

COMUNICACIÓN EN MEDICINA: UNA NUEVA Y NECESARIA ALTERNATIVA CURRICULAR
COMMUNICATION IN MEDICINE: A NEW AND MUCH NEEDED CURRICULAR ALTERNATIVE

Lic. Dra. Silvina M. Trucchia¹, Dr. José M. Olmas², Dr. Daniel Quiroga³, Dr. Eduardo Halac⁴

Resumen

Antecedentes. La educación médica debe poner énfasis en el arte de la comunicación en todos sus espectros, pero especialmente en el grado.

Objetivos. Presentar un esquema de enseñanza y aprendizaje de la comunicación en medicina.

Métodos. Revisión bibliográfica.

Resultados. Se presenta un esquema de enseñanza y práctica de la comunicación en grado y posgrado.

Conclusión. La comunicación médica ocupa un breve espacio curricular. El mismo debe ser ampliado a fin de centralizar el papel de la misma.

Palabras clave: comunicación, medicina, grado, posgrado, humanismo.

Abstract

Background. Medical education must emphasize communication practices mostly for undergraduate medical students.

Objectives. To introduce an approach for teaching and learning communication in medicine.

Methods. Review of the literature.

Results. An approach for developing communicational practices for both undergraduate and post graduate students is presented.

Conclusion. Medical communication is not taught adequately in modern medical schools and is allotted a brief curricular space.. This curricular time must be widened in order to support communication's central role.

Key words: communication, medicine, undergraduate, post graduate, humanities.

1- Profesora Adjunta Cátedra de Medicina Antropológica
2- Profesor Adjunto. Cátedra de Obstetricia y Perinatología II
3- Profesor Titular. Cátedra de Clínica Pediátrica
4- Profesor Titular
Cátedra de Medicina Antropológica
Correo electrónico: eduardohalac@yahoo.com.ar

Introducción

Se considera a la comunicación como un proceso de comprensión y de compartir el significado de algo; es el elemento básico de la interacción humana que permite a las personas establecer, mantener y mejorar el contacto con otros, así como participar en el conocimiento de uno mismo. Es, a la vez una habilidad y al mismo tiempo una forma de mostrar la personalidad en una relación. Las “competencias en comunicación” se asocian con metas, en donde el objetivo de la interacción es alcanzar un resultado específico, como se ve en las interacciones cara a cara durante la consulta profesional.¹

Siempre han surgido controversias con la comunicación en medicina. En los noventa, el Consenso de Toronto concluyó que había suficiente evidencia para probar que existen problemas entre la comunicación del médico y el paciente, las cuales afectan adversamente el cuidado del enfermo.^{2,3}

Se ha señalado que la forma en que el mensaje se transmite, facilita o dificulta la comunicación.⁴ Esta cuestión ha sido estudiada exhaustivamente en México, a nivel estatal y ministerial.⁵

La forma de interpretar la comunicación se ha moldeado a un mundo cada vez más pequeño, en donde personas de diferentes culturas interactúan diariamente a través de los viajes y la tecnología. Con ello se pensaría que la cultura, que se define como una serie de aprendizajes compartidos de interpretaciones de creencias, valores y normas que afectan a un grupo relativamente grande de personas, se estaría modificando también, pero se ha observado que sigue siendo de importancia en la comunicación.⁶

Según Rogers, existen tres principios que facilitan la comunicación con personas que provienen de una cultura o educación diferente a la nuestra y son: ser genuino, cálido y empático, demostrando simultáneamente una actitud positiva dentro de las relaciones interpersonales, pues puede cambiarse hasta el significado de una palabra según sea el contexto socio-cultural del paciente.⁷ Otro aspecto socio-cultural analizado ha sido el género de los médicos, que debe tenerse en cuenta durante la enseñanza de la comunicación: las mujeres muestran más sensibilidad ante los sentimientos de los pacientes, siendo más abiertas a los aspectos sociales y humanísticos de sus cuidados y dan más énfasis a las conversaciones para establecer y mantener las relaciones. Los hombres favorecen más un patrón biomédico y prefieren la comunicación como un instrumento para obtener información y solucionar problemas, con menos atención a los sentimientos y emociones. Lo anterior se traduce en que la mujer pasa en promedio más tiempo con los pacientes.⁸

Es interesante ver como las pacientes expresan con mayor detalle los sucesos asociados a sus enfermedades, ya sean estas directamente relevantes para su padecimiento o bien, circunstanciales al mismo. Los

varones, en cambio, tienden a ser más escuetos y se requiere de mayor dirección por parte del médico para obtener información relevante.

En el campo de las ciencias de la salud, la comunicación es tenida como una competencia nuclear para dilucidar los síntomas del paciente, sus problemas y preocupaciones y se sabe que facilita la promoción de la salud y el apego al tratamiento; siendo indispensable para una buena relación también entre pares desde el pregrado, posgrado y durante el ejercicio de la profesión.⁹

A pesar de la conciencia teórica y práctica que se tiene de su importancia, subsisten problemas a todo nivel.

Por lo anterior, incluir en la currícula módulos específicos para la enseñanza de la comunicación, o integrarla dentro de las asignaturas vigentes, no sólo debe ser contemplado en la clínica, sino también desde las ciencias básicas y socio-médicas, en donde se puede preparar al alumno en los fundamentos teóricos y prácticos de la comunicación.

La enseñanza de la comunicación se basa en los elementos que integran la comunicación y que son el emisor, el mensaje y el receptor. El proceso se inicia con el emisor quien codifica una idea, sentimiento o pensamiento, enviándola a otra persona que recibe el mensaje e inicia el proceso de decodificación del contenido.

Varios teóricos han tratado de enumerar las habilidades requeridas para una comunicación efectiva. De acuerdo con MacLeod¹⁰ se deben incluir los siguientes parámetros: observar y escuchar, reforzar y apoyar, preguntar, responder y dar información.

Michelson y cols.¹¹ sugieren seis elementos básicos recolectados de varias teorías, y que son la médula de la adquisición de esta habilidad:

1. Ser una habilidad aprendida.
2. Estar compuesta por conductas verbales y no verbales.
3. Incluir una adecuada iniciación, contando con respuestas apropiadas.
4. Ofrecer las mejores recompensas al receptor.
5. Requerir de un tiempo y un control adecuado de conductas específicas.
6. Estar influida por factores contextuales prevalentes.

La comunicación del emisor (médico) no sólo debe estar bien organizada, ser clara, manejar el tiempo, etc., sino que el médico debe estar siempre pendiente de la comunicación que recibe del receptor (paciente), que de forma verbal o no verbal está mandando señales, no siempre obvias, para que se le clarifique lo dicho y solicitar apoyo emocional. Deberá observar si el paciente levanta barreras que dificulten la relación o la comprensión de la enfermedad y de su tratamiento.¹²

Tipos de comunicación

1. Comunicación oral o verbal. Hablar es más que sólo murmurar palabras: es un intercambio de ideas e información.

Diariamente compartimos nuestros pensamientos, preguntamos y respondemos cuestiones. El preguntar es una habilidad fundamental en ciencias de la salud.

El uso del lenguaje, tanto de terminología médica como el lenguaje del diario, sirve para ofrecer una información clara de los deseos, necesidades, percepciones, conocimientos y estados afectivos.

Las características de una buena comunicación son: a) precisión, b) eficiencia y c) apoyo. Su uso depende de contar con bases teóricas y prácticas del idioma y aprender a aplicarlas a nivel de la clínica con los pacientes, familiares, colaboradores, pares y la sociedad en su conjunto.

Las conversaciones pueden llevarse a cabo en diversos ámbitos formales (en consultorios, hospitales u otro tipo de instituciones de salud); los informales suceden cuando el médico visita las casas o lugares de trabajo del paciente.

2. Comunicación paraverbal. Este tipo de comunicación incluye la cualidad de la voz, sonidos agudos o graves, volumen, entonación y estilo de hablar (extraño, influido por otro idioma, etc.)

3. Comunicación no verbal. Definido como el proceso de comunicación a través de señales (generalmente visuales) hacia un receptor, incluyen gestos, tacto, lenguaje corporal o postura, expresión facial y contacto visual. Posee tres elementos: a) ambiental que se refiere a las condiciones físicas donde la comunicación se lleva a cabo, b) las características físicas de los interlocutores, y c) la conducta de los comunicadores durante la interacción.

Su función es participar en la comunicación a través de la expresión de emociones y actitudes, para acompañar la comunicación oral, ofreciendo señales que complementan la interacción entre las partes como la presentación de uno mismo (personalidad) y que contribuye a los rituales del saludo. Darwin relató en su libro *La expresión de las emociones en el hombre y en el animal*, que todos los mamíferos muestran en su expresión facial sus emociones, fenómeno que es aceptado empíricamente por la gente.¹³

Los comunicadores consideran que las características físicas tanto modificables como no modificables provienen de señales conscientes o inconscientes, que cada individuo manda continuamente a su interlocutor. En la enseñanza de la comunicación se debe tomar en cuenta que las personas en general creen que lo primero que aprenden o escuchan es la verdad, y que al estar absorbiendo el mensaje, sin darse cuenta, están absorbiendo el medio ambiente, y empleando los demás órganos de los sentidos. Algunos autores estiman que el individuo recibe su información en un 83% de la vista, el 1% del gusto, el 11% del oído, el 3% del olfato

y el 2% del tacto.¹⁴ Aunque se ha criticado este último, sí se considera que la comunicación no verbal puede ejercer cinco veces más efecto sobre la comprensión del mensaje que la comunicación verbal.¹⁵ Birdwhistell llamó a la comunicación no verbal "Kinesics", y estimó que la persona promedio maneja 250 000 expresiones faciales que pueden ser reconocidas.¹³

La enseñanza de lo no verbal debe contemplar factores como los tonos de voz, que tienen cuatro veces más impacto que un video,¹⁶ y la "háptica" referida al estudio de la comunicación a través del tacto tanto en el ser humano como en los animales.¹⁷ Otras dos formas de esta comunicación son: la comunicación no verbal asociada al medio ambiente que recibe el nombre de "Proxémica", que estudia como las personas utilizan y perciben el espacio físico de su alrededor, y la "Cronémica" que estudia el uso del tiempo en la comunicación no verbal; se necesita tiempo para comunicar adecuadamente los procedimientos a un paciente, a fin de evitar sorpresas durante o después del tratamiento; y exige al emisor la lectura continua de las señales no verbales del receptor para dirigir la conversación con mayor asertividad.

En medicina, se demostró que aquellas personas que sonríen más, disminuyen sus estados depresivos.¹⁸ Las pacientes obesas o con síndrome premenstrual, tienen menos capacidad para interpretar señales no verbales, a diferencia de las personas bipolares.^{19,20} Las personas con parálisis total de los nervios de la expresión facial, no pueden transmitir o recibir señales faciales no verbales.

Un trabajo de la Universidad Estatal de Ohio encontró que los estudiantes que deseaban estudiar medicina familiar, psiquiatría, pediatría y gineco-obstetricia, interpretaban mejor las señales no verbales que aquellos alumnos que se decidían por radiología, cirugía o patología.²¹

4. Comunicación escrita. Como la comunicación oral, la escrita contiene elementos no verbales expresados en el estilo de escribir, el arreglo espacial de las palabras y la distribución en una página. Se incorpora cada vez más la comunicación electrónica entre médicos y pacientes. Dicha comunicación conlleva muchas responsabilidades y peligros para los médicos, como dificultades para mantener la confidencialidad del paciente.²²

Por otro lado, con frecuencia lo ahí escrito puede ser utilizado bien o mal por el paciente al mostrárselo a otros médicos, abogados o a una comisión de auditoría médica, por lo que el saber redactar y expresar en forma clara y concisa la información solicitada es vital. Sigue siendo importante la caligrafía y el considerar que es "normal" que un médico tenga una letra ilegible, da como resultado, malas interpretaciones o incomprensión por parte del paciente, la lectura errónea del fármaco y molestias por parte de otros médicos que tratan de descifrar lo escrito.²³

5. La escucha activa. La enseñanza también debe incluirlo como parte de la comunicación para el médico. Wolvin y cols.,²⁴ describieron y resumieron los diversos tipos de escucha mencionados por los expertos en comunicación, en los siguientes grupos:

- Escucha discriminativa, en el cual el receptor intenta distinguir los estímulos auditivos y visuales. A este nivel el receptor hace una evaluación rápida del problema.
- Escucha comprensiva, es cuando se busca comprender el mensaje con el fin de recordar mensajes previos o guardarlo para una interacción futura. Ejemplo: asistir a una conferencia, escuchar la radio, etc., poniendo atención en los hechos importantes, para comprender el mensaje que se recibe.
- Escucha terapéutica, se escucha para ofrecer apoyo, ayuda y empatía a la persona que necesita hablar. Un ejemplo es la paciente angustiada que llega a la consulta.
- Escucha crítica, donde la intención es evaluar el propósito del mensaje. El emisor está tratando de persuadir, influir sobre las actitudes, creencias o acciones al receptor. Ejemplo: el paciente que quiere convencer que no tiene por qué tomar un medicamento determinado.
- Escucha apreciativa, requiere que el receptor distinga las señales visuales y auditivas del mensaje, comprenderlo, procesarlo y apreciar el contenido para así poder responder. Ejemplo: escuchar música como terapéutica.

La enseñanza de la comunicación en medicina

La comunicación médico-paciente es un epifenómeno multidisciplinario, multimetodológico y multidimensional.

Es multidisciplinario porque requiere de la lingüística, la psicología y la pedagogía; multimetodológico porque necesita del empleo de diversos estilos y acercamientos a la comunicación de acuerdo con el paciente y la situación en que se encuentra; y multidimensional por que incluye la comunicación verbal, la no verbal, la paraverbal, la escrita y hasta la mediática. Existe un grado de confusión relativa a si debe darse en un contexto académico o práctico, teórico o experimental.

Pero sea cual fuere el método elegido, la enseñanza se adquiere mejor cuando sus metas son explícitas y se práctica dentro de las clases, en ámbitos sociales, en contacto con ámbitos hospitalarios y en la relación con los pacientes, familiares, pares, compañeros, etc. Los estándares se pueden decidir basados en el contexto laboral que se desea enseñar a los alumnos. Todo programa deberá asegurarse de que observen los siguientes pasos: desarrollar, preparar, escuchar y comprender.

Es vital recordar que el primero en utilizar correctamente la comunicación oral, no verbal y escrita debe ser el profesor, ya que si el alumno no ve un modelo adecuado, no es de extrañar que esta competencia se

desarrolle deficientemente.

Enseñanza de la comunicación en Ciencias Básicas y Socio-médicas

Cuando se piensa en el desarrollo de una adecuada comunicación, frecuentemente se piensa en la relación entre médico y paciente y se olvida que para el médico, ésta también debe extenderse a familiares, equipo de salud y la comunidad en donde trabaja. A la vez, se descuidan los conocimientos, las habilidades y actitudes fundamentales, necesarias para favorecer esa interacción, sin los cuales, se entorpece una conversación, una explicación escrita o el lenguaje corporal o no verbal.

En las ciencias básicas, se prepara al iniciado, para el logro de una buena comunicación con el paciente y para ello, son indispensables capacidades previas compuestas por habilidades generales de la comunicación, escritura y manejo de los movimientos corporales. En el área de la transmisión verbal u oral, se requiere de la expresión clara y comprensible, tono de voz apropiado, contenido emocional adecuado al tema de conversación, evitando el empleo de "muletillas" o palabras repetitivas como: "este", "ah", "como dije", entre otras tantas.

La comunicación escrita requiere de una buena redacción, un contenido dirigido específicamente al tema, sin desviaciones innecesarias, y que siga un orden (por ejemplo, introducción, desarrollo, conclusiones). Por último -y no puede considerarse de menos valor-, la comunicación no verbal que se expresa en la mirada, movimientos corporales de interés, ansiedad, aburrimiento, etc., que será descifrada por el receptor como un comportamiento aceptable o no.²⁴ Lo anterior, se verá reflejado en la forma en que es recibida la información presentada por parte de los compañeros y del mismo profesor (como cuando dictamos un teórico o ateneo a mediodía y los "oyentes" se duermen o cabecean).

El objetivo a este nivel es desarrollar en el alumno una adecuada capacidad de intercambiar conocimientos, ideas propias y emociones, en forma clara y concisa con el fin de que le sirva de base para aprender a llevar una adecuada comunicación en la relación médico-paciente, con sus pares, el equipo de salud, los familiares y la comunidad en donde se trabaja. Deberá aprender a sentirse cómodo, tanto en su expresión oral como escrita y congruente con la no verbal, siendo asertivo y abierto a los comentarios que retroalimentarán la información que brinda.

En esta primera etapa del desarrollo de la comunicación se busca entrenar al estudiante en habilidades generales de:

- Comunicación escrita. A través de enseñarle como realizar: ensayos, presentaciones digitales como PowerPoint u otros, resúmenes, contestar cuestionarios abiertos, etc.

- Comunicación oral. A través de desarrollar habilidades para: exponer un tema, dar respuestas a preguntas durante una clase, realizar debates, interactuar en pequeños grupos, realizar role-playing, socio y psicodramas, presentaciones, etc., a las cuales se le agrega la comunicación no verbal. Esta debe señalar los puntos generales de una buena postura durante las presentaciones, explicando los pros de tener una buena interacción con el grupo que lo escucha, cómo responder a las preguntas o comentarios de otros, cómo hacer partícipes a los oyentes, etc.
- Aprender a comunicarse en grupo implica hablar cuando no se está de acuerdo para defender un punto de vista, desarrollar claridad de expresión para asegurar la secuencia para la emisión y la recepción de mensajes, todo ello como preparación para el manejo de situaciones clínicas que pueden evitar o causar errores que ponen en peligro al paciente.
- Analizar videos o películas ad hoc que muestren personas o situaciones clínicas en el cual el alumno puede observar la conducta y emitir opiniones sobre la claridad del lenguaje, mensajes que se perciben, etc., para corregir inclusive su propia actuación en circunstancias semejantes.

En nuestra Facultad, por ejemplo, en primer año se enseñan dos materias: Anatomía y Química Biológica, que impiden un desarrollo comunicativo en vistas a la relación médico-paciente. Las cátedras de Medicina Antropológica y de Salud Comunitaria deben encarar este proceso realizando las tareas mencionadas arriba. En segundo año, Salud Comunitaria y la Cátedra de Medicina Psicosocial deben tomar la posta e insistir en los mismos temas. En tercer año la Cátedra de Semiología conforma el escenario ideal para efectivizar el primer contacto con pacientes, que será tanto más redituable si ha ocurrido la preparación previa.

Enseñanza de la comunicación en la clínica

El tiempo dedicado a la enseñanza de la comunicación en el ciclo clínico es, en general pobre, ya que algunas universidades le dedican menos del 5% del currículo y en las residencias, éste se reduce aún más. La práctica continua de la comunicación durante los años clínicos tiene funciones y beneficios, a saber: a) la adquisición dinámica de nuevos conocimientos y habilidades integradas a la experiencia existente, b) la repetición del aprendizaje evita el decaimiento de las habilidades existentes y c) ayuda a mejorar el desarrollo de dichas habilidades.

En un estudio realizado por Hulsman y cols.,²⁵ se encontró que los métodos más empleados en la clínica incluían: conferencias, role-playing, análisis de videos de pacientes reales, realimentación de su actuación con pacientes, realimentación con videos, discusiones y retroalimentación escrita. Los objetivos a alcanzar se asocian con: revisión de conocimientos, analizar y mejorar las conductas afectivas, receptivas e infor-

mativas, análisis del comportamiento y manejo del paciente. Los métodos para alcanzar estos objetivos se lograron a través de:

- Analizar las conductas del receptor: usando preguntas abiertas para conocer la opinión de los pacientes; cómo estimulaba la comunicación, la escucha activa, si analizaba o no los signos verbales y no verbales y permitía el silencio respetuoso.
- Analizar la conducta del informante: cómo ofrece información, si educa al paciente, los consejos ofrecidos, como transmite informaciones desagradables, (malas noticias) y el empleo de términos no médicos.
- Analizar las conductas interpersonales y afectivas: cómo construye la relación, manejo de las metas en común, interrogar aspectos asociados con las preocupaciones del paciente, sus problemas psicosociales y emocionales. Su forma de reflexionar sobre los comentarios. Si despierta confianza, empatía y si expresa preocupación por atender al paciente.

Una parte generalmente ignorada en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es el interés del alumno en aprender comunicación, lo que facilita o inhibe la adquisición de estas habilidades. En parte, esto se debe a otros aspectos que le resultan más importantes, a su juicio, como los conocimientos y competencias asociadas directamente con la clínica.

En el ciclo clínico hay demasiadas asignaturas con focos diferentes; mientras clínica médica ofrece otra vez un escenario apropiado, las cátedras de cirugía son menos proclives a ahondar sobre el tema. Además las breves y rápidas rotaciones por especialidades como ORL, Traumatología, etc., donde los enfoques son más conductistas pueden dificultar la tarea. Pediatría y Obstetricia emergen como un sitio apropiado para volver a ejercitarlas.

Enseñar comunicación en situaciones difíciles

Es conveniente desarrollar talleres para tratar tópicos específicos como: malas noticias, obtener un consentimiento informado, manejar pacientes difíciles, y realizar conversaciones con familiares referente a decisiones de vida o muerte de un paciente críticamente enfermo:

- a. La comunicación de "malas noticias" se basa en expresar información amenazante, de tal manera que promueva la comprensión, hablar del desarrollo del cuadro y una sensación de apoyo continuo. Haberse presentado con el paciente o familiar, contar con un espacio privado, asegurar que el médico esté al mismo nivel visual que el que escucha.
- b. La comunicación en un conflicto, ayuda a disminuir la posibilidad de conflictos dentro de la relación con el interlocutor, a través de seis pasos para lograr un adecuado rapport:
 - Mantenerse atento.
 - Escuchar con cuidado.
 - Tratar de ver el punto de vista del otro.

- Responder a la crítica con empatía.
- Aceptar la responsabilidad de los actos de uno.
- Usar el “yo” y no agredir al otro señalando lo mal que actuó.

c. La comunicación del “no” a un paciente demandante.

La Dra. Broome de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami, señala que decirle no a un paciente demandante requiere de habilidades propias como son entre otras:²⁶

- No decir que se calme, sino mostrar calma.
- Bajar la voz para lograr la atención del paciente.
- Escuchar no sólo las necesidades expresadas sino también lo no dicho verbalmente.
- Evitar discutir usando comentarios apropiados.
- Resumir lo expresado por el paciente.
- Enterarse de las metas que está demandando y qué es lo que quiere lograr.
- Explicar las metas el médico sin echarse para atrás.
- Ofrecer opciones basadas en las metas que propuso.
- Asegurar la solución del problema sólo cuando el paciente ha razonado y entendido las metas que le explicó.

Lo anterior dentro de un marco de escucha activa, reflexión, empatía, respeto, contacto visual, actitudes no verbales de aceptación y paciencia. De nuevo, en nuestro medio, las cátedras de Medicina Preventiva, Medicina Legal, y Psiquiatría serían escenarios ideales para perfeccionar el sistema dialógico en situaciones críticas.

Evaluación de la enseñanza de la comunicación en Ciencias Básicas

La evaluación del alumno contempla lograr que muestre una adecuada capacidad de intercambiar conocimientos, ideas propias y emociones, en forma clara y concisa con el fin de que le sirva de base para aprender a llevar una adecuada comunicación en la relación médico-paciente, con sus pares, el equipo de salud, los familiares y la comunidad en donde trabaje. Deberá aprender a sentirse cómodo, tanto en su expresión oral como la escrita, y congruente con la no verbal, siendo asertivo y abierto a los comentarios que retroalimentarán la información que brinda.

Para ello, se pueden utilizar instrumentos que evalúen la calidad de su expresión oral y no verbal, ya sea de manera individual o grupal. Dichos formatos de evaluación pueden desarrollarse a través del uso de: listas de cotejo, rúbricas, cuestionarios escritos, respuestas orales o escritas a preguntas específicas, entre otros.

Evaluación de la enseñanza de la comunicación en la Clínica

La evaluación de la comunicación en la clínica se dirige hacia tres niveles:

1. La autoevaluación del mismo alumno-médico, que valora su conducta durante la comunicación con el pa-

ciente. Este sistema tiende a ser considerado subjetivo y sesgado, por las propias observaciones por las propias observaciones del estudiante a favor de sí mismo o en contra.

2. La evaluación medible, que se enfoca en los conocimientos adquiridos, habilidades y actitudes.

Esto a través de exámenes estructurados, semiestructurados o abiertos o con el empleo de listas de cotejo o rúbricas.

3. La evaluación que analiza los resultados de la comunicación del alumno-médico directamente en la interacción con el paciente que pueden ser: medidas proximales, cuando el profesor evalúa al alumno frente a un paciente o a través de una filmación de su interacción con el mismo, y medidas distales, que observan el interés, aceptación, ansiedad y salud general del paciente.

Resultados de una buena comunicación efectiva

Llevar a cabo una enseñanza adecuada de todas estas y otras áreas favorece el desarrollo de una comunicación efectiva, y enriquece formación de médico, pudiéndose observar en su práctica profesional resultados como los siguientes:²⁷

- Diminución de la angustia y depresión en el paciente.
- Mayor satisfacción del paciente.
- Mejorar el apego al tratamiento.
- Mayor resolución de síntomas.
- Mejorar los resultados finales del paciente.
- Menos búsquedas de estudios de laboratorio.
- Disminuir el riesgo de un error médico.
- Reducir el número de reclamos legales.
- Reducir las quejas del paciente.
- Mejorar la satisfacción del médico.

Conclusiones

Partiendo del escaso tiempo curricular asignado a enseñar y aprender comunicación, se debe vencer a las autoridades para compensar esta cápita diminutiva.

Se debe expandir este proceso a todos los años de la carrera, delimitando las aéreas básicas de las clínicas. El éxito del proceso de cambio depende del interés y ejemplo brindados por los profesores, para atraer, o no, empáticamente a sus alumnos motivándolos con el ejemplo.

El arte de “escuchar” debe ser claramente explicado, practicado y desentrañado por los alumnos hasta hacerlo suyo interiormente, sugiriéndoles la bibliografía apropiada: el “escuchatorio” de Maglio²⁸ o la “enfermedad y sus metáforas” de Sontag²⁹ y “las escuchas del cuerpo” elaboradas por Bordelois.³⁰

Conflictos de interés
Ninguno para reportar

Agradecimientos
A la Profesora Gloria Borioli por sus comentarios y ayuda desinteresada.

Bibliografía

1. Petra-Micu IM. *Inv Ed Med* 2012; 1(4):218-224.
2. Odhayani AA, Ratnapalan S. Teaching communication skills. *Canadian Family Physician* 1998; 57:121-168.
3. Hook KM, Pseiffer CA. Impact of a new curriculum on medical students' interpersonal and interviewing skills. *Medical Education* 2007; 41:154-159.
4. Fernández H. Funciones del CONAMED. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 43(4):23-26.
5. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed PE, et al. The effects of training in communication skills on medical doctors and nurses self-efficacy: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2007; 66(3):270-277.
6. Redmond MV. *Communication: theories and applications*. Boston. Houghton Mifflin. 2000. 314.
7. Rogers C. *Client-centered therapy: its practice, implications and theory*. London. Constable. 2003. 198.
8. Arnold E, Underman-Boggs K. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. 5th ed. St. Louis. Saunders. 2007. 421.
9. Samovar LA, Porter RE, McDaniel ER. *Communication between cultures*. 6th ed. Belmont, CA. Wadsworth Pub Co. 2007. 503.
10. Macleod CJ. Verbal communication in nursing. In: Falkner A, editor. *Recent advances in nursing communication*. Edinburgh. Churchill Livingstone. 1983. 254.
11. Michelson L, Wood R, Sugai D, et al. *The handbook of communication skills*. 3rd ed. London. Routledge. 2007. 13-29.
12. Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual model. *Academic Medicine* 2008; 83(1):37-44.
13. Pease B, Pease A. *The Definitive Book of Body Language*. New York. MJF Book. 2004. 245.
14. Demarais A, White V. *First impressions*. New York. Ban Tam Books. 2004. 231.
15. Argyle M, Salter S, Nicholson J, et al. The communication of inferior and superior attitudes by verbal and non-verbal signals. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1970;9:222-231.
16. Hsee CK, Hatfield E, Chemtob C. Assessment of the emotional states of others: Conscious judgments versus emotional contagion. *Journal of social and clinical psychology* 1992;14(2):119-128.
17. Hayward V, Astley OR, Cruz-Hernández M, et al. Haptic interfaces and devices. *Sensor Review* 2004; 24(1):1629.
18. Freitas-Magalhaes A, Castro E. Facial Expression: The effect of the smile in the treatment of depression. Empirical study with Portuguese subjects. In Freitas-Magalhaes, editor. *Emotional expression: the brain and the face*. Portugal. University Fernando Pessoa Press. 2009. 127-140.
19. Giannini AJ, DiRusso L, Folts DJ, et al. Nonverbal communication in moderately obese females. A pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry* 1990;2:111-115.
20. Giannini AJ, Sorger LM, Martin DM, et al. Nonverbal communication. *Journal of Psychology* 1988;122:591-594.
21. Giannini AJ, Giannini JD, Bowman RK. Measurement of nonverbal receptive abilities in medical students. *J Perceptual and Motor Skills* 2000; 90:145-150.
22. Paladine HL, Miller K, White B, et al. Study of a novel curriculum on electronic communication in family medicine residence. *J Family Medicine* 2012; 42(5):314-321.
23. Hobgood CD, Riviello J, Jouriles N, et al. Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Academic Emergency Medicine* 2002;9(11):257-268.
24. Wolvin A, Coakley CW. *Listening*. USA. McGraw Hill. 1995. 197.
25. Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, et al. Teaching clinically experienced physician's communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education* 1999; 33:655-668.
26. Broome M. *Saying no effectively to demanding patients*. USA. University of Miami School of Medicine. 2004. 177.
27. Wong SY, Lee A. Communication skills and doctor patient relationship. *Hong Kong Medical Diary* 2006;11(3):7-8.
28. Maglio F. *La dignidad del otro*. Libros del Zorzal. Buenos Aires. 2008.
29. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas/El sida y sus metáforas*. j De bolsillo. Buenos Aires. 2008.
30. Bordelois I. *A la escucha del cuerpo*. Libros del Zorzal. Buenos Aires. 2009.