que participen aportando información, tomando decisiones y asumiendo la responsabilidad que les corresponde para el cuidado de la salud.</p> <p><b>Condiciones para el cumplimiento de la competencia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Colaborando para educarlos y que puedan aplicar medidas preventivas, evitar conductas de riesgo, lograr el apego terapéutico y la aplicación de medidas higiénico-dietéticas; identificar signos y síntomas de alarma, utilizar racionalmente los servicios de salud tomando en cuenta el contexto y las perspectivas del paciente y su familia. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</li> <li>b) Considerando las expectativas, deseos, temores, sufrimiento, entorno cultural, familiar, social y el ambiente en el cual se desenvuelven.</li> <li>c) Corroborando que las personas han comprendido cabalmente y pueden explicarlo con sus propias palabras.</li> </ol> <p><i>* Perfil por competencias del Médico General Mexicano publicado por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina de México en 2008.</i></p>
<b>ARGENTINA</b>	<p>Según las competencias profesionales establecidas, los Contenidos Básicos se formulan en concordancia con el concepto de "core curriculum", organizados en <b>tres ejes curriculares</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fundamentos científicos de la atención del paciente</li> <li>– Proceso salud-enfermedad-atención en las distintas etapas del ciclo vital             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de educación y comunicación en salud.</li> </ul> </li> <li>– Medicina, Hombre y Sociedad se refiere a los siguientes contenidos básicos para el ejercicio profesional:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación médico-paciente-familia. La entrevista. Subjetividad del médico comprometida en el acto profesional. Los vínculos familiares, comunidad e identidad. El proceso de enfermar. Significado de la enfermedad en la vida del paciente. Impacto en la familia del dolor, del sufrimiento y de la muerte. Diferencias étnicas y religiosas en medicina. Proceso de comunicación. Consejería. Comunicación de diagnósticos y pronósticos desfavorables. Manejo de las interconsultas.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>*Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Resolución 1314/07 de la Ley de Educación Superior. Requisitos para la aprobación de la carrera por parte de la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria)</i></p>

<p style="text-align: center;"><b>PORTUGAL</b></p>	<p><b>Comunicación y habilidades interpersonales.</b>  <u>Al término de la carrera de medicina egresado será capaz de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar con eficacia, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes y sus familias, los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud y el público en general, ya sea individualmente o en grupos.</li> <li>- Demostrar un entendimiento de cómo funciona el lenguaje en medicina y cómo la comunicación no verbal se utiliza para obtener y transmitir información. También deben ser capaces de utilizar el lenguaje de manera que fomente la función sanadora del médico.</li> <li>- Interactuar con otros profesionales implicados en la atención al paciente a través de trabajo en equipo eficaz y demostrar la capacidad de trabajar como líder o miembro de un equipo de salud multidisciplinario.</li> <li>- Coordinar con los diferentes sectores de la asistencia sanitaria y sistemas sociales y ser capaz de gestionar los componentes relevantes para el cuidado del paciente.</li> </ul> <p><u>En cuanto a la relación con los pacientes, los graduados deberán:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demostrar habilidad para: 1. Aconsejar a los pacientes de forma sensible y efectiva. 2. Adaptar la comunicación con los pacientes de acuerdo a su personalidad, antecedentes sociales, culturales o étnicos, así como discapacidades. 3. Manejar las quejas adecuadamente. 4. Transmitir una sensación de "presencia" en las interacciones con los pacientes y sus familias mediante una estrecha participación emocional, mostrando empatía, compromiso y entusiasmo por el papel del médico como "Instrumento" terapéutico. 5. Dar malas noticias a los pacientes, sus familias y cuidadores de manera oportuna y adecuada con empatía y sensibilidad.</li> <li>- Demostrar comprensión de la necesidad de: 1. Informar a los pacientes de los hallazgos relevantes de la historia clínica. 2. Involucrar a los pacientes en la toma de decisiones, teniendo en cuenta sus creencias y preferencias. 3. Considerar el significado que el paciente ha asignado a la enfermedad y su tratamiento, incluida la pertinencia de símbolos y metáforas en la narrativa del paciente; 4. Explicar el plan de investigación y el tratamiento en los términos apropiados. 5. Explicar la indicación y riesgos de la intención de las pruebas diagnósticas. 6. Aclarar en términos adecuados, la naturaleza de la enfermedad y sus consecuencias para el paciente. 7. Exponer las opciones terapéuticas con sus ventajas y desventajas, procedimientos, riesgos y posibles efectos secundarios. 8. Considerar las posibilidades con respecto a los cuidados personales y apoyo social. 9. Proporcionar información adecuada sobre el impacto de la forma de la vida, la situación social y el medio ambiente de trabajo sobre la enfermedad. 10. Comprobar si el paciente entiende lo que se dice sobre su situación y pronóstico. 11. Estimular la cooperación y la responsabilidad personal del paciente. 12. Tranquilizar a los pacientes y sus familias tanto como sea posible.</li> </ul> <p><i>* Ministerios de Educación, Salud y Ciencia y Tecnología y Universidad de Lisboa. Marco del Acuerdo de Desarrollo para la promoción de la calidad de los cursos Licenciado en Medicina de 2001. "Core Graduates learning Outcomes Project. O Licenciado Médico em Portugal"</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>BRASIL</b></p>	<p><u>En Atención de la salud</u>, se formará a los graduados para considerar las dimensiones...en el sentido de efectuar la comunicación a través del lenguaje verbal y no verbal, con los usuarios, las familias, las comunidades y miembros de los equipos profesionales, con empatía, sensibilidad y interés, preservando la confidencialidad, la comprensión, la autonomía y la seguridad persona bajo cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>En Administración de Salud</u>, el Licenciado en Medicina tiene como objetivo la formación de médicos capaz de entender los principios, directrices y políticas del sistema de salud.... promover el bienestar de la comunidad a través de la comunicación, incluyendo, cuando sea posible, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC).</li> <li>- <u>Atención a las necesidades de salud individuales</u> mediante la creación de oportunidades de comunicación para mediar en el conflicto y la conciliación de posibles puntos de vista divergentes entre los profesionales de la salud, las personas a su cargo, familia y responsable.</li> <li>- <u>El contenido básico del currículum del Graduado Médico</u> debe estar relacionado con todo el ciudadano de salud-enfermedad, familia ...contemplando la Comprensión y dominio de las nuevas tecnologías de la comunicación para el acceso a bases de datos. Dominio, al menos, una lengua extranjera, preferentemente una lengua franca.</li> </ul> <p><i>* Ministerio de Educación. Consejo Nacional Educación. Cámara Superior Educación. Resolución N° 3, de 20 de junio 2014. Directrices Curriculares Nacionales para el Curso Medicina Pregrado.</i></p>

## ANEXO 6: PREMIOS Y AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN

- Beca obtenida en la X Convocatoria de Ayudada Propias a Proyectos de Investigación y de Innovación Educativa 2014 de la UFV haciendo suyo el informe de la Agencia nacional de Evaluación Prospectiva (ANEP) del Ministerio de Economía y Competitividad, con el proyecto: " Consenso Español sobre Core Curriculum de Competencias Comunicacionales (CCCC) en el grado en Medicina". Calificación 37B2 (Bueno).
- Beca obtenida en la IX Convocatoria de Ayudada Propias a Proyectos de Investigación y de Innovación Educativa 2013 de la UFV con el proyecto: "Contenidos y objetivos docentes de los currícula de comunicación para la educación de Grado de los profesionales de la salud en Iberoamérica, España y Portugal: Declaración de Consenso". Ampliación de esta ayuda por la Agencia nacional de Evaluación Prospectiva (ANEP) del Ministerio de Economía y Competitividad con calificación 39B (Bueno/excelente).



## ANEXO 7: CURSOS Y CONGRESOS A LOS QUE SE HA PRESENTA EL PROYECTO

- 13th International Conference on Communication in Healthcare 2015 (ICCH) organizado por la American Academy of Communication in Healthcare (AACH), en New Orleans los días 25, 26 y 27 de octubre de 2015.
- XXIII Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) organizado en la Universidad de Murcia, los días 28 y 29 de octubre de 2015.
- II Jornadas Nacionales de Humanidades en la Educación Médica en Mendoza (Argentina), los días 6,7 y 8 de agosto de 2015.
- Cursos de Verano Complutense de El Escorial, Encuentro de Verano de Educación Médica 2015 “Innovaciones y Desafíos en Educación Médica”, organizado por la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM el día 6 de julio de 2015.
- XXV Congreso de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial organizado por el grupo Comunicación y Salud de la SEMFYC en Barcelona, los días 6, 7, 8 de Noviembre de 2014.
- 7th Geneve Conference on Person-Centered Medicine en Ginebra los días 28, 29 y 30 de abril de 2014.
- XXIV Congreso de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial organizado por el grupo Comunicación y Salud de la SEMFYC en Las Palmas de Gran Canaria, los días 30,31 de Octubre y 1,2 de Noviembre de 2013.
- XXI congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) organizado en la Universidad Complutense de Madrid, los días 9,10 y 11 de Octubre de 2013.



## ANEXO 8: PUBLICACIONES RELACIONADAS CON ESTE PROYECTO

- **Artículo 1:** Ruiz Moral R. A conceptual proposal to guide the development of a curriculum in physician-patient communication skills. *Educ Med.* 2015; 16(1):57-65.
- **Artículo 2:** García de Leonardo C, Ruiz Moral R, Caballero F. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a Core Communication Curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ.* Forthcoming 2016.
- **Artículo 3:** Ruiz Moral R, García de Leonardo C, Caballero F. Comunicación Clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (“Núcleo Curricular”) enseñar. *Educ Med.* Forthcoming 2016.
- **Capítulo de libro:** García de Leonardo C, Ruiz Moral R, Caballero F, Bosch JM, Cortés MT, Gorostegui M et al. Consenso experto iberoamericano sobre un core curriculum de competencias comunicacionales para estudiantes de Grado en Medicina. En: Ruiz Mora R, coordinador. *Comunicación Clínica: Principios y habilidades para la práctica.* 1ªed. Madrid: Panamericana; 2015. p. 372-386.





# BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza; 1983.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. *Bull World Health Org Suppl.* 2002;80(7):594-602.
3. Duffy TP. The Flexner report—100 years later. *Yale J Biol Med.* 2011;84(3):269.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
5. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos.* 1981;6(2):101-24.
6. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):576-82.
7. Copolillo F. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Arch Med Fam.* 2013;10(1):45-50.
8. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *Br J Gen Pract.* 1969;17(82):269-76.
9. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986;3(1):24-30.
10. Rogers CR. *Proceso de convertirse en persona.* Barcelona: Paidós; 1977.
11. Pfeifer H-R. Conceptual Explorations on Person-centered Medicine 2010: Paul Tournier and ‘Médecine de la Personne’—The man and his vision. *Int J integ care.* 2010;10:60-2.
12. Stewart M. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* United Kingdom: Radcliffe Publishing; 2003.
13. WHO. WHO Initiative on transformative scale-up of health professional education.[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.who.int/hrh/education/planning/en/>.
14. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-58.
15. Palés JL. Planificar un curriculum o un programa formativo. *Educ Med.* 2006;9(2):59-65.
16. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *Jama.* 2002;287(2):226-35.
17. IOM. *The Quality of Health Care in America.*[Internet]. USA: Institute of Medicine of the National Academies; 2013[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from: <https://www.iom.edu/Activities/Quality/QualityHealthCareAmerica.aspx>.
18. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1516-28.
19. Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med.* 2002;34(5):319-24.
20. Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, Von Korff M, Fordyce WE. The importance of placebo effects in pain treatment and research. *Jama.* 1994;271(20):1609-14.
21. Brody H, Miller FG. Lessons from recent research about the placebo effect—from art to science. *Jama.* 2011;306(23):2612-3.
22. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2001;357(9258):757-62.
23. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med.* 1985;102(4):520-8.

24. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40(7):903-18.
25. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract.* 1998;47(3):213-20.
26. 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.
27. Mead N, Bower P. Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns.* 2000;39(1):71-80.
28. Muñoz M, Ruiz R, Pérula LA. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns.* 2002;48:23-31.
29. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57(5):791-806.
30. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):595-608.
31. Ruiz-Moral R, Perula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2007;22(1):86-91.
32. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17(4):351-4.
33. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48(1):51-61.
34. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama.* 1997;277(7):553-9.
35. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *Jama.* 1994;272(20):1583-7.
36. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* 1979;29(199):77-82.
37. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract.* 1986;23(1):43.
38. Heszen-Klemens I, Lapińska E. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Soc Sci Med.* 1984;19(1):9-18.
39. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health.* 1981;71(2):127-31.
40. Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ.* 1987;294(6581):1200-2.
41. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ.* 1990;301(6752):575-80.
42. Bertakis KD, Callahan EJ, Helms LJ, Azari R, Robbins JA, Miller J. Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Med Care.* 1998;36(6):879-91.
43. Street RL, Jr., Voigt B. Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Med Decis Making.* 1997;17(3):298-306.
44. Gabbay M, Shiels C, Bower P, Sibbald B, King M, Ward E. Patient-practitioner agreement: does it matter? *Psychol Med.* 2003;33(2):241-51.

45. Street RL, Jr., Piziak VK, Carpentier WS, Herzog J, Hejl J, Skinner G, et al. Provider-patient communication and metabolic control. *Diabetes Care*. 1993;16(5):714-21.
46. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301-12.
47. Mounjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making*. 2007;27(5):539-46.
48. Rimal RN. Analyzing the physician-patient interaction: an overview of six methods and future research directions. *Health Commun*. 2001;13(1):89-99.
49. Street RL, Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295-301.
50. Aspegren K, Lonberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach*. 2005;27(6):539-43.
51. Humphris GM, Kaney S. Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Med Educ*. 2001;35(3):225-31.
52. Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educ Med*. 2003;6(4):159-67.
53. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *Jama*. 2003;290(9):1157-65.
54. 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(1):1-8.
55. Maguire P, Booth K, Elliott C, Jones B. Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills--the impact of workshops. *Eur J Cancer*. 1996;32a(9):1486-9.
56. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer*. 2003;89(8):1445-9.
57. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(2):Cd003751.
58. Cegala DJ, Lenzmeier Broz S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ*. 2002;36(11):1004-16.
59. Kramer AW, Dusman H, Tan LH, Jansen JJ, Grol RP, van der Vleuten CP. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Med Educ*. 2004;38(2):158-67.
60. Gude T, Vaglum P, Anvik T, Baerheim A, Fasmer OB, Grimstad H, et al. Do physicians improve their communication skills between finishing medical school and completing internship? A nationwide prospective observational cohort study. *Patient Educ Couns*. 2009;76(2):207-12.
61. Yudkowsky R, Downing SM, Sandlow LJ. Developing an institution-based assessment of resident communication and interpersonal skills. *Acad Med*. 2006;81(12):1115-22.
62. Ruiz Moral R, Rodriguez Salvador JJ, de Torres LP, Prados Castillejo JA. Effectiveness of a clinical interviewing training program for family practice residents: a randomized controlled trial. *Fam Med*. 2003;35(7):489-95.
63. Ericsson KA. Deliberate practice and acquisition of expert performance: a general overview. *Acad Emerg Med*. 2008;15(11):988-94.
64. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):361-7.
65. Wouda JC, van de Wiel HB. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):57-62.

66. ACGME. Accreditation Council for Graduate Medical Education.[Internet]. USA: ACGME; 2015[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from: <https://www.acgme.org/acgmeweb/>.
67. RCPSC. College Royal des Medecins et Chirurgiens du Canada.[Internet]. Canada: RCPSC; 2015[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/credentials>.
68. 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):1385-7.
69. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390-3.
70. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: better standards, better physicians, better care[Internet]. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>.
71. von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008;42(11):1100-7.
72. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Holzer H, Langewitz W, Muhlinghaus I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81(2):259-66.
73. 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.
74. Borrell Carrió F. Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma; 1988.
75. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
76. Ruiz Moral R. Escala CICAA. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización.[Internet]. Barcelona: Esteve; 2006[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.doctutor.es/competencias-transversales/comunicacion-asistencial/>.
77. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*. 2012;44(06):358-65.
78. Rosselot E. [Looking for the physicians that our countries need: emphasis on communication and training of academics]. *Rev Med Chil*. 2003;131(3):331-7.
79. Dupuy LP LA. Entrevista clínica: Algunas herramientas. *Arch Med Fam*. 2004;1(1):11-5.
80. Leite ÁJM CA, Coelho Filho JM. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. Sao Paulo: Sarvier; 2007.
81. Beca JP, Browne F, Repetto P, Ortiz A, Salas C. Relación estudiante de medicina-enfermo: visión de los estudiantes. *Rev Med Chil*. 2007;135(12):1503-9.
82. Shellenberger F, Dupuy L, Bernstein J. Intervención psicoterapéutica breve: una herramienta para los profesionales de atención primaria. *Arch Med Fam*. 2008;5(1):1-5.
83. Ramos V. A consulta em 7 passos. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25:208-20.
84. Casasbuenas Duarte L. Reflexiones en torno a la enseñanza de la comunicación para la salud. *Iatreia*. 2010;23(4):400-4.
85. Petra-Micu IM. La enseñanza de la comunicación en medicina. *Inv Ed Med*. 2012;1(4):218-24.
86. De Marco MA, Abud CC, Lucchese AC, Zimmermann VB. Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença. Porto Alegre: Artmed; 2012.

87. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac med.* 2006;67:30-7.
88. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero. Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. *Boletín Oficial del Estado (España)*, nº 40, (13-02-2008).
89. Ruiz Moral R. A conceptual proposal to guide the development of a curriculum in physician-patient communication skills. *Educ Med.* 2015;16(1):57-65.
90. Harden RM. Learning outcomes and instructional objectives: is there a difference? *Med Teach.* 2002;24(2):151-5.
91. Médica E, Catalana A, de Euskadi EM, Sociedad Aragonesa de Educación Médica S. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. *Educ Med.* 2005;8(1):3-7.
92. ANECA. Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje.[Internet]. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2013[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from:<http://www.aneca.es/Sala-de-prensa/Noticias/2013/ANECA-presenta-la-Guia-para-la-redaccion-y-evaluacion-de-los-resultados-del-aprendizaje>.
93. Krathwohl DR. A revision of Bloom's taxonomy: An overview. *Theory Pract.* 2002;41(4):212-8.
94. Biggs JB. *Teaching for quality learning at university: What the student does.* UK: McGraw-Hill Education; 2011.
95. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management science.* 1963;9(3):458-67.
96. Pill J. The Delphi method: substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Soc Econ Plan Sci.* 1971;5(1):57-71.
97. Delbecq AL, Van de Ven AH. A group process model for problem identification and program planning. *J Appl Behav Sci.* 1971;7(4):466-92.
98. NIH. Consensus Development Program.[Internet]. National Institutes of Health. Department of Health & Human Services; 2015[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
99. Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence based medicine. *BMJ.* 1999;319(7225):1618.
100. Briones E, Marín I, Álvarez R, Reyes A, Berra A. *Fundamentos de consenso en el ámbito de las Ciencias de la Salud.* Granada: Monografías EASP; 1996.
101. Peiró S, Portella E. *El grupo nominal en el entorno sanitario.* Quaderns de Salut Publica i Administració de Serveis de Salut 1. Valencia: Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut; 2003.
102. Landeta J. *El método Delphi. Una técnica de previsión del futuro.* Barcelona: Ariel; 2002.
103. Dalkey NC, Brown B, Cochran S. *The Delphi method, III: use of self ratings to improve group estimates.* Santa Monica (California): Rand Corporation, 1969 Contract No.: RM-6115-PR.
104. Galane T MJ. The choice of an optimum group of experts. *Technol Forecast Soc Change.* 1986;30:245-50.
105. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs.* 1994;19(1):180-6.
106. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs.* 2003;41(4):376-82.

107. Caballero Martínez F. Mejora de un método de consenso experto para reducir la variabilidad de la práctica clínica: Aplicabilidad y rendimiento de una adaptación del método Dolphi modificado, como instrumento de consenso experto para elaborar recomendaciones en situaciones de incertidumbre clínica[tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
108. Dajani JS, Sincoff MZ, Talley WK. Stability and agreement criteria for the termination of Delphi studies. *Technol Forecast Soc Change*. 1979;13(1):83-90.
109. Nelms KR, Porter AL. EFTE: An interactive Delphi method. *Technol Forecast Soc Change*. 1985;28(1):43-61.
110. Timbie JW, Damberg CL, Schneider EC, Bell DS. A conceptual framework and protocol for defining clinical decision support objectives applicable to medical specialties. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;12(93):1-12.
111. Murry JW, Hammons JO. Delphi-a versatile methodology for conducting qualitative research. *Rev High Ed*. 1995;18(4):423-36.
112. Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR. The Modified Delphi Technique:A Rotational Modification. *J Hum Resour*. 1999;15(2):50-8.
113. Stewart J, O'Halloran C, Harrigan P, Spencer JA, Barton JR, Singleton SJ. Identifying appropriate tasks for the preregistration year: modified Delphi technique. *BMJ*. 1999;319(7204):224-9.
114. Goodman LA. Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*. 1961;32(1):148-70.
115. Pastor L, Lacalle J, de Villar E, Pérez I, Gómez E. Sistemática de la composición de los paneles de expertos. In: Berra de Unamuno A MLI, Álvarez Gil R, editor. Metodología de expertos Consenso en medicina. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 71-80.
116. Weinstein BD. What is an expert? *Theor Med*. 1993;14(1):57-73.
117. Ericsson KA, Charness N. Expert performance: Its structure and acquisition. *Am Psychol*. 1994;49(8):725.
118. Dalkey NC. The Delphi Method: An experimental study of group opinion. Santa Monica (California): Rand Corporation, 1969 Contract No.: RM-59999-PR.
119. Ampudia-Blasco FJ, Baos Vicente V, Caballero Martínez F, Álvarez-Sala Walther LA. Criterios profesionales sobre el papel de ezetimiba en el manejo clínico del paciente dislipémico en el ámbito de atención primaria. *Av Diabetol*. 2009;25(5):399-407.
120. Caballero Martínez F, Plaza V, Quirce Gancedo S, Fernández Benítez M, Gómez Ruiz F, López Vina A, et al. [External assessment of the GEMA2009 recommendations by a multidisciplinary expert panel on asthma]. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(8):411-9.
121. Villanueva V, Sánchez-Alvarez JC, Peña P, Puig JS, Caballero-Martínez F, Gil-Nagel A. Treatment initiation in epilepsy: an expert consensus in Spain. *Epilepsy Behav*. 2010;19(3):332-42.
122. Medrano López C, García-Guereta L, Fernández Pineda L, Malo Concepción P, Maroto Alvaro E, Santos de Soto J, et al. [Clinical consensus on respiratory syncytial virus (RSV) infection prophylaxis and the use of palivizumab in paediatric cardiology.]. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72(6):432 e1-13.
123. Martín-Carrasco M, Agüera-Ortiz L, Caballero-Martínez L, Cervilla-Ballesteros J, Menchón-Magrina JM, Montejo-González AL, et al. Consensus of the SEPG on depression in the elderly. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(1):20-31.
124. Bobes-García J, Saiz-Ruiz J, Bernardo-Arroyo M, Caballero-Martínez F, Gilaberte-Asín I, Ciudad-Herrera A. Delphi consensus on the physical health of patients with schizophrenia: evaluation of the recommendations of the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry by a panel of experts. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(3):114-28.

125. Plaza V, Calle M, Molina J, Quirce S, Sanchis J, Viejo JL, et al. External validation of the recommendations of the multidisciplinary consensus about inhaled therapies. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(6):189-96.
126. Cozar-Olmo JM, Hernandez-Fenandez C, Minana-Lopez B, Amon-Sesmero JH, Montlleo-Gonzalez M, Rodriguez-Antolin A, et al. [Consensus on the clinical impact of the new scientific evidence available on benign prostatic hyperplasia]. *Actas Urol Esp*. 2012;36(5):265-75.
127. Pérez C, Rodríguez MJ, Guerrero A, Margarit C, Martín-Estefanía C, Oteo-Álvaro A, et al. Consenso experto sobre el uso clínico de los tratamientos por vía tópica en el manejo del dolor neuropático periférico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2013;20(6):308-23.
128. Foro Dislipidemia Aterogénica. Consenso multidisciplinar sobre dislipidemia aterogénica. *Clin Inves Arterioscl*. 2013;25(2):83-91.
129. Millan Nunez-Cortes J, Pedro-Botet J, Brea-Hernando A, Diaz-Rodriguez A, Gonzalez-Santos P, Hernandez-Mijares A, et al. Use of expert consensus to improve atherogenic dyslipidemia management. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014;67(1):36-44.
130. Esteban M, Salinas J, Arlandis S, Diez J, Jimenez M, Rebassa M, et al. Expert consensus on scientific evidence available on the use of botulinum toxin in overactive bladder. *Actas Urol Esp*. 2014;38(4):209-16.
131. Cannata-Andia J, Torregrosa JV. Spanish nephrologists and the management of mineral and bone metabolism disorders in chronic kidney disease. *Nefrologia*. 2014;34(2):175-88.
132. Martínez-Sauquillo Amuedo ME, de Vargas ER. Método de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. Método RAND/UCLA. *Rehabilitación*. 2001;35(6):388-92.
133. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica (California): RAND, 2001 Contract No.: MR-1269
134. Fernández de Pinedo I. NTP 15: Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Barcelona: Centro de Investigación y Asistencia Técnica. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1982.
135. Silverman J KS, Draper J. Skills for communicating with patients. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford Radcliffe; 2005.
136. Rimal RN, Lapinski MK. Why health communication is important in public health. *Bull World Health Organ*. 2009;87(4):247-a.
137. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423-33.
138. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-3.
139. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):191-5.
140. Rivera-Cisneros AE, González NJ, Martínez-López S, Campos-Castolo M, Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, et al. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica. *Cir y Cir*. 2003;71(3):210-6.
141. Hernández-Torres I F-OM, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med Fam*. 2006;8(2):137-43.
142. Trejo-Mejía J, Estrada-Salgado D, Peña-Balderas J, Garnica-García J, Ángeles-Cruz R, Díaz-Reyes J, et al. Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México. *Arch Med Fam*. 2005;7:109-16.
143. Moore P, GÓmez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿ Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*. 2010;138(8):1047-54.

144. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Rev comun salud*. 2014;4:19-34.
145. Alonso González M, Kraftchenko Beoto O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. *Educ Med Super*. 2003;17:39-46.
146. Sáez M. Modelo clínico centrado en el paciente. *Arch Med Fam Gen*. 2008;5(1):2-11.
147. EEES. Declaración de Bolonia.[Internet]. EEES; 1999[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.eees.es/es/home>.
148. ANECA. Libro Blanco del Título del Grado en Medicina.[Internet]. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2005[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.aneca.es/Documentos-y-publicaciones/Otros-documentos-de-interes/Libros-Blancos>.
149. Ferreira Padilla G, Ferrandez Anton T, Baleriola Julvez J, Almeida Cabrera R. [Communication skills in the curriculum of Medical students from Spain (1990-2014): From the Primary Health Care to the Bologna Plan. A descriptive study]. *Aten Primaria*. 2015;47(7):399-410.
150. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Perfil por competencias del Médico General Mexicano[Internet]. México: Elsevier; 2008[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.amfem.edu.mx/intpublicadranet/descargas/competencias.pdf>.
151. Contenidos curriculares básicos para la carrera de medicina. Resolución 1314/07 de la Ley de Educación Superior. CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria) (Buenos Aires), (04-09-2007).
152. Faculdade de Medicina de Lisboa. O Licenciado Médico em Portugal Core Graduates Learning Outcomes Project [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Editorial do Ministério da Educação; 2005[acceso 28 de noviembre de 2015]. Available from: [http://sigarra.up.pt/fmup/pt/web\\_gessi\\_docs.download\\_file\\_name=F2055226585/licenciadome dico\\_portugal2005-2.pdf](http://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_gessi_docs.download_file_name=F2055226585/licenciadome dico_portugal2005-2.pdf).
153. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução nº 3, de 20 de junho. Ministério da educação Conselho nacional de educação Câmara de educação superior. Diário Oficial da União (Brasília),(06-06-2014).
154. UAB. Facultad de Medicina [Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.uab.cat/web/facultad-1229326685845.html>.
155. UB. Grau de Medicina[Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: [http://www.ub.edu/web/ub/ca/estudis/oferta\\_formativa/graus/fitxa/M/G1046/index.html](http://www.ub.edu/web/ub/ca/estudis/oferta_formativa/graus/fitxa/M/G1046/index.html).
156. UNAM. Facultad de Medicina [Internet]. México: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.facmed.unam.mx/>.
157. UCDCP. Escuela de Medicina[Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica De Chile. Escuela de Medicina; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://medicina.uc.cl/>.
158. UFV. Grado en Medicina[Internet]. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria. Facultad de CC. Biosanitarias.; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.ufv.es/grado-en-medicina>.
159. UIC. Grado en Medicina[Internet]. Barcelona: Uniuniversitat Internacional de Catalunya; 2014[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.uic.es/es/estudios-uic/salud/grado-en-medicina>.

160. UCH. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile [Internet]. Chile: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.med.uchile.cl/>.
161. UM. Medicina[Internet]. Buenos Aires: Universidad Maimónides. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://www.maimonides.edu/es/informacion.php?numero=53&acu=3>.
162. UNMSM. Facultad de Medicina de San Fernando [Internet]. Lima: Facultad de Medicina de San Fernando.; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://medicina.unmsm.edu.pe/>.
163. UP. Faculdade de Medicina[Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web\\_page\\_inicial](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_page_inicial).
164. 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):177-83.
165. Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: progress, problems, and promise. *JAMA.* 1993;269(16):2101-5.
166. Brown J. How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Med Educ.* 2008;42(3):271-8.
167. BMA. Communication Skills Education for Doctors: an update [Internet]. UK: British Medical Association; 2004[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: <http://faculty.ksu.edu.sa/nadalyousefi/communication%20skills/Communication%20skills.pdf>.
168. GMC. Undergraduate education publications[Internet]. UK: General Medical Council; 2015[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: [http://www.gmc-uk.org/publications/undergraduate\\_education\\_publications.asp](http://www.gmc-uk.org/publications/undergraduate_education_publications.asp).
169. Borrell-Carrió F, Cléries X, Paredes-Zapata D, Borrás-Andrés JM, Sans-Corrales M, Mascort-Roca JJ. Proceso de Bolonia (VI): aprendiendo comunicación para la salud en el Grado de Medicina. *Educ Med.* 2012;15(4):197-201.
170. Yániz Álvarez de Eulate C. Planificar la enseñanza universitaria para el desarrollo de competencias. *Educatio Siglo XXI* [Internet]. 2007[acceso 30 de noviembre de 2015]. 24:[17-34 pp.]. Available from: <http://revistas.um.es/index.php/educatio/article/view/151>.
171. Thompson SK. Adaptive sampling in behavioral surveys. *NIDA Res Monogr.* 1997;167:296-319.
172. Berg S. Snowball Sampling—I. *Encyclopedia of Statistical Sciences*: John Wiley & Sons, Inc.; 2004.
173. Vogt WP, Johnson RB. *Dictionary of statistics & methodology: A nontechnical guide for the social sciences*: Sage; 2011.
174. Dupuy LP. Anamnesis de la anamnesis. *Arch Med Fam.* 2012;9(1).
175. Mota Cardoso R. *Competências clínicas de comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2013.
176. Nunes JM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisbon: Bayer Health Care; 2007.
177. Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K, Hepworth J, Lorenz A. Family interviewing: a review of the literature in primary care. *Fam Med.* 2002;34(5):312-8.
178. Hartmann M, Bazner E, Wild B, Eisler I, Herzog W. Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychother Psychosom.* 2010;79(3):136-48.
179. Campbell TL, Patterson JM. The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *J Marital Fam Ther.* 1995;21(4):545.

180. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *Jama*. 1997;278(6):502-9.
181. Epstein RM. Mindful practice. *Jama*. 1999;282(9):833-9.
182. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama*. 2005;293(9):1100-6.
183. Mercer SW, Reilly D, Watt GC. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *Br J Gen Pract*. 2002;52(484):901-5.
184. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-64.
185. Rakel DP, Hoelt T, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009;41(7):494-501.
186. Morrison G, Goldfarb S, Lanken PN. Team training of medical students in the 21st century: would Flexner approve? *Acad Med*. 2010;85(2):254-9.
187. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *Jama*. 2006;296(4):427-40.
188. Howie JG, Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Fam Pract*. 2004;21(4):458-68.
189. Stewart M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract*. 2005;55(519):793-801.
190. Branch WT, Jr. Use of critical incident reports in medical education. A perspective. *J Gen Intern Med*. 2005;20(11):1063-7.
191. Branch WT, Jr., Davis K, Weng M. Teaching compassion. *Patient Educ Couns*. 2012;89(1):3-4.
192. Epstein RM, Korones DN, Quill TE. Withholding information from patients--when less is more. *N Engl J Med*. 2010;362(5):380-1.
193. Talbot M. Good wine may need to mature: a critique of accelerated higher specialist training. Evidence from cognitive neuroscience. *Med Educ*. 2004;38(4):399-408.
194. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med*. 2007;356(4):387-96.
195. Van der Vleuten CP, Norman GR, De Graaff E. Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability. *Med Educ*. 1991;25(2):110-8.
196. Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 1996;1(1):41-67.
197. Rodríguez Salvador J. Comunicar con la familia. In: Ruiz Moral R, editor. *Comunicación Clínica*. Madrid: Panamericana; 2014. p. 119-32.
198. Abalos D. *La comunidad Latina in The United States. Personal and Political Strategies for Transforming Culture*. Westport, CT: Praeger Publishers; 1998.
199. Hofstede G. *Culture's consequences*. Beverly Hills, CA: Sage; 1980.
200. Navarro Ardoy L. Modelos ideales de familia en la sociedad española. *Rev Int Sociol*. 2006;64(43):119-38.
201. Fundación Encuentro. Informe España 2011 una interpretación de su realidad social [Internet]. Madrid: Fundación Encuentro; 2015 [acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from: [http://www.fund-encuentro.org/informe\\_espana/indiceinforme.php?id=IE18](http://www.fund-encuentro.org/informe_espana/indiceinforme.php?id=IE18).
202. González MJZ, Prados MIS. Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología*. 2007;23(1):72-84.
203. Alba LH. Familia y práctica médica. *Univ Méd*. 2012;53(2):166-85.

204. Fundación Mapfre. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado[Internet] España: Fundación Mapfre; 2011[acceso 30 de noviembre de 2015]. Available from:<https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>.

205. Tandeter H, Carelli F, Timonen M, Javashvili G, Basak O, Wilm S, et al. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: a European Delphi survey among EURACT representatives. Eur J Gen Pract. 2011;17(4):217-20.

