

ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LOS GRADOS DE MEDICINA EN ESPAÑA

ANALYSIS OF FORMATION IN COMMUNICATION AND THE DOCTOR-PATIENT
RELATIONSHIP IN THE DEGREES OF MEDICINE IN SPAIN

A. RIVERA REY | E. VERES OJEA | F. REGO GONZÁLEZ | J. M. TÚÑEZ LÓPEZ
alrírey@gmail.com | elenaveres92@gmail.com | frankanhotas@gmail.com |
miguel.tunez@usc.es

Universidade de Santiago
de Compostela

Resumen: En este artículo recogemos las conclusiones obtenidas de una investigación sobre la comunicación en la formación de los licenciados en medicina en torno al manejo de la relación médico-paciente a través del análisis de las guías docentes de las materias de comunicación impartidas en los grados de Medicina en España. Estas observaciones se contrastaron con la valoración de expertos en comunicación y de los decanos o responsables de las titulaciones de Medicina y de Comunicación en España. Los resultados permiten valorar que la formación en comunicación que reciben los estudiantes de medicina es escasa. **Palabras clave:** relación médico-paciente; medicina; habilidades de comunicación; universidades.

Abstract: In this article we gather the conclusions of a study about the communication in the medical graduates training regarding the doctor-patient relationship through the analysis of the communication study plans given in the medical schools in Spain. These observations were compared with the assessment of communication experts and those responsible of the communication and medical degrees in Spain. The results show that the communication training received by medical students is insufficient. **Keywords:** Doctor-patient relationship; Medicine; Communication abilities; Universities.

Referenciar como: Rivera Rey, A., Veres Ojea, E., Rego González, F., & Túñez López, J. (2016). Análisis de la formación en comunicación y la relación médico-paciente en los grados de Medicina en España. *index.comunicación*, 6(1), 27-51. Recuperado de <http://journals.sfu.ca/index.comunicacion/index.php/index.comunicacion/article/view/206/193>

1. Situación de la relación médico-paciente

El comportamiento humano, en general, está constituido por procesos complejos en los que intervienen aspectos voluntarios, inconscientes, racionales, cognitivos, intencionales, neurológicos, fisiológicos, biológicos y psicológicos, entre otros. El ser humano se comporta como un sistema dentro de un marco complejo, intersistémico e interdependiente. Sobre una estructura biológica se desenvuelve otra estructura, la psicológica, a través de la cual se forman las estructuras culturales, educativas y sociales que determinan, en última instancia, las conductas observables de los individuos. Es decir, entidades biológicas y fisiológicas (enfermedades) se mezclan con aspectos psicológicos y con determinantes sociales.

La conducta de la enfermedad es diferente según el comportamiento humano expresado. El paciente no es un sujeto pasivo ante su enfermedad, selecciona la información que recibe y elabora significados personales en función de su sistema de creencias, escala de valores, actitudes, etc. Y con todo ello construye su experiencia subjetiva de estar enfermo que determina los motivos por los que acudir a la consulta médica.

Tabla 1. Variables de la conducta de enfermedad

| |
|---|
| -Grado en el que los síntomas interfieren en la vida diaria |
| -Familiaridad e intensidad perceptiva de los síntomas |
| -Grado de tolerancia al malestar |
| -Información disponible, conocimientos y supuestos culturales |
| -Necesidades básicas que influyen en la percepción de la enfermedad |
| -Interpretaciones alternativas atribuibles a los síntomas |
| -Disponibilidad, accesibilidad y costes de los recursos sanitarios |

Fuente: Cléries (2006)

A su vez, las creencias del individuo también tienen un papel importante en la conducta de la enfermedad. Las personas no se comportan saludablemente (en el ámbito preventivo, terapéutico o rehabilitador) a no ser que se encuentren mínimamente motivadas o informadas. La conducta de salud dependerá de la intencionalidad del comportamiento, de las actitudes frente al comportamiento y de las valoraciones subjetivas respecto a la conveniencia de llevarlas a la práctica. Además, las actitudes están determinadas por las creencias en cuanto al resultado probable de la conducta y por la evaluación final del resultado. Las normas subjetivas, finalmente, están en función de lo que la persona cree, de lo que los demás piensan de la conducta (creencias normativas) y de la motivación general que el individuo tiene para actuar acorde con las normas.

Tras el diagnóstico de la enfermedad puede haber una diferencia subjetiva entre el dictamen médico y la forma en la que se percibe y el significado que

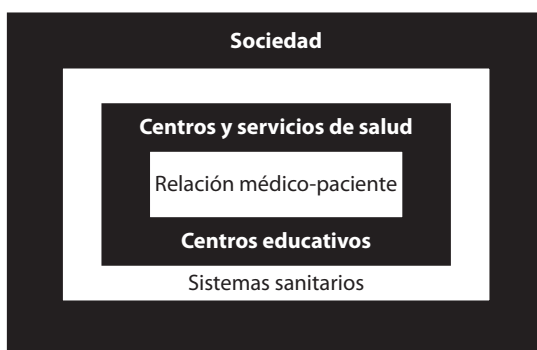
se le otorga. En muchas ocasiones lo que se entiende como enfermedad desde la pericia de los profesionales no coincide con la percepción subjetiva del paciente. El significado personal atribuido a la enfermedad influye en la respuesta emocional y en las conductas de afrontamiento.

Las repercusiones de las emociones en los procesos de enfermedad fueron estudiadas profundamente, estableciéndose la existencia de una relación entre ansiedad, hostilidad, tristeza y vivencia de estrés, y las consecuencias en el funcionamiento del sistema inmunitario, del sistema nervioso, en la evolución de enfermedades como el cáncer o trastornos cardiovasculares.

Las emociones son adaptativas. Actúan para establecer, romper o mantener la relación con el medio ambiente, así como para conectar socialmente, comunicar, establecer vínculos y revisarlos. El desarrollo emocional marcó el camino de desarrollo cognitivo y la adquisición de habilidades de relación social entre las personas quedaron íntimamente vinculadas a las habilidades de planificación y la toma de decisiones, junto con las expresiones de sentimientos y actitudes. Por lo tanto, las emociones constituyen una parte fundamental de la relación asistencial, que afecta, tanto a paciente como a profesionales, y ambos pueden sufrir los efectos en la salud y en los procesos de enfermedad.

Los profesionales también están afectados por factores emocionales en su ámbito laboral, aunque habitualmente no se conozca. Los aspectos psicológicos, particularmente los relacionados con la personalidad (al igual que en los pacientes), determinan la adaptación saludable a los efectos indeseables de las emociones. La relación que se establece entre médico y paciente se debe contextualizar en los sistemas sanitarios y educativos, ya que tanto los médicos como los usuarios, los centros de salud y los sistemas sanitarios y educativos, forman parte de una sociedad que determina las necesidades de salud de los ciudadanos y los recursos que son necesario dedicar.

Figura 1. Esquema del contexto de la relación entre médico y paciente



La relación médico-paciente es multilateral. Aunque en la mayor parte de las consultas la comunicación se realiza de uno a uno (médico-paciente), hay que tener en cuenta un tercer factor, que es la familia. Por lo tanto, la comunicación en el sistema sanitario presenta tres componentes: uno, el paciente; dos, la familia o el soporte social; y tres, el médico, parte en la que también se incluyen las enfermeras o especialistas.

En esta relación, caracterizada por ser un vínculo de ayuda, consejo, educación y de asistencia médica, Laín Entralgo (1983) distingue cinco momentos principales en la relación médico-paciente:

- ▶ 1. Los fundamentos genéricos y específicos de la relación médica. Los genéricos son de la ayuda recíproca, y los específicos vienen dados por las coordenadas histórico-sociales y técnicas.
- ▶ 2. El momento cognoscitivo, que forma parte del diagnóstico.
- ▶ 3. El momento operativo, que se concreta en tratamiento.
- ▶ 4. El momento afectivo, que se corresponde con la transferencia.
- ▶ 5. Momento ético-religioso, concretado en el compromiso moral del médico.

La relación médico-paciente fue abordada por diferentes autores, todos ellos con perspectivas muy diferentes (Modelo de relación psicoanalítica de Balint; Teoría de la transferencia y contratransferencia; Modelo de roles de Parson; Modelo según el grado de participación de Sazs e Hollender; Modelo Interaccional de Leary; Postulados bioéticos: Veatche y Emanuel; Perspectiva de Autocontrol: Byrne, Long, Roter y Hall).

Además de los modelos presentados anteriormente, entre las significativas aportaciones de los últimos años (Vazquez-Barquero, 1998; Pascual, 2001; Rojas, 2001; Borrell, 2004; Silverman, 2005; Barreto, 2007; Costa, 2011; Bellver, 2012) destaca la propuesta de Cléries X. (2010), en la cual destaca un modelo profesional-consultante como el modelo ideal de relación.

En este modelo la actividad asistencial es un encuentro de expertos (el profesional como experto de conocimientos y el paciente como experto en su vivencia); la situación del consultante es sistémica; profesional y consultante colaboran conjuntamente para afrontar el problema de salud, siendo independientes en el proceso asistencial; el encuentro asistencial se basa en una relación de diálogo entre profesional y consultante.

Según el grado de interacción de las partes y el deseo de información por parte del paciente pueden distinguirse diferentes niveles de información: de anulación, de conformidad, de vulneración –si el médico vulnera la decisión del paciente a no ser informado, se estaría vulnerando su derecho–; de pasividad informativa; de proactividad informativa: negociación y clientelismo.

En las relaciones que referencia Cléries X. (2010), en ocasiones aparecen personas que en su papel de pacientes repiten de manera inconsciente unas conductas alejadas de una relación abierta y sincera, convirtiéndose en individuos que, en el fondo, no contemplan la posibilidad de dejar de ser pacientes.

Hay profesionales que caen en esta clase de relación y que, a pesar de darse cuenta de la manera de actuar del paciente, no encuentran una solución apropiada. Podemos distinguir diferentes comportamientos del profesional según la relación asistencial sea inadecuada y venga marcada por un interés del paciente en no dejar de estar enfermo, o una relación adecuada en la que el paciente y profesional cumplen los roles del modelo asistencial propuesto por Cléries X. (2006):

- ▶ Paciente que no quiere dejar de serlo: Se queja de su indefensión, expresa sentimientos de culpabilidad, tristeza, baja autoestima y resentimiento contra su vida, exige atención inmediata y niega sistemáticamente cualquier sugerencia o solución con una respuesta de tipo “sí, pero...”.
- ▶ Profesional excesivamente atento: Quiere solucionar las quejas del paciente, aunque no depende de él solucionarlas y, a pesar de que el paciente no está dispuesto a resolverlas, trabaja más de la cuenta sin recibir una compensación, se esfuerza más que el paciente, se responsabiliza de los casos difíciles de sus compañeros, etc.; se siente mal, triste, decepcionado, impotente, cansado, rabioso, etc.
- ▶ Profesional agresivo: Se comporta agresivamente en su propio interés, castiga a los demás mostrándose como triunfador, no realiza las tareas que le corresponden, pone a los demás compañeros en situaciones difíciles, provocando ansiedad y preocupación, y por último muestra actitudes vengativas.
- ▶ Paciente vulnerable-responsable: Tiene problemas por los que pide ayuda, no provoca sus desgracias para continuar quejándose y es capaz de aportar su esfuerzo en el enfrentamiento de su problema.
- ▶ Profesional competente: Respeta la capacidad de los demás para resolver sus propios problemas, espera que los demás le pidan ayuda, pregunta que

es lo que quieren los consultados (no supone ni adivina), escucha empáticamente, señala los propios límites: tiempo, capacidad, disponibilidad, etc.; no da consejos, no juzga, no interpreta, a no ser que se le pida, reclama aquello que le pertenece, dice 'no' a aquello que no quiere o no puede hacer, expresa qué comportamiento causa problemas y de qué manera se puede cambiar o solucionar y en caso de conflicto, propone pactos para mejorar la relación.

Por lo tanto, la actitud del paciente es crucial para abordar con éxito la enfermedad y el tratamiento apropiados. Una actitud madura y colaborativa por parte del paciente tendrá que ser complementada con flexibilidad comprensiva del profesional. En este sentido, y basándonos en las aportaciones de Hersey *et al.*¹ (1998) sobre la conducta de los profesionales que ejercen su liderazgo sobre personas con finalidad de alcanzar objetivos establecidos, se contemplan dos variables de interacción: por un lado, el grado de influencia del profesional y, por otro, el grado de madurez del paciente, en relación con el objetivo de salud establecidos.

El profesional de la salud tiene que contar con un manejo de la comunicación en base a los terrenos educativos y de promoción de la salud. Pese a no estar formados en el ámbito comunicativo, la práctica hace la formación y según se van tratando diferentes situaciones se van colectando guías y pautas de actuación.

El escenario comunicativo deberá cumplir con una serie de exigencias que favorezcan un clima sosegado y de tranquilidad por el que lo primero a tener en cuenta es el entorno en el que se produce el encuentro comunicativo. Buscar un espacio físico apropiado, evitando pasillos y habitaciones compartidas. Si es una consulta, que cuente con el número de sillas precisas, mínimo tres: profesional, paciente y familiar. A ser posible convendría informar personalmente y evitar el teléfono, ya que por llamada telefónica no podemos prever la respuesta emocional ni modular la información. Es importante propiciar que el paciente se encuentre acompañado o esperar a que llegue algún familiar. Evitar las horas nocturnas por su intempestividad. Hay que tener en cuenta determinadas circunstancias personales y familiares del paciente, siempre que su consideración no implique agravamiento del proceso. La edad del paciente es muy relevante, pues la juventud y la gravedad no deben inducir al profesional a engañar. Además, el profesional debe encontrar un tiempo sin prisa para, tras informar, responder a las emociones que puedan surgir en el paciente.

Por otra parte, el médico deberá cumplir una serie de exigencias que favorezcan el intercambio de opiniones y que sitúen al paciente en una posición de

[01] Preventivo, terapéutico, rehabilitador.

reflexión y comprensión, sin que se sienta presionado para responder emocionalmente a la información recibida.

M. Ayarra y S. Lizarraga (2001) destacan cuatro habilidades principales que todo profesional tiene que saber manejar en el contacto con el paciente a la hora de comunicar malas noticias:

- ▶ 1. Silencio
- ▶ 2. Escucha activa
- ▶ 3. Empatía
- ▶ 4. Asertividad

La entrevista clínica se refiere a una situación de conversación entre el profesional de la salud y el paciente en la que se aborda el/los problema/s de salud que preocupan al paciente con el objetivo de resolver sus dudas fijando un diagnóstico y un tratamiento. Sin embargo, el profesional también tiene que tener en cuenta la parte emocional, proporcionándole al paciente una acogida adecuada y generando cordialidad, y una relación empática transmitiendo comprensión hacia sus preocupaciones.

Los principales objetivos de la entrevista clínica son: llegar a un diagnóstico, conocer al paciente, crear y mantener la relación interpersonal, comprometer al paciente con el tratamiento, respetar el tiempo, responder a las expectativas del paciente.

Pero la entrevista clínica presenta grandes complejidades por tratarse de un tipo de interacción humana en la que afloran sentimientos, emociones e ideas, por lo tanto, una situación de subjetividad que el profesional tiene que dominar de la manera más objetiva posible. El poco tiempo que tienen para interactuar profesional y paciente conlleva a que las observaciones y la recolección de síntomas sean muy meticulosos y precisos por parte del médico, y la definición de roles diferenciados complica la consecución de la confianza del usuario, de la familia y de la comunidad. Por lo tanto, el profesional se encuentra en una situación compleja debido a su rol de profesional de la salud y las exigencias del paciente, lo que le obliga a tener que transmitir del mejor modo las malas noticias (Bukman, 1984; Almanza, 1999; Rabow y McPhec, 1999; Ayarra, 2001; Alves, 2003; Gómez, 2006; Núñez, 2006; Barreto, 2007; Bascuñán, 2007; Villa, 2007; Miron, 2010).

Para estos supuestos, el protocolo más referenciado y empleado es el SPIKES (que conforma las iniciales de cada una de las actuaciones por orden de

ejecución) del oncólogo Buckman (1984), que está enfocado a la actuación del personal médico a la hora de dar un diagnóstico. Se basa en seis etapas que deben ser seguidas de forma sucesiva: *Setting*/Preparación, *Perception*/Percepción, *Invitation*/Invitación, *Knowledge*/Conocimiento, *Empathy*/Empatía, *Strategy and summary*/Resumen y planes de futuro.

Existe también el protocolo ABCDE, de Rabow y McPhec (1999), basado en cinco puntos muy semejantes a los del protocolo SPIKES: *Advance Preparation*/Preparación del ambiente, *Build a therapeutic environment relationship*/Conocer cuánto sabe y qué quiere saber; *Communicate well*/Comunicar correctamente; *Deal with patient and family reactions*/Comprender la reacción del paciente –estar atento a las reacciones emocionales y darle apoyo emocional–; *Encourage and validate emotions*/Estimular y valorar las emociones.

El profesor Almanza Muñoz (1998 y 1999) desarrolla un criterio de orientación para médicos en la comunicación de malas noticias con 10 puntos orientativos, que todavía hoy es uno de los más referenciados: establecer una adecuada relación médico-paciente, conocer cuidadosamente el historial médico, conocer al paciente como persona, preparación del sitio de la entrevista, organización del tiempo, aspectos específicos de la comunicación, atención y cuidado de la familia, detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas, abordar la dimensión humanística del paciente, trabajar con propios sentimientos.

Noticia es la ruptura del consenso social; es decir, la alteración del modo habitual de hacer o de transcurrir las cosas, con una asimetría clara entre lo positivo y lo negativo. De un modo simbólico esta definición se puede trasladar a la medicina ya que las malas noticias son aquellas que interrumpen el modo de vida habitual de una persona. Aquellos hechos que inciden de modo negativo en las expectativas vitales de una persona, tanto si le afectan a ella únicamente como si se extienden a alguien de su entorno más próximo o, en el peor de los supuestos, porque suponen un pronóstico vital corto.

Gómez M. (2006) da una definición más corta pero más centrada en lo que es la mala noticia: “Aquellas que modifican de manera radical y negativamente la idea que una persona tiene de su porvenir”.

A esta definición Alves de Lima A. (2003) añade que “se desprende que lo malo de la noticia depende de cuál es la perspectiva del paciente en relación con su futuro, perspectiva única e individual”. Las malas noticias suelen vincularse a situaciones terminales, pero pueden incluirse otras, como informarle a una embarazada del hallazgo de una malformación en su hijo o a una adolescente con polidipsia, poliuria y pérdida de peso que padece diabetes. Además, en un momento inadecuado podría ser otro ejemplo de mala noticia, como “la necesidad de angioplastia durante la semana de casamiento de una hija, una incom-

patibilidad laboral, como el diagnóstico de temblor esencial en un cirujano cardiovascular”.

Pero mala noticia no es solo la que afecta directamente al paciente. Mala noticia puede ser también para los familiares saber que un familiar suyo tiene Alzheimer, lo cual provocará que a partir de entonces sea alguien dependiente y que tenga grandes problemas para poder convivir en familia.

2. Metodología

Esta investigación se planificó con carácter exploratorio ya que no se localizaron estudios previos que analizaran los contenidos en habilidades de comunicación en las relaciones médico-paciente y su presencia/ausencia en materias de los nuevos grados de medicina en las Universidades de España. Para el diseño metodológico se recurrió a la triangulación de técnicas cuantitativas y cualitativas.

En primer lugar se procedió a la pertinente búsqueda documental de información para fijar el estado de la cuestión y elaborar hipótesis y preguntas de investigación. La ejecución del estudio de campo se resolvió a través del uso de bases y fuentes documentales y de encuestas a expertos en la temática de estudio y a los responsables de gestión de los centros universitarios en los que se imparten los estudios de medicina.

El primer paso metodológico fue la identificación de los objetivos de formación en comunicación que se derivan de las directrices comunes a todas las planificaciones docentes de medicina, tomando como referencia el libro Blanco de Medicina, aprobado por la ANECA. Posteriormente, en el primer semestre de 2014, se procedió a una búsqueda pormenorizada en el Registro de Universidades, Centros y Títulos del Ministerio de Educación (RUCT) para identificar los centros y las Universidades que en su nueva ordenación docente (adaptada a créditos ECTS) habían incluido Medicina en su oferta.

Los resultados de la búsqueda en el RUCT permitieron elaborar un censo de facultades con oferta formativa que, una vez revisado y verificado, sirvió de base para realizar una búsqueda, principalmente a través de entornos *online*, de la oferta de contenidos que cada titulación adscribía a comunicación. Para este cometido se procedió a revisar los planes de estudio atendiendo a: titularidad de la universidad (pública o privada), si los contenidos de las técnicas de comunicación en la relación médico-paciente conformaban una materia íntegra, si estaban presentes en otra materia o si, por el contrario, la facultad no impartía estos contenidos. A continuación se identificó la denominación de la materia a analizar y su carácter obligatorio, optativo o de formación básica. Se registró, además, el número de créditos de las materias analizadas y el curso y cuatrimestre en el que se imparten. También se registró en la base de datos el área a la que está

adscrita dicha materia y por qué departamento era impartida, los profesores que la instruyen y la dirección electrónica de cada uno de ellos (en caso de estar disponible).

Otro aspecto que se analizó fue la distribución horaria y la desagregación de horas expositivas, de seminario o no presenciales (en caso de estar disponible), para calcular el número de horas totales y el porcentaje de horas que se dedican a las técnicas de comunicación en la relación médico-paciente respecto al total de horas de la titulación. Finalmente, se analizaron los contenidos del programa de la materia en relación con las técnicas de comunicación médico-paciente y se revisaron las guías docentes para poder analizar en detalle los contenidos de comunicación. En base a los contenidos coincidentes, se estableció una pauta referencial en los contenidos vinculados a la formación de comunicación en las relaciones médico-paciente.

La revisión de los planes de estudio de Medicina incluidos en el RUCT se complementó con el diseño e implementación de encuestas a los gestores responsables de las facultades de Comunicación y a los de las facultades de Medicina en España, además de otra encuesta sobre idoneidad de los contenidos a expertos en gestión de relaciones públicas o en gestión de la comunicación. Ambas se realizaron con cuestionarios con preguntas cerradas y respuestas, mayoritariamente con escalas tipo Likert.

Los destinatarios de cada una de estas tres encuestas, realizadas en el periodo mayo-junio de 2014, fueron:

- ▶ los miembros de la AE-IC (Asociación Española de Investigación de la Comunicación) que están adscritos al área de gestión de la comunicación estratégica y organizacional.
- ▶ los decanos o responsables de las titulaciones de Comunicación en España.
- ▶ los decanos o responsables de las titulaciones de Medicina en España.

En la tabla 2 se detallan los universos, el número de contactos realizados y los niveles de participación o respuesta de cada uno de los tres grupos encuestados.

Tabla 2. Ficha técnica

| | Expertos AE-IC | Decanos | |
|--------------------|----------------|----------|--------------|
| | | Medicina | Comunicación |
| Universo | 323 | 42 | 51 |
| Contactados | 282 | 36 | 41 |
| Desaparecidos | 49 | 6 | 10 |
| Muestra | 136 | 21 | 12 |
| Nivel de respuesta | 48,22% | 58,33% | 29,27% |

Fuente: elaboración propia

La ausencia de estudios previos similares, como se reseñó, animó a plantear la investigación con carácter exploratorio para averiguar cuál es la formación de los especialistas en el ámbito de la comunicación en la relación médico-paciente y cuáles son las técnicas de comunicación en la relación médico-paciente más importantes. También se fijaron como objetivos:

- ▶ analizar los contenidos de las enseñanzas universitarias en materia de comunicación médico-paciente,
- ▶ conocer la opinión de expertos en gestión de relaciones y de comunicación sobre los contenidos impartidos y su adecuación a una eficaz gestión de las relaciones médico-paciente,
- ▶ conocer la opinión de los decanos o responsables de las facultades de Comunicación y Medicina sobre la comunicación y la relación médico-paciente,
- ▶ establecer una comparativa entre las técnicas de comunicación en la relación médico-paciente implementadas en los grados de Medicina y la consideración que, tanto expertos como decanos consultados, tienen al respecto.

En base a esto, las hipótesis planteadas como punto de partida son:

- ▶ la formación de los estudiantes de medicina en las técnicas de comunicación en la relación médico-paciente no es igual en todos los planes de estudio vigentes en España,
- ▶ la carga lectiva en las técnicas de comunicación en la relación médico-paciente en las universidades españolas es escasa y varía según su titularidad pública o privada,

- los profesores o profesoras de materias de comunicación o materias que tienen contenidos en comunicación tiene formación específica en medicina pero no en comunicación

Durante la realización de la investigación aparecieron algunas dificultades que obligaron a reforzar alguna de las dinámicas de búsqueda de información pero que no afectan al resultado final ni distorsionan los resultados descriptivos globales que se ofrecen. Citamos, entre ellos, que: algunas universidades no mostraban la posibilidad de acceso a sus guías docentes pero sí el nombre de las materias a impartir (Universitat de Barcelona, Universidad de Extremadura y la Universidad de Alcalá-Centro Universitario de la Defensa); la imposibilidad de encontrar todos los nombres del profesorado que impartía materias relacionadas con comunicación o de identificar en la web el área y el departamento al que estaba adscrita la materia en cuestión (Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Internacional de Catalunya, Universidad Católica de Valencia ‘San Vicente Mártir’, Universidad Alfonso X El Sabio, Universidad Europea de Madrid, Universidad del País Vasco, Universidad de Valencia).

3. Resultados

Para obtener los resultados consultamos las indicaciones del Libro Blanco de Medicina de la ANECA (2005) referidas a los contenidos de comunicación, las materias de comunicación en los grados de Medicina, el análisis de contenidos de las guías docentes de materias de medicina con comunicación, las respuestas obtenidas de los expertos y, por último, las respuestas obtenidas en nuestra encuesta a los responsables de las titulaciones de Comunicación y de Medicina de las universidades españolas.

3. 1 Comunicación en el Libro Blanco de Medicina

La primera indicación que se da para el bloque de ‘Habilidades de Comunicación’ en el Libro Blanco de Medicina de la ANECA (2005) es que es recomendable que ocupe cinco créditos ECTS, lo que sería un 1,39 por ciento sobre el total de la titulación y unas 125/150 horas de media.

Dentro del Libro Blanco de la Medicina de la ANECA (2005) se hace referencia a los mínimos exigibles que se deben de enseñar dentro del bloque de ‘Habilidades de Comunicación’, competencia de este estudio. Los contenidos mínimos a enseñar se referencian dentro de los dos siguientes cuadros, uno que indica el “Saber” y otro el “Saber hacer”. El primero indica los contenidos generales que se deben de impartir, y el segundo cómo se deben de impartir.

Tabla 3. "Saber" de Habilidades de Comunicación

| SABER | |
|--------------|--|
| 1. | Modelos de relación clínica. |
| 2. | Tipos y fases de la entrevista. |
| 3. | Características del entrevistador. |
| 4. | Elementos de la comunicación verbal y no verbal. |
| 5. | Interferencias en la comunicación. |

Fuente: ANECA (2005)

Tabla 4. "Saber hacer" de Habilidades de Comunicación

| SABER HACER | | |
|--|---|--|
| Saber hacer con competencia (rutinariamente y sin supervisión) | Tenerlo practicado tutorizadamente (bajo supervisión del tutor) | Tenerlo visto practicar por un experto |
| Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aqueja al enfermo, y comprender el contenido de esta información. | Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria. | Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales. |
| Redactar historias clínicas, informes y otros registros médicos de forma comprensible a terceros. | Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación. | Establecer una buena comunicación interpersonal, que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, a los medios de comunicación y otros profesionales. |
| Redactar instrucciones adecuadas para los pacientes. | Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos. | Aconsejar adecuadamente a los pacientes sobre mejoras en sus hábitos de salud y profilaxis que eviten o disminuyan el recurso a medicamento o terapias invasivas. |
| Exposición oral y escrita de trabajos científicos ante un auditorio. | | Obtener un consentimiento informado. |

Fuente: ANECA (2005)

3. 2 Materias con comunicación en los grados de Medicina

En primer lugar, elaboramos una lista de todas las universidades españolas que impartieran el Grado de Medicina durante el curso 2013-2014, tanto de carácter público como de carácter privado. Para eso, realizamos una búsqueda en el Registro de Universidades, Centros y Títulos del Ministerio de Educación (RUCT). Las palabras claves que empleamos para esta búsqueda de carácter general fueron “Medicina” de la rama de “Ciencias de la Salud” con un nivel académico de “Grado”. El resultado obtenido fueron 42 universidades, de las que extraemos la ubicación, la nota de corte de acceso (en caso de conocerse) y el precio estimado de la matrícula.

Por lo tanto, el resultado total fueron 42 universidades, 32 de carácter público y 10 de carácter privado. En cuanto a las materias que se imparten vinculadas a los contenidos de comunicación, observamos que 27 de las 32 universidades públicas ofertan materias específicas del tema a estudiar y sólo seis de las 10 privadas. Entonces, nueve universidades no ofertan ningún tipo de docencia de comunicación en ninguna materia (cinco públicas –Universidad de Castilla La Mancha (Ciudad Real)–, Universidad de Extremadura, Universidad de Alcalá, Universidad de Alcalá –Centro Universitario de la Defensa– y Universitat de Barcelona) y cuatro privadas (Universidad Cardenal Herrera de Castellón, Universidad Cardenal Herrera de Valencia, Universidad CEU San Pablo de Madrid y Universidad Francisco de Vitoria).

El total de materias que se ofertan en los Grados en Medicina de España y que contienen contenidos de comunicación son 38 (31 impartidas en universidades públicas y siete en privadas).

Por otra parte, también advertimos que de esas 38 materias que tienen contenidos de comunicación 19 de ellas tienen contenido íntegro de habilidades comunicativas para profesionales de la medicina y las 19 restantes contienen tan sólo determinados temas en el cómputo global de la materia.

Si nos centramos en las otras 19 materias que sólo contienen determinados temas relacionados con las técnicas de comunicación médica, 11 de ellas llevan por nombre “Psicología médica” y todas ellas tienen bloques de contenidos de comunicación que en ningún caso forman el grosor de la materia. Además, otras cuatro se llaman “Comunicación asistencial” y las cuatro restantes tienen nombres diversos y no coincidentes.

Si estudiamos el carácter de las materias, de las 19 que presentan un temario completo relacionado con la comunicación, siete son de carácter obligatorio, cinco de formación básica y optativas. Tres de esas materias opta-

tivas se imparten en la Universidad Complutense de Madrid, la universidad española con mayor oferta educativa en lo que a las técnicas de comunicación en la especialidad se refiere.

De esas 19 materias íntegras, sólo tres se imparten en universidades privadas (Universitat Internacional de Catalunya, Universidad Católica de Valencia ‘San Vicente Mártir’ y Universidad Europea de Madrid) y 16 en universidades públicas.

En lo que respecta a las 19 materias que tan sólo tienen contenidos de comunicación en lo global del temario, ocho de ellas son de carácter obligatorio, 10 de formación básica y solamente una es optativa.

Centrándonos en el número de créditos a los que equivalen las materias en cuestión, observamos cierta diferencia entre las que son materias íntegras y las que tienen contenidos parciales dentro de la materia.

En cuanto al año de docencia, dentro de las materias íntegras la mayoría se cursan en el primer ciclo del grado: cinco en primero y ocho en segundo. Sólo una se cursa en tercero y otra en cuarto. Además, la Universidad Complutense de Madrid oferta la posibilidad de cursar dichas materias, de carácter optativo, durante cualquier curso desde primero a sexto en el caso de dos materias, y de tercero a sexto en el caso de la tercera.

Si observamos ahora las materias que tienen temas de comunicación dentro de una materia podemos decir que 11 de las 19 se imparten en segundo curso, mientras que tres se imparten en primero, otras tres en tercero y sólo una en cuarto. La Universidad Europea de Madrid, en su materia ‘Psicología médica’ no aporta información ni de curso ni de semestre de docencia.

Al identificar el curso podemos analizar también el semestre en el que se imparten las materias. En primer lugar, y a lo que las materias íntegras se refiere, 10 de ellas se instruyen en el segundo semestre, seis en el primero, una en el tercer trimestre y dos son anuales. Por otro lado, las materias que no contienen contenidos de comunicación como grueso de la materia se imparten nueve en el primer semestre, ocho en el segundo y sólo una es anual. Como ya se apuntó anteriormente, la Universidad Europea de Madrid no aporta información ni del curso ni del semestre de docencia de la materia ‘Psicología médica’.

Pasamos ahora a analizar las áreas específicas en las que se integran las materias estudiadas y lo que destaca, tanto en las íntegras como en las que son solamente bloques de temario, es la disparidad y la diversidad de las mismas.

En lo que se refiere a las materias íntegras: 12 no especifican área; cuatro pertenecen al área de “Medicina social, habilidades de comunicación

e iniciación a la investigación”; una se engloba en el área de “Psicología social”; una pertenece al área de “Psiquiatría” y una corresponde al área de “Psicología médica”.

Dentro de las materias con temas de comunicación dentro del contenido general: siete no especifican área; una no aporta información al respecto; tres pertenecen a la área de “Medicina social, habilidades de comunicación e iniciación a la investigación”; dos corresponden al área de “Psiquiatría”; y las universidades restantes presentan áreas no coincidentes entre sí como “Módulo de formación clínica humana”; “Farmacología, filología inglesa, medicina legal y forense”; “Morfología, estructura y función del cuerpo”; “Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos”; “Morfología, estructura y función del cuerpo humano” y “Formación clínica”.

Centrándonos ahora en los departamentos encargados de instruir las materias analizadas y, al igual que pasa con las áreas específicas, también encontramos diferencias notables entre ellos.

Dentro de las materias íntegras, seis no especifican departamento; dos son instruidas por los departamentos de “Psiquiatría”; cuatro son multidisciplinarias –impartidas por diversos departamentos–; y las restantes pertenecen a departamentos de diferente denominación como “Neurociencias”, “Ciencias médicas y quirúrgicas”, “Medicina social”, “Psicología de la salud”, “Medicina”, “Medicina clínica adaptada” y “Medicina y cirugía”.

Entre las materias que contienen temas de comunicación, seis no especifican departamento; una no aporta información al respecto; siete son multidisciplinarias (impartidas por diversos departamentos); dos pertenecen al departamento de “Psiquiatría”; y las restantes pertenecen al departamento de diferentes denominaciones como “Unidad predepartamental de medicina”, “Psicología” y “Especialidades médico-quirúrgicas”.

3. 3 Análisis de contenidos de las guías docentes de materias de medicina con comunicación

Analizamos los contenidos de las materias con la excepción del bloque “Psicología del paciente” ya que tras el análisis de las guías docentes observamos que muchas de las materias que contienen bloques con temas de comunicación se llaman “Psicología médica”. Para este análisis tuvimos en cuenta los bloques temáticos de enseñanza más reiterados en las guías docentes, sirviéndonos de base los textos leídos.

- De las 38 materias que tienen contenidos íntegros de comunicación o bloques de temas dentro de una materia, 23 contienen tema sobre “Entrevista clínica”.

- De las 38 materias que tienen contenidos íntegros de comunicación o bloques de temas dentro de una materia, 26 contienen tema sobre “Relación médico-paciente”.

- De las 38 materias que tienen contenidos íntegros de comunicación o bloques de temas dentro de una materia, 19 contienen tema sobre “Comunicación de malas noticias”.

- De las 38 materias que tienen contenidos íntegros de comunicación o bloques de temas dentro de una materia, solamente dos contienen tema sobre “Transferencia-contratransferencia”.

- De las 38 materias que tienen contenidos íntegros de comunicación o bloques de temas dentro de una materia, sólo dos contienen tema “Afectación del dolor”.

- De las 38 materias que tienen contenidos íntegros de comunicación o bloques de temas dentro de una materia, 21 contienen tema sobre “Comunicación con el entorno del paciente”.

- De las 38 materias que tienen contenidos íntegros de comunicación o bloques de temas dentro de una materia, siete contienen tema sobre “Modelos de comunicación”.

3. 4 La opinión de los expertos en comunicación

La opinión y la evaluación de expertos en gestión de comunicación se basan en las respuestas válidas de 136 profesionales de la AE-IC. Sobre la formación de los médicos en el ámbito de la comunicación con el paciente, el 51 por ciento de los encuestados cree que es pésima o mala. Mientras, tan sólo el 14 por ciento piensa que es buena u óptima. El 35 por ciento restante valora la formación de los médicos en materia de comunicación como regular.

La puntuación media que se le otorga a este aspecto es de 2,5 sobre 5 puntos. Una valoración de la formación de los médicos en el ámbito comunicacional que ronda el suspenso para los expertos de la AE-IC.

La valoración que para los expertos de la AE-IC tienen diferentes contenidos de la materia de comunicación en el Grado de Medicina varía según su importancia:

-Entrevista clínica: El 96 por ciento considera que es un contenido importante o muy importante, mientras que para el tres por ciento es necesario y para el uno por ciento innecesario. Ninguna de las respuestas recibidas se decantó por la opción “totalmente innecesario”. La media en este apartado es de 4,5 puntos sobre 5.

-Relación médico-paciente: Tres cuartos de la muestra (75 por ciento) opina que debería ser un contenido muy importante dentro de la formación de

los profesionales de la medicina. Por contra, tan sólo un dos por ciento cree que es innecesaria o totalmente innecesaria. La media es 4,6 puntos sobre 5.

-Comunicación de malas noticias: Es el contenido más valorado por los expertos ya que un 78 por ciento de los encuestados opina que es muy importante su docencia; un 14 por ciento importante; el seis por ciento piensa que es un contenido necesario, el uno por ciento innecesario y, por último, sólo un uno por ciento opina que es totalmente innecesario. La media alcanza los 4,7 puntos sobre 5.

-Transferencia-contratransferencia: El 74 por ciento de los expertos encuestados piensa que es importante o muy importante. Destaca un 23 por ciento que valora dicho contenido como indiferente en la docencia. Media: 4,1 puntos sobre 5.

-Afectación del dolor: Un 82 por ciento considera importante o muy importante la formación en este ámbito. El 14 por ciento tiene una opinión indiferente y, por último, un cuatro por ciento cree que es innecesario. La media en este contenido es de 4,3 puntos sobre 5.

-Comunicación con el entorno del paciente: El 89 por ciento estima importante o muy importante los contenidos vinculados a este ámbito. Sólo un cinco por ciento considera innecesaria esta cuestión. La media es de 4,5 puntos sobre 5.

-Psicología del paciente: Este es el segundo contenido más valorado por los expertos. El 92 por ciento coincide en valorarlo como un contenido fundamental dentro de la formación de los médicos. Sólo un 5 por ciento considera que es innecesario. La psicología del paciente cuenta con una media de 4,6 puntos sobre 5. Aunque es una media igualada a la obtenida en el contenido "Relación médico-paciente" fue mayor el número de respuestas que hicieron referencia al ser un contenido importante o muy importante al obtenido en el tema "Relación médico-paciente".

-Modelos de comunicación: Los modelos de comunicación destacan en los resultados de la muestra por ser los menos valorados. Reúnen un 11 por ciento de respuestas que los consideran innecesarios o totalmente innecesarios. A pesar de ello, la mayoría de los expertos (71 por ciento) opina que es importante o muy importante. Media. 4,1 sobre 5 puntos.

Además de estos aspectos, tres de los encuestados coinciden en añadir un contenido complementario en la formación académica de medicina en el ámbito de la comunicación como es la empatía. Otros tres opinan que debería tratarse la mejora de aspectos de la comunicación no verbal y su interpretación. Hay que tener en cuenta que no se registran más coincidencias en las respuestas puesto que se trataba de una pregunta de libre interpretación y 112 encuestados no contestaron.

Preguntados también los expertos sobre la posibilidad de ofertar una materia íntegra de Comunicación en el grado en Medicina, 130 de las 136 respuestas (96 por ciento) coinciden en la respuesta afirmativa. El 58 por ciento de los que abogan por una materia íntegra de Comunicación, piensan que su carácter debe ser obligatorio. Un 32 por ciento opina que debería ser de formación básica y, por último, un 10 por ciento restante dice que debería ser optativa.

La encuesta desvela que no hay criterio unánime entre los expertos en gestión de comunicación sobre el departamento que debería instruir la materia de Comunicación. El hecho de ser una pregunta abierta, dio lugar a múltiples y variadas respuestas. Consideramos que aquellos que se decantaban por los departamentos de Periodismo, Comunicación, Comunicación Audiovisual y Publicidad y RRPP, hacían referencia a un mismo ámbito comunicacional. Por lo tanto, los englobamos bajo el término “Comunicación”. Así pues, el 56,15 por ciento de los expertos optan por esta opción. Siendo así la más reiterada dentro de las respuestas.

Tan sólo el 10 por ciento piensa que debería ser multidisciplinar, es decir, impartida por profesionales de diferentes departamentos (Psicología, Comunicación, Psiquiatría, etc.).

Por otra parte, piensan que debería ser un profesor del departamento de Psicología quien diese esta clase el 8,45 por ciento de los encuestados. Los departamentos que menos respaldo tuvieron fueron el de Psiquiatría (0,77 por ciento), Marketing (0,77 por ciento) y Medicina (2,3 por ciento).

Otro aspecto de la encuesta se refería a la consideración de los expertos sobre la formación en el manejo de técnicas de comunicación en el ámbito de la relación médico-paciente que tienen los especialistas que ejercen en España. Lo más destacable de las respuestas es que ningún experto valoró como muy bueno el aprendizaje en este aspecto. Aunque, el 29 por ciento considera que la formación es mala o muy mala. Finalmente, el 51 por ciento de los encuestados se decantó por la opción “regular”.

Por último, los expertos tenían ocasión de opinar libremente acerca de los aspectos anteriormente encuestados. Tres de cada diez destacan que la formación en la materia de Comunicación de los profesionales sanitarios es muy deficiente, nula o que tienen baja formación. Destacan respuestas concretas como la necesidad de impartir cursos complementarios o que la formación de los médicos en el ámbito de la comunicación se adquiere en base a la práctica.

3. 5 La opinión de los decanos de los grados de Medicina y de Comunicación

El cuestionario se remitió a todos los decanos o responsables de facultad de Medicina y de Comunicación de España. Se validaron 78 contactos, de los

que se recibieron 33 cuestionarios contestados correctamente. Globalmente, aunque ambos grupos docentes coinciden en valorar la situación “regular” de la formación de los profesionales de la medicina en el ámbito de la comunicación con paciente como la más representativa, la diferencia la encontramos en la valoración que el 38 por ciento de los decanos de Medicina hicieron de una situación “buena” frente al 8 por ciento de los decanos de Comunicación. Por contra, el 42 por ciento de los decanos de Comunicación optaron por la opción mala por sólo el 5 por ciento de los de Medicina. Ninguno de los docentes eligió la opción “muy buena”.

Las medias también son muy diversas con 0,74 puntos de diferencia. Los decanos de Medicina le dan un amplio aprobado con una nota de 3,24 sobre 5, pero, los decanos de Comunicación atribuyen un justo aprobado con un 2,5 sobre 5.

Tabla 5. Formación de los médicos en comunicación con el paciente

| Valoración Formación (1 pésimo, 5 óptimo) | | |
|---|------------------|----------------------|
| | Decanos Medicina | Decanos Comunicación |
| 1 | 5% | 8% |
| 2 | 5% | 42% |
| 3 | 52% | 42% |
| 4 | 38% | 8% |
| 5 | 0% | 0% |
| Media total: | 3,24 | 2,5 |

Fuente: elaboración propia

3. 5. 1 Valoración de la importancia de instruir contenidos de comunicación

Se observa una coincidencia general entre los decanos de las dos especialidades en etiquetar la comunicación de malas noticias como uno de los contenidos más importantes que debería contener toda materia de comunicación en la docencia de medicina. Difieren en el resto de contenidos, puesto que los decanos de medicina optan por la entrevista clínica y la relación médico-paciente, y los de comunicación por la afectación del dolor y la comunicación con el entorno del paciente.

En cuanto a los contenidos de menor importancia, también coinciden en que los modelos de comunicación y la transferencia-contratransferencia no tienen igual relevancia que los demás contenidos expuestos en la encuesta. Por su parte, los decanos de Comunicación también valoran la entrevista clínica como un contenido de menor importancia en conjunto con las demás.

Tabla 6. Medias de valoración de contenidos

| Valoración Contenidos (siendo 1 pésimo y 5 óptimo) | | |
|---|-------------------------|-----------------------------|
| | Decanos Medicina | Decanos Comunicación |
| Entrevista clínica | 4,90 | 4 |
| Relación médico-paciente | 4,86 | 4,2 |
| Comunicación malas noticias | 4,90 | 4,4 |
| Transferencia-Contratransferencia | 4,3 | 4 |
| Afectación del dolor | 4,4 | 4,3 |
| Comunicación con entorno del paciente | 4,5 | 4,3 |
| Psicología del paciente | 4,5 | 4,1 |
| Modelos de comunicación | 4,3 | 3,7 |

Fuente: elaboración propia

3. 5. 2 Consideración de la existencia de una materia íntegra de Comunicación

Aunque ambos grupos de decanos coinciden en la opinión de que debería existir una materia íntegra de Comunicación en el Grado de Medicina, varían un poco los porcentajes, siendo los decanos de Comunicación los que mayor importancia le dan a dicha necesidad.

Las opiniones difieren cuando se trata del carácter de dicha materia. Dentro del 67 por ciento de los decanos que optaron por la materia íntegra, la práctica mayoría cree que debería ser de enseñanza obligatoria, y sólo el 21 por ciento opina que debería ser optativa. Por su parte, los decanos de Comunicación se distribuyen entre el carácter obligatorio (44 por ciento) y de formación básica (33 por ciento) para dicha materia, siendo las opciones más escogidas. Sólo un 22 por ciento aboga por la opción optativa, casi el mismo porcentaje que decanos de Medicina.

Tabla 7. Carácter de la materia íntegra de Comunicación en Medicina

| Carácter de la materia | Decanos Medicina | Decanos Comunicación |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Obligatoria (OB) | 79% | 44% |
| Formación básica (FB) | 0% | 33% |
| Optativa (OP) | 21% | 22% |

Fuente: elaboración propia

3. 5. 3 Valoración de la formación de los médicos que actualmente ejercen en España

Este aspecto es en el que más difieren las opiniones de los profesionales consultados. Aunque más de la mitad de los decanos de Medicina valoraron la formación de los médicos que actualmente ejercen en España en el manejo de técni-

cas de comunicación en el ámbito de la relación médico-paciente como “regular”, coincidiendo con tres de cada cuatro decanos de Comunicación, que también opinan que la situación es “regular”. Pero lo destacable es que la segunda opción más valorada para los decanos de Medicina fue “buena” con el 24 por ciento de las respuestas y, de los de Comunicación nadie cree que la situación sea “buena”, sino “mala” (17 por ciento) o “muy mala” (8 por ciento). Por contra, sólo el 19 por ciento de las respuestas de los decanos de Medicina se decantaron por la opción “mala”.

Tabla 8. Valoración de la formación de los médicos

| Valoración | Decanos Medicina | Decanos Comunicación |
|-------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Muy mala | 0% | 8% |
| Mala | 19% | 17% |
| Regular | 57% | 75% |
| Buena | 24% | 0% |
| Muy buena | 0% | 0% |

Fuente: elaboración propia

3. 5. 4. Consideración del departamento que debería impartir comunicación

Ninguno de los decanos de Medicina valoró que, en caso de existir una materia íntegra de Comunicación, fuese un departamento de Comunicación el que la impartiese, sino un departamento de Ciencias médicas como Psicología o Medicina. Por su banda, los decanos de Comunicación coincidieron en cuatro de las siete respuestas, que debería ser un departamento de Comunicación, sólo dos encuestados optaron por un departamento de Psicología y uno por uno de Humanidades médicas. Ninguno de los gestores valoró la posibilidad de que dicha materia fuese impartida por un departamento multidisciplinar, conformado por profesionales de los diferentes ámbitos docentes como Psicología, Medicina, Comunicación, etc.

4. Conclusiones

La revisión del Libro Blanco de Medicina, el catálogo de títulos de Medicina en el RUCT, las guías docentes de las materias con comunicación incorporadas a estos planes y las encuestas a expertos en gestión de comunicación y a los decanos/responsables de los centros académicos con títulos de Medicina o de Comunicación en España permite realizar un mapeo de estos estudios del que, como se fijaba en los objetivos, es posible conocer que se ofertan materias vinculadas con las técnicas de comunicación médico-paciente en 27 universidades publi-

cas y seis privadas a través de, globalmente, 38 materias con contenidos vinculados con el manejo de relaciones médico-paciente. Hay dos coincidencias destacables: una, que cuatro de las materias íntegras y tres de las que figuran con contenidos de comunicación dentro del temario pertenecen al área de “Medicina social, habilidades de comunicación e iniciación a la investigación” y todas ellas son impartidas en universidades públicas; la segunda, que ninguna se relaciona con el área de Comunicación Audiovisual y Relaciones Públicas o de Periodismo.

Globalmente, los resultados de la investigación verifican las tres hipótesis de partida ya que la oferta formativa no es uniforme en todas las facultades, la carga lectiva y el rango de la materia también varía y el profesorado es experto en medicina pero no referencia tener formación específica en comunicación.

La investigación refleja, además, diferencias entre el diseño de contenidos óptimos y los contenidos que se ofertan. Los contenidos que en la investigación se identifican como los más importantes que deberían instruirse, según los decanos de las facultades de Medicina, son la “Entrevista clínica” y la “Comunicación de malas noticias”, y para los decanos de las facultades de Comunicación son la “Comunicación de malas noticias”, “Afectación del dolor” y “Comunicación con el entorno del paciente”. Por otra banda, para los expertos de las AE-IC que gestionan comunicación y relaciones, dichos contenidos serían “Comunicación de malas noticias”, “Psicología del paciente” y “Relación médico-paciente”.

La investigación también desvela que no todas las facultades imparten todos los contenidos que se consideran importantes por los responsables de las facultades. El análisis comparativo de las guías docentes de las materias desvela que contenidos básicos como “Comunicación de malas noticias” se incluyen sólo en 19 de 38 materias analizadas; “Comunicación con el entorno del paciente” sólo están 21 de las 38 materias; “Relación médico-paciente”, en 27 de las 38 materias; y “Entrevista clínica” en tan sólo 23 de las 38. Es significativa la diferencia en el caso de “Afectación del dolor” que sólo se imparte en dos universidades.

La evaluación sobre el contenido impartido y las necesidades formativas para un óptimo manejo de relaciones –marcado como objetivo de la presente investigación– también ofrece visiones y escenarios bien diferentes. Por un lado, los decanos de Medicina son los que mejor estimación tienen de las técnicas de comunicación de los profesionales de la salud ya que le otorgan una media de 3,2 sobre 5 puntos. Por otro, la valoración media de los expertos de la AE-IC y los de las facultades de Comunicación es algo más baja, un 2,5 sobre un máximo de 5; es decir, un aprobado ajustado.

Es indicador del carácter descriptivo con el que se plantean objetivos y preguntas de esta investigación que únicamente 12 de las 42 universidades que aparecen en el RUTC con estudios de Medicina en él ofertan específicamente temas de técnicas de comunicación en la relación médico-paciente dentro de alguna materia. Todas ellas son de seis créditos y de 150 horas, por lo que cumplirían parcialmente las directrices del Libro Blanco de la Medicina de la ANECA: Universidad de Sevilla, Universidad de Zaragoza, Universidad de La Laguna, Universidad de Castilla-La Mancha –Albacete–, Universidad de Valladolid, Universidad Jaume I, Universidad de Oviedo, Universidad de Salamanca, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad del País Vasco, Universidad de Murcia y Universidad Católica de San Antonio de Murcia.

Según los requisitos de habilidades de comunicación, que la ANECA (2005) indica que habría que impartir comprobamos que estos sólo se cumplen en su totalidad en ocho (siete públicas y una privada) de las 42 universidades: Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba, Universidad de Granada, Universidad de La Laguna, Universidad de Castilla-La Mancha –Albacete–, Universitat Pompeu Fabra, Universitat de Lleida y Universitat Católica de Valencia ‘San Vicente Mártir’.

5. Bibliografía

- ▶ ALMANZA MUÑOZ, J. J.; HOLLAND, J. C. (1998): ‘La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia’, en *Revista Sanidad Militar*, nº 52(6), pp. 372-378.
- ▶ ALMANZA MUÑOZ, J. J.; HOLLAND, J. C. (1999): ‘La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia’, en *Revista Sanidad Militar*, nº 53(2), pp. 160-164.
- ▶ ALVES DE LIMA, Alberto (2003): ‘Cómo comunicar malas noticias y no morir en el intento’, en *Revista argentina de cardiología*, nº 71, pp. 217-220.
- ▶ AYARRA, M.; Lizarraga, S. (2001): ‘Malas noticias y apoyo emocional’, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, nº 24(2).
- ▶ BARRETO, M. P. y SOLER, M. C. (2007): ‘Tratamiento I: Guía para el terapeuta’, en BARRETO, M. P. y SOLER, M. C. *Muerte y duelo*, pp. 89-164. Madrid: Síntesis.
- ▶ BASCUÑÁN, M. L.; ROIZBLATT, A.; ROIZBLATT D. (2007): ‘Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio’, en *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, nº 51(2), pp. 28-31.
- ▶ BELLVER, A. (2012): ‘Aportaciones desde la psicooncología a la formación en técnicas y habilidades de la comunicación’, en *Cuadernos biográficos de psico-bioquímica*, nº 1, pp. 33-44.

- ▶ BORRELL, F. (2004): *La entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- ▶ BUCKMAN, R. (1984): 'Breaking bad news: why is it still so difficult?', en *Br Med Journal*, n° 1984(288), pp. 1.597-1.599.
- ▶ CLÉRIES, X. (2006): *La Comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.
- ▶ CLÉRIES, X. (2010): 'La comunicación en el ámbito de la salud', en *Bioética & debat*, n° 60, pp. 7-10.
- ▶ COSTA, C. (2011): *La comunicación en el hospital. La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario*. Sevilla: Comunicación Social.
- ▶ GÓMEZ SANCHO, M. (2006): *Cómo dar las malas noticias en Medicina*. Madrid: Arán ediciones.
- ▶ HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H.; y JOHNSON, D. E. (1998): 'Administración del comportamiento organizacional', en *Liderazgo situacional*, n° 7.
- ▶ LAÍN, P. (1983): *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial.
- ▶ MIRÓN, R. (2010): 'Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera', en *Revista Especial de Comunicación*, n° 1 (1), pp. 39-49.
- ▶ NÚÑEZ, S.; MARCO, T.; BURILLO-PUTZE, G.; y OJEDA, J. (2006): 'Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias', en *Medicina clínica*, n° 127(15), pp. 580-583.
- ▶ PASCUAL, P.; e INDURÁIN, S. (2001): 'Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas', en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, n° 24(2), pp. 15-21.
- ▶ RABOW, M. W.; y MCPHEE, S. (1999): 'Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer', en *West Journal of Medicine*, n° 171, pp. 260-263.
- ▶ ROJAS, L. R.; y ARAPE, E. (2001): 'Comunicación, conflicto y negociación', en *Revista TELOS*, n° 3(3), pp. 367-373.
- ▶ SILVERMAN, J.; KURTZ, S.; y DRAPER, J. (2005): *Skills for communicating with patients*. Oxonn: Radcliffe Publishing.
- ▶ VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L. et al. (1998): *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica.
- ▶ VILLA LÓPEZ, J. (2007): 'Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias', en *Nure investigación*, n° 31.