

# Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina

## *Differential effects of a communication skills training workshop for Medicine students*

*Mariel Yasneth Téllez Teodoro<sup>1</sup>, Carlos Ibáñez Bernal<sup>1</sup>,  
María Amelia Reyes Seáñez<sup>2</sup> y Raúl Mireles Delgado<sup>2</sup>*

Universidad Veracruzana<sup>1</sup>  
Universidad Autónoma De Chihuahua<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Mariel Yasneth Téllez Teodoro, [mariel\\_zero@hotmail.es](mailto:mariel_zero@hotmail.es).

### RESUMEN

Las habilidades comunicativas son un factor indispensable para establecer interacciones médicas efectivas, por lo que se ha hecho evidente la importancia de integrar su enseñanza en la formación de los profesionales de la salud. Esta investigación tuvo como objetivo analizar el efecto de un taller psicoeducativo con estudiantes de medicina que enfatiza la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas en cinco etapas de la entrevista médica entrevistando a pacientes simulados y declarando por escrito lo que harían en casos hipotéticos. Participaron en el estudio 17 estudiantes de cuarto semestre de la carrera de Médico Cirujano y Partero; además, doce estudiantes que actuaron como pacientes simulados y nueve como evaluadores. El grupo pasó por tres fases: preprueba, tratamiento y posprueba. Tanto la fase inicial como la final consistieron en la aplicación de dos pruebas: una declarativa y otra actuativa. Los resultados mostraron que fueron las habilidades de las etapas de planificación del tratamiento y cierre, seguidas de las habilidades generales, en las que los participantes obtuvieron un mayor promedio de índice de ganancia. Asimismo, a partir de la exposición al taller, se hallaron correspondencias importantes entre las ganancias obtenidas por los participantes en cada una de las habilidades que conformaron ambas pruebas, en términos de ser referidas o no y de ser llevadas a cabo o no. Se concluye que la incorporación de la enseñanza de habilidades comunicativas puede mejorar la interacción del médico con el paciente, así como la atención que le brinda.

**Palabras clave:** Habilidades comunicativas; Entrenamiento en comunicación; Relación médico-paciente; Formación médica; Estudiantes de Medicina.

### ABSTRACT

Antecedents. *Communication skills are critical to establish effective medical interactions, so the importance of teaching them while training of health professionals has become evident.* Objective. *The present study aimed to analyze the effect of a psycho-educational workshop for medical stu-*

<sup>1</sup> Centro de Estudios e Investigaciones en Conocimiento y Aprendizaje Humano, Agustín Melgar s/n, Araucarias esq. 21 de Marzo, 91010 Xalapa, Ver. (México), tel. (228)890-34-65.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Circuito Universitario 31109, Campus Uach II, 31125 Chihuahua, Chih. (México).



dents, emphasizing the development of communication skills at five stages of regular medical interviews. Method. Data collected included participants' performance while interviewing simulated patients and writing what they would do with hypothetical cases. The study involved 17 GP-level program medical students in their fourth semester; 12 acted as simulated patients, and nine as supervisors. Participants completed three phases: pre-test, treatment, and post-test. The initial and final phases involved applying two tests: Declarative and Active. Results. The largest gain scores occurred for treatment planning and closing stages, followed by general skills. The gain scores obtained in each group of skills in terms of being referred from the workshop contents, and being carried out, showed noticeable consistence. Discussion. Results suggest that teaching communicative skills can improve physicians' interaction with their patients and the care they provide.

**Key words:** Communicative skills; Communication training; Doctor-patient relationship; Medical training; Medicine students.

Recibido: 18/11/2020

Aceptado: 28/02/2022

En las últimas décadas, un número creciente de investigaciones en el campo de la salud ha reconocido ampliamente que la comunicación es un factor esencial para la efectividad de los encuentros interpersonales que conllevan la atención sanitaria (Bahraminia y Amini, 2018; Choudhary y Gupta, 2015; Deveugele, 2015; Ranjan, Kumari y Chakrawarty, 2015; Rosenbaum, 2017; Ruiz, García, Cerro, Caballero y Monge, 2020). Como resultado, se ha enfatizado la importancia de integrar la enseñanza de habilidades de comunicación en la formación de los estudiantes y profesionales de la salud, particularmente en su interacción con el paciente.

Las habilidades comunicativas pueden entenderse como un conjunto de técnicas que el médico emplea para saber qué decir, a quién, cuándo y cómo decirlo, e implican el uso de estilos específicos que corresponden con las características de los participantes, así como con contexto en el que tiene lugar la comunicación (González, Uribe y Delgado, 2015). Dichas habilidades han demos-

trado estar relacionadas con una mayor precisión del diagnóstico; el cumplimiento de recomendaciones terapéuticas; la facilidad para negociar; la satisfacción y participación activa del paciente en la toma de decisiones, y la reducción de sus respuestas de ansiedad, estrés y depresión, además del éxito en la modificación de conductas relacionadas con el cuidado de la salud (Hernández, Fernández, Irigoyen y Hernández, 2006; González *et al.*, 2015; Ranjan *et al.*, 2015; Ruiz *et al.*, 2020).

Es por ello que algunos autores (*cf.* Deveugele, 2015; Maguire y Pitceathly, 2002; Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010; Van der Hofstadt y Navarro, 2004) han señalado la importancia de atender no solo el aprendizaje de habilidades conceptuales y técnicas, sino también el desarrollo y la práctica eficaz de las habilidades de comunicación en los estudiantes.

Puesto el interés en la enseñanza de habilidades de comunicación en la etapa de pregrado, diversos análisis han evaluado el dominio de estas habilidades en los estudiantes, diseñando programas de entrenamiento y analizando la actitud de los alumnos y profesores hacia las habilidades de comunicación en su práctica médica (Choudhary y Gupta, 2015; Givron y Desseilles, 2021; Rees y Garrud, 2001; Ruiz, Andrade *et al.*, 2020).

Otras investigaciones han profundizado en las barreras existentes para integrar las habilidades de comunicación en los programas de enseñanza (Ranjan *et al.*, 2015; Ruiz *et al.*, 2020). Algunas más se han dado a la tarea de revisar y consultar los planes educativos de las facultades de medicina de un país en particular con el fin de proponer mejoras para su incorporación en la formación profesional, o bien para documentar estrategias para hacer más eficaz la comunicación (González *et al.*, 2015; Moore *et al.*, 2010; Moore *et al.*, 2012; Rosenbaum, 2017; Van der Hofstadt y Navarro, 2004).

En la década de los 70, las competencias básicas del médico se reducían al conocimiento clínico y técnico, al examen físico y a la resolución de problemas médicos (Moore *et al.*, 2012). La comunicación no formaba parte esencial en la matrícula de las escuelas de medicina hasta que en 1999 la Asociación Americana de Escuelas de

Medicina (AAMC, por sus siglas en inglés) elaboró un informe como parte del Proyecto de Objetivos de la Facultad de Medicina de la Asociación de Colegios Médicos Americanos, en el que se especificó que toda escuela debía evaluar formalmente tanto sus programas de enseñanza como de sus estudiantes en términos de comunicación (AAMC, 1999). Desde entonces, como resultado, el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Estados Unidos ha reiterado en sus comunicados más actuales que los planes de estudios de medicina deben incluir un entrenamiento en habilidades de comunicación, concretamente en lo que atañe a la comunicación con los pacientes, sus familias, colegas y otros profesionales de la salud (Liaison Commite on Medical Education, 2021).

Los estudios que han evaluado la incorporación de la enseñanza de habilidades de comunicación al currículo de las escuelas de medicina han encontrado que, a pesar de que los programas educativos contienen materias relacionadas con la comunicación médico-paciente, los conocimientos respecto a los elementos que caracterizan dicha comunicación son pobres tanto en los docentes como en los estudiantes. En la investigación realizada por Alonso y Kraftchenko (2003) de 43 profesores y 124 estudiantes que fueron encuestados, 51.16 y 57.25%, respectivamente, mostraron un bajo nivel de conocimiento vinculado a la comunicación médico-paciente. Asimismo, se evidenció que 29.7% de los alumnos de los primeros años de la carrera, si bien perciben como positiva la influencia del proceso de enseñanza para lograr una mejor comunicación, no consideran a sus profesores como un buen modelo de la práctica de tales habilidades centradas en el paciente. De igual forma, los resultados reflejaron la escasa participación de los docentes en el proceso de enseñanza para el logro de una comunicación adecuada en los estudiantes.

En un estudio llevado a cabo por González *et al.* (2015) se revisaron veintidós documentos curriculares y se encuestó a estudiantes y docentes de la Universidad de Colombia; sus datos mostraron que la enseñanza de la comunicación se impartía de forma parcial dentro de muy pocas asignaturas. Las estrategias pedagógicas y evaluativas resultaron no ser las adecuadas debido a que solo

51% de los 49 docentes participantes conocían las competencias comunicativas contenidas en la guía de cátedra de las asignaturas, 55% realizaban actividades de enseñanza para el logro de las habilidades, y únicamente 8% conocían instrumentos específicos de evaluación, siendo la observación la estrategia más empleada. En relación con los métodos de enseñanza, los docentes refirieron la utilización del modelado, el juego de roles y la observación y corrección. Los estudiantes, por su parte, señalaron el uso de la reinterrogación del paciente para corroborar la información obtenida, el análisis de casos clínicos, la experiencia del profesor, la retroalimentación, los textos teóricos y los exámenes orales. La conclusión a la que llegaron los autores reitera, por un lado, la importancia de las habilidades de comunicación como parte del perfil de egreso del estudiante de medicina y, por otro, la poca atención que reciben en los planes de estudio, la falta de estructuración de las materias y la carencia de estrategias pedagógicas formales y de evaluación.

De acuerdo con las directrices que determinan las estrategias para cumplir con tal propósito, la capacitación en comunicación debe *a)* mantenerse longitudinalmente a lo largo del plan de estudios; *b)* incluir métodos de enseñanza “experienciales” (juego de roles, práctica con pacientes simulados, observación, retroalimentación y discusiones en grupos); *c)* estar incorporada en el currículo y las actividades prácticas de las especialidades médicas y en escenarios simulados y pasantías, y *d)* permitir practicar lo aprendido, además de recibir retroalimentación. Sin embargo, investigaciones más recientes, como la de Ruiz *et al.* (2020), reconocen que a pesar del esfuerzo que llevan a cabo las escuelas de medicina para incorporar las habilidades de comunicación en la formación, existen aún obstáculos que impiden introducir y desarrollar su enseñanza. Tras recabar la opinión de los profesores a cargo de la enseñanza de esta materia, se ha encontrado la prevalencia de actitudes negativas de los docentes hacia la utilidad de las habilidades de comunicación, quienes valoran como más importante el conocimiento médico y sostienen que su aprendizaje depende del modelado y la imitación en la práctica clínica. Otras dificultades estri-

ban en su incorporación en materias secundarias sin una organización efectiva, la falta de maestros capacitados para impartir los contenidos y la falla en los métodos de evaluación, que califican lo que se sabe, en lugar del por qué o cómo se hace. En este mismo sentido, la actitud negativa de los estudiantes se resume en que no consideran como parte relevante de su educación el desarrollo de habilidades comunicativas, carecen de la motivación suficiente para estudiar sus implicaciones en su profesión, priorizan el conocimiento médico en sus exámenes, pero no para sus encuentros médicos futuros, y perciben que tales habilidades son fácilmente adquiridas, todo lo cual coincide con los resultados del estudio iniciado por Rees y Garrud (2001) en relación con la evaluación de las actitudes del alumnado hacia el aprendizaje de habilidades de comunicación.

Rosenbaum (2017), por su parte, afirma que una de las consecuencias de la pobre organización de la enseñanza es la disminución de las habilidades y actitudes de los estudiantes a medida que avanzan en su formación. La premisa que plantea el autor es que la “desintegración” de las capacidades comunicativas resulta de la desintegración de la enseñanza de la comunicación preclínica con el aprendizaje clínico en el lugar donde se lleva a cabo la práctica médica. Desde su perspectiva, si el énfasis curricular en la formación de habilidades de comunicación se detiene cuando los alumnos ingresan al campo clínico, su percepción se ve afectada en el sentido de que puede parecer que tal formación no es importante o que se ha aprendido todo lo que se necesitaba en relación con la misma. Para contrarrestar este problema, concluye en la necesidad de una capacitación formal a lo largo de toda la carrera, con sesiones enfocadas a abordar problemas nuevos en el contexto de las experiencias clínicas con los pacientes, e incluso a animar a los profesores a involucrarse en lo que hace el estudiante cuando trata con pacientes reales, observar su desempeño con pacientes simulados y centrarse en cómo se obtiene la información de la persona que llega a consulta.

Aunque se esté en proceso de estructurar e integrar la comunicación como parte del perfil curricular de los profesionales de la salud, es impor-

tante tener en cuenta que a pesar de la implementación de los cursos formales, en ocasiones estos no se traducen necesariamente en comportamientos efectivos por parte de los alumnos. Entre los factores que pueden estar involucrados se encuentran la falta de consenso sobre las habilidades que los profesores modelan como método de enseñanza en su interacción con los pacientes, la manera en que los estudiantes guían su aprendizaje en la elaboración de entrevistas médicas (con base en prueba y error sin supervisión) y la poca atención a la forma en que los estudiantes se relacionan con los pacientes (Rosenbaum, 2017). Otras complicaciones que se reflejan en la práctica clínica tienen que ver con que los médicos no consideran lo suficientemente importante el mantener informados a los pacientes respecto a su enfermedad y a las opciones de tratamiento, así como tampoco el involucrarlos en la toma de decisiones (Ranjan *et al.*, 2015). En conjunto, lo anterior ha llevado no solo a subrayar la formación continua de los estudiantes, sino también de los docentes, que en la mayoría de los casos resultan ser médicos con poca o nula formación en materia de comunicación (Moore *et al.*, 2012; Ruiz *et al.*, 2020).

Para dar respuesta a lo anterior, se han elaborado propuestas para mejorar la enseñanza y el aprendizaje de las habilidades de comunicación. Éstas se relacionan con el entrenamiento de los estudiantes en ambientes simulados, con la incorporación de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), el juego de roles (*role playing*), el análisis de casos como prácticas controladas y retroalimentación constructiva, el uso de videograbaciones y espejos unidireccionales (Bakogiannis, Darling, Dimitrova y Roberts, 2019; Maguire y Pitceathly, 2002; Moore *et al.*, 2012; Vázquez, 2008; Vázquez y Guillamet, 2009). Otras sugerencias incluyen los llamados “métodos de enseñanza experiencial”, además de las ya mencionadas: la observación rigurosa, el entrenamiento práctico supervisado en entornos reales y simulados, las discusiones en grupos pequeños, las autoevaluaciones y la retroalimentación entre pares (Ruiz, Andrade *et al.*, 2020).

Lo dicho hasta ahora ha llevado a probar algunos programas para enseñar habilidades bási-

cas de comunicación a estudiantes de años intermedios a fin de aumentar su competencia clínica (Choudhary y Gupta, 2015). Los módulos impartidos por los citados autores incluyeron la importancia de la comunicación en la práctica médica; la capacitación en habilidades básicas a través de conferencias, discusiones en grupos y juego de roles; el adiestramiento en la entrevista de pacientes; la práctica de las habilidades adquiridas en pacientes estandarizados (previamente entrenados), y la evaluación del desempeño de cada estudiante antes y después de la capacitación. El resultado de una planeación de este tipo mejoró la percepción de los estudiantes en cuanto a la utilidad de las habilidades de comunicación y, en consecuencia, condujo a una disminución de la actitud negativa en torno a su aprendizaje; además, el desempeño de los estudiantes con pacientes simulados mejoró, según se desprende de sus puntajes obtenidos en las pruebas de evaluación.

Por otro lado, un estudio llevado a cabo por Givron y Desseilles (2021) intentó esclarecer el modo en que las actitudes de los estudiantes hacia el aprendizaje de las habilidades de comunicación influyen en la manera en que reciben la enseñanza. Con este propósito, diseñaron un programa orientado a mejorar el conocimiento del estudiante sobre el papel de la comunicación en su práctica futura, a hacerlo consciente de sus actitudes y creencias hacia estas habilidades, a practicarlas, a desarrollar un análisis de su desempeño y, por último, a hacer que las llevara inmediatamente a los periodos de prácticas clínicas. El contenido elaborado con base en las Guías de Calgary-Cambridge (*cf.* Silverman, Kurtz y Draper, 2005) combinó las lecciones teóricas con la enseñanza experiencial. Los hallazgos apuntan a una fuerte influencia de la exposición a nueva información relacionada con las habilidades de comunicación en la generación de cambios de actitud que acompañaron al comportamiento durante el juego de roles y la introspección sobre el desempeño individual. Sin embargo, tras realizar un seguimiento antes y después del curso impartido y de la práctica clínica, los autores reafirmaron que el cambio de actitud (de negativa a positiva) en los estudiantes persistió en el tiempo en la medida en que los conocimientos adquiridos

fueron reforzados por el entorno educativo, así como por la exposición temprana del alumno al ámbito hospitalario, en conjunto con una asesoría continua por parte de tutores o profesores.

En consonancia con las investigaciones que reportan los beneficios de la formación en comunicación, Ruiz, Andrade *et al.* (2020) comprobaron que la capacidad para detectar y explorar “señales comunicativas” (comportamientos o expresiones que utilizan los pacientes para transmitir su perspectiva personal y contextual) en situaciones médicas por parte de los estudiantes que recibieron un programa de capacitación en habilidades comunicativas, y de aquellos graduados que no la recibieron, difiere entre ambos. Se propusieron escenarios por escrito a los participantes, en los que debían detectar las señales que daban los pacientes en relación con la expresión de sentimientos de forma directa, la manifestación de sentimientos de negación, la repetición del discurso, la omisión de detalles, las exageraciones, la declaración de dificultades para entender los síntomas y la presencia de un trastorno, la exteriorización de historias personales y la negación a aceptar recomendaciones. De las todas las señales, el grupo que recibió previamente el entrenamiento reconoció 37.9% de tales señales, en comparación con el grupo sin entrenamiento, que reconoció únicamente 3.9% del total. El primer grupo mostró una mayor capacidad para identificar las situaciones proporcionadas como pistas, dirigiendo su discurso al esclarecimiento de la perspectiva del paciente y preguntándole sobre sus ideas o inquietudes. El segundo grupo, por el contrario, mostró dificultades al momento de reconocer las pistas proporcionadas. En palabras de los autores, los hallazgos se podrían concebir como un primer paso para el diseño formal de entrenamientos experienciales con pacientes simulados o reales, en los que puedan aprovecharse de mejor manera los escenarios médicos para capacitar, evaluar y verificar la eficacia de los programas.

Debido a que la evaluación continua de la enseñanza-aprendizaje es crucial, se hace necesario familiarizar a los docentes con instrumentos específicos que den cuenta del desempeño del estudiante en cuanto a los conocimientos adquiridos,

las habilidades puestas en práctica durante la entrevista, o en encuentros de otro tipo con los pacientes (Choudhary y Gupta, 2015; Deveugele, 2015; González *et al.*, 2015). Entre los recursos disponibles se encuentran los siguientes: SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills; Calgary-Cambridge Observation Guide; Kalamazoo Essential Elements of Communication Checklist (KEECC); Communication Skills Attitude Scale (CSAS), y Objective Structured Clinical Examination (OSCE).

Con el propósito de precisar la importancia de las habilidades de comunicación, varios autores han enlistado las destrezas que deben considerarse en la interacción médico-paciente (Maguire y Pitceathly, 2002; Ranjan *et al.*, 2015; Silva, Galeano y Correa, 2005; Vidal, 2010).

Se pretende, por ejemplo, que el médico brinde información clara y pertinente que se adapte al paciente; que evite el uso del lenguaje técnico o, de usarlo, informar a qué se refieren los términos; que disipe las dudas respecto al tratamiento médico e identifique las creencias que tiene el paciente acerca de su capacidad para iniciar un cambio en su estilo de vida; que compruebe el entendimiento que el paciente tiene del propósito del régimen médico y de las especificaciones del tratamiento para hacerlo partícipe del proceso en el cuidado de su salud; que haga uso de las estrategias terapéuticas diseñadas para facilitar su adherencia al tratamiento, como la negociación, y que discuta sobre el curso y pronóstico de su enfermedad. Con base en lo anterior, se puede concebir la enseñanza o el entrenamiento de tales habilidades como un programa enfocado en un conjunto de elementos discretos que pueden llegar a integrarse como un comportamiento complejo, lo que hará posible que se construya un vínculo favorable entre el médico y el paciente (Deveugele, 2015).

A pesar de la documentación sobre los esfuerzos para introducir el entrenamiento de habilidades comunicativas en la formación de los estudiantes y de los profesionales de la salud, se han hecho evidentes los problemas relacionados con la falta de objetivos en la enseñanza, la carencia de preparación de los docentes y los relativos a los métodos de evaluación empleados. Como se señá-

ló líneas atrás, se ha considerado primordialmente que las habilidades comunicativas se aprendan una vez que el médico inicia su práctica profesional, no antes; no obstante, esta creencia es errónea a la vez que restrictiva en cuanto que la comunicación no solo es importante para establecer un vínculo con el paciente, sino también para instaurar relaciones entre colegas y otros profesionales desde las etapas tempranas de la formación profesional.

De acuerdo con la revisión reportada sobre la organización de los planes educativos en otros países, el currículo académico de las universidades mexicanas no dista mucho de reflejar los problemas planteados. Como casos ilustrativos se toman, por un lado, el plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano de Facultad de Estudios Superiores Iztacala, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2016), en el que las materias concernientes a la relación médico-paciente son exiguas (Formación de Equipos para la Práctica Interprofesional, Gestión Administrativa de la Medicina y Psicología Médica), relegándolas como asignaturas optativas en lugar de ser un eje central de la preparación de los estudiantes, además de conceder un mayor tiempo a la teoría que a la práctica. El siguiente caso es el de la Facultad de Medicina de la misma institución, en el que la asignatura Medicina Psicológica y Comunicación se integra como parte de la enseñanza de los estudiantes solo hasta el quinto semestre (UNAM, 2009). Hay que señalar que en ambos planes se desconocen la formación de los docentes y su experiencia enseñando el contenido.

Otra variable que se enfatiza es la escasa importancia que se da a las habilidades comunicativas respecto a su función. Por un lado, se habla de que únicamente son acciones simples (como formular preguntas abiertas), o bien que implican la comunicación de malas noticias. Sin embargo, se ha dejado de lado el hecho de que el primer encuentro que tiene el médico con el paciente es la entrevista, lo que podría determinar el curso de la relación y su desenlace (Givron y Desseilles, 2021; Ranjan *et al.*, 2015; Rees y Garrud, 2001). La psicoeducación como intervención ha cobrado relevancia en este aspecto, sobre todo en beneficio del paciente en los diferentes niveles de prevención (Reynoso

y Seligson, 2005). Por ejemplo, cuando un paciente no lleva a cabo conductas que promueven su salud, o no actúa adecuadamente ante situaciones particulares, el médico proporciona información relacionada con la enfermedad, lo que en la mayoría de los casos propicia una mejor adherencia terapéutica y una mayor satisfacción con la atención recibida (Soria, Vega, Nava y Saavedra, 2011).

No sobra hacer énfasis en la necesidad de que el médico conozca las habilidades de comunicación esenciales para que las practique adecuadamente. Para ello, como se apuntó anteriormente, se han desarrollado listados de las habilidades más importantes en las distintas etapas de la entrevista médica (Maguire y Pitceathly, 2002; Ranjan *et al.*, 2015; Silva, Galeano y Correa, 2005; Vidal, 2010). Algunas de ellas son, a saber: saludar al paciente, invitarlo a sentarse, presentarse, preguntar el motivo de la visita, solicitarle datos precisos de la evolución de su enfermedad, recoger su percepción sobre las posibles causas de la misma, explorar las conductas que conforman su estilo de vida, preguntarle acerca de sus condiciones y contexto, ajustar las recomendaciones en función de los criterios anteriores y cuestionarlo sobre su participación en el conocimiento del diagnóstico y del tratamiento. Además, así como se debe ponderar el lenguaje verbal del paciente, se debe admitir la importancia de su lenguaje no verbal, como su expresión corporal, el contacto visual, el tono de voz, los gestos y ademanes etc. Incluso, se debe tomar en cuenta ordenar la información para el paciente, verificar su comprensión de manera continua, hacerle recomendaciones personalizadas, identificar y corregir sus creencias erróneas, darle ejemplos propios de su ámbito y efectuar resúmenes breves a lo largo del encuentro. Es conveniente que todas las acciones mencionadas ocurran bajo un estilo de comunicación asertivo que le permita al médico transmitir claramente sus ideas, recibir las quejas o críticas del paciente, admitir posibles errores y reconocer cómo es que su comportamiento puede afectar la interacción (Rodríguez, Álvarez y Gimeno, 2016; Van der Hofstad y Navarro, 2004). Lo anterior le hará posible, además de mejorar la relación con el paciente, enfrentarse a situaciones en las cuales se moleste

con facilidad, demande más atención, se comporte agresivamente, sufra de ansiedad o depresión por sus dolencias y circunstancias sociales diversas, y prepararse para poner en práctica otras habilidades de comunicación más complejas al momento de darle malas noticias a este o a sus familiares (Ranjan *et al.*, 2015).

Con base en lo anterior, y con el interés de contribuir en la formación de los estudiantes de medicina para que desempeñen su labor con calidad e integren la comunicación en su práctica, el objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de impartir un taller psicoeducativo a estudiantes de medicina que enfatizó la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas en cinco etapas de la entrevista médica: inicio, recolección de información, comunicación del diagnóstico, planificación del tratamiento y cierre.

## MÉTODO

### Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de 17 estudiantes: siete varones y diez mujeres, con edades de 19 a 24 años que cursaban el cuarto semestre de la carrera de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina y Ciencias Biológicas de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH). Asimismo, colaboraron 21 estudiantes de semestres avanzados de la misma carrera, doce de los cuales fungieron como pacientes simulados y nueve como evaluadores. Todos los participantes recibieron una constancia con valor curricular al término del estudio.

### Materiales, aparatos e instrumentos

Se empleó un documento referido como Invitación Voluntaria para comunicar a los estudiantes el propósito de su participación en el taller psicoeducativo. Para recabar información sobre el conocimiento de las habilidades comunicativas de los participantes antes y después del taller, se diseñó una evaluación escrita, de aquí en adelante referida como “prueba declarativa”; la cual constó de

cinco preguntas abiertas que planteaban situaciones hipotéticas de la relación médico-paciente en el contexto de la entrevista médica, y las respuestas se evaluaron con base en una lista de cotejo. Dicha lista se elaboró basándose en las habilidades comunicativas requeridas en cada etapa de la entrevista médica según Maguire y Pitceathly (2002) y Vázquez (2008). Las habilidades consideradas fueron 51, distribuidas de la siguiente manera: inicio (5), recolección de información (9), explicación del diagnóstico (6), planificación del tratamiento (8) y cierre de la entrevista (4), además de las habilidades generales presentes a lo largo de la misma (19). Estas últimas aluden a aquellas habilidades que no pertenecen exclusivamente a una de las etapas, tales como demostrar respeto al paciente, mantener una distancia adecuada, corregir información equivocada y mostrar interés, entre otras. La citada lista se empleó para evaluar el desempeño en las sesiones de entrevista ante pacientes simulados (de aquí en adelante llamada “prueba actuativa”) que se calificó en los términos siguientes: “Presenta la habilidad”, “No presenta la habilidad” y “No aplica”.

Se elaboró además un libreto del paciente que contenía una historia clínica a ser interpretada por el paciente simulado y que permitió evaluar al médico entrevistador durante la prueba actuativa. El contenido del libreto incluyó los siguientes aspectos: nombre, sexo, edad, estado civil, estilo de vida y motivo de consulta –mejor conocidos como Antecedentes personales patológicos y Antecedentes personales no patológicos– que conformaban la historia clínica del paciente.

Para presentar los temas y las actividades propuestas en el taller se utilizó una computadora portátil Dell® Inspiron, 15 5584, bocinas, proyector y material audiovisual correspondiente a cada sesión del taller.

### Diseño

Se utilizó un diseño preexperimental tipo pretest-postest de un solo grupo (Campbell y Stanley, 1978). El grupo pasó por tres fases: Preprueba, Tratamiento y Posprueba. La Tabla 1 contiene el diseño utilizado y los temas generales que conformaron las sesiones del taller.

**Tabla 1.** Diseño experimental.

Grupo	Fases		
	Preprueba	Tratamiento	Posprueba
G	Prueba declarativa Prueba actuativa	Contenido del taller de habilidades de comunicación: a) Fases de la entrevista b) Habilidades generales en la entrevista c) Habilidades en el inicio d) Habilidades en la recolección de información e) Habilidades en el diagnóstico f) Habilidades en la planificación del tratamiento g) Habilidades en el cierre de entrevista h) Estilos de comunicación i) Estilos de vida j) Psicoeducación	Prueba declarativa Prueba actuativa
Tiempo dedicado:	2 h	6 h	2 h

### Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en el Laboratorio de Simulación de la referida institución, del cual se utilizaron dos áreas: el salón de Simulación Básica, –acondicionado con mesas, sillas y equipo electrónico, y la zona de consultorios, todos ellos con

adecuada iluminación, ventilación y aislamiento de ruido, y provistos con un escritorio, dos sillas y una camilla de exploración.

Todas las actividades de planificación y puesta en marcha del taller se llevaron a cabo en tres días consecutivos; en el primero se capacitó a los evaluadores y pacientes simulados a lo largo de tres

horas; el segundo día se efectuó la preprueba y se impartió la primera parte del contenido del taller de habilidades de comunicación, con una duración de dos y tres horas, respectivamente, y finalmente el tercer día se concluyó con el temario propuesto a los estudiantes (dos horas) y se procedió a la aplicación de la posprueba (dos horas).

### *Capacitación*

Previamente a la fase de preprueba, se capacitó a los grupos de evaluadores y pacientes simulados de manera independiente a fin de calibrar su participación en el estudio. Ambas capacitaciones se realizaron en un solo día de forma consecutiva, y cada una duró aproximadamente una hora y media.

### *Capacitación de evaluadores*

Se reunió a los nueve evaluadores en una de las aulas del edificio de la Facultad de Medicina, en conjunto con los investigadores y personal de la institución. Se revisó cada una de las habilidades que componían la lista de cotejo, de tal forma que se precisaron las dudas por parte de los evaluadores respecto a la descripción operacional de las mismas. Al finalizar la revisión de habilidades, se efectuó una evaluación, que consistió en calificar, con base en la lista de cotejo, una representación simulada ante el grupo, interpretada por uno de los investigadores y un médico de la Facultad. Una vez concluida esta actividad, se corroboraron las calificaciones otorgadas por los evaluadores, y nuevamente se revisó la definición de aquellas habilidades con poca confiabilidad. Además de calificar la prueba actuativa de los participantes en el taller, otra función de los evaluadores consistió en proporcionarles las indicaciones previas a la prueba, esto es, el tiempo límite para completarla y señalarles el cambio entre las etapas de la entrevista.

### *Capacitación de pacientes simulados*

Con los pacientes se examinó a detalle el libreto del paciente tratando de prever las posibles preguntas del médico (es decir, el participante del taller) y las respuestas que debían dar ellos como pacientes. Al concluir la revisión, se seleccionó al azar a uno de los pacientes simulados para representar el caso clínico durante una entrevista. Todos los pre-

sentos aportaron sus observaciones y se acordaron aspectos puntuales del seguimiento del libreto, los cuales les fueron enviados a través de correo electrónico. En este caso, la función de los pacientes simulados se resumió en apearse a actuar como una persona con diabetes mellitus que asistía a consulta médica. El tiempo de capacitación con los pacientes simulados fue de aproximadamente hora y media.

### **Fase de preprueba**

Se llevaron a cabo las pruebas declarativa y actuativa de manera secuencial en una sola sesión con una duración de dos horas en total. La primera de tales pruebas se hizo en el salón de Simulación Básica, donde se reunió a los 17 participantes. Una vez entregadas las pruebas, se solicitó a los estudiantes anotar su nombre y edad con el fin de facilitar el análisis posterior de sus respuestas. La segunda prueba se llevó a cabo en el área de consultorios, para lo cual se dividió a los participantes en dos secciones: una de ocho y otra de nueve integrantes para llevar a cabo las entrevistas, pasando una sección a la vez para realizarlas. De forma simultánea, al ingresar al área cada uno de los ocho evaluadores, le indicaba al participante que debía leer las instrucciones colocadas a la entrada del consultorio asignado; el tiempo para la lectura fue de dos minutos. En relación con la duración de la entrevista, esta se programó para llevarse a cabo en quince minutos.

En el consultorio, el evaluador registraba las habilidades del participante en el curso de la interacción con el paciente simulado, dándole la instrucción mediante una señal con el brazo para cambiar de una etapa de la entrevista a otra. Las etapas de aquella se dividieron en tres secciones de cinco minutos cada una: 1) Inicio y recolección de información, 2) Comunicación del diagnóstico y 3) Planificación del tratamiento y cierre de la entrevista.

### *Taller de habilidades comunicativas*

Al finalizar la evaluación de todos los participantes se procedió a impartir los contenidos del taller, cuyos temas específicos se encuentran en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Temas desarrollados durante el taller.

Temas						
Etapas de la entrevista médica	Habilidades de comunicación generales	Habilidades de inicio	Habilidades de recolección	Habilidades de diagnóstico	Habilidades de tratamiento	Habilidades de cierre
1. Inicio 2. Recolección de información 3. Diagnóstico 4. Planeación del tratamiento 5. Cierre	1. Relevancia del contexto ambiental 2. Estilos de comunicación en la relación médico-paciente	Habilidades en el primer encuentro con el paciente	Estilos de vida	1. Psicoeducación 2. El paciente como agente activo	1. Adherencia al tratamiento 2. Negociación	Habilidades para concluir la entrevista

El objetivo principal del taller fue enseñar a los estudiantes las habilidades de comunicación relevantes de la entrevista que se lleva a cabo durante la práctica médica. Complementariamente, el logro esperado al término del programa fue que los alumnos adquirieran dichas habilidades y que emplearan su conocimiento en una entrevista con pacientes simulados. Los tres primeros temas se ofrecieron el primer día del taller (tres horas, con un descanso de diez minutos al intermedio de la sesión), y el resto de los temas durante el segundo día de taller con la misma distribución de tiempo, seguidos por la posprueba. Durante las sesiones se emplearon casos clínicos y material audiovisual que se analizaron en función de las habilidades de comunicación que formaron parte del contenido del taller. Se procuró la participación de todos los asistentes para observar, identificar y poner en práctica el contenido expuesto en representaciones llevadas a cabo por los mismos estudiantes, ya sea actuando como médicos o como pacientes. Las técnicas implementadas fueron conferencias grupales, observación supervisada, representaciones, modelamiento y retroalimentación por parte de los expertos y los presentes en el grupo.

### Posprueba

Esta fase del estudio fue exactamente igual a la preprueba, por lo que se aplicaron nuevamente las pruebas declarativa y actuativa en un tiempo total de dos horas, inmediatamente después de haber concluido el contenido programado para el taller.

### RESULTADOS

El principal hallazgo del estudio es que los participantes mostraron cambios en las habilidades comunicativas empleadas en su interacción con el paciente, de acuerdo con las diferentes etapas de la entrevista consideradas en el taller psicoeducativo; no obstante, no todas las etapas ni todas las habilidades pertenecientes a estas se vieron afectadas en el mismo grado según las pruebas aplicadas.

Para conocer cómo pudo afectar el taller a cada una de las habilidades evaluadas en las pruebas declarativa y actuativa, se compararon los datos de la preprueba y la posprueba, donde una habilidad podía manifestarse bajo cuatro condiciones, las cuales eran mutuamente excluyentes. Las que se identificaron como: No presentó en la preprueba y presentó en la posprueba (NP); Presentó en la preprueba y presentó en la posprueba (PP); Presentó en la preprueba y no presentó en la posprueba (PN) y No presentó en la preprueba y No presentó en la posprueba (NN).

Para cada participante se determinó la condición de cada habilidad, lo que luego permitió obtener la proporción en porcentajes de participantes que la mostraba. A fin de tener una idea general de los efectos del taller sobre cada habilidad, los porcentajes se distribuyeron en cuatro intervalos de clase (cuartiles) según la proporción de participantes que mostraba cada condición.

Al comparar los datos de la preprueba y posprueba declarativa se observó que cinco habilidades de las etapas de recolección de informa-

ción, diagnóstico, tratamiento y cierre que no se mostraron en la preprueba, sí ocurrieron durante la posprueba en una proporción mayor de 50% de los participantes, pero menor de 76% (Tabla 3) (Para más especificaciones de las habilidades referidas, véase Anexo 1). Asimismo, hubo habilidades que no se mostraron de forma escrita ni antes ni después del taller en más de 76% de los participantes, las cuales tenían que ver con lo que el paciente sabía acerca de su estado de salud, hacerlo partícipe en la planificación del tratamiento, o proporcio-

narle estrategias para seguir las recomendaciones médicas. Por otra parte, hubo habilidades generales y propias del inicio de entrevista que ya se manifestaban en más de 70% de los participantes, mientras que una proporción menor a 25% exhibieron habilidades en la preprueba pero no en la posprueba, como preguntar el nombre del paciente, solicitar sus antecedentes personales patológicos y no patológicos, y otras relacionadas con las indicaciones del tratamiento.

**Tabla 3.** Distribución de las habilidades en función del efecto del taller en la prueba declarativa.

Intervalo %	Condición NP	Condición PP	Condición PN	Condición NN
	Habilidades			
76-100	-	H1, H2, H14, H32	-	H6, H7, H8, H21, H27, H30, H31
51-75	H10, H12, H15, H28, H29	H4, H16, H26	-	H9, H11, H13, H19, H20
26-50	H3, H17, H18, H20, H22, H23, H24, H25, H26	H3, H5, H18, H22, H25	H8	H5, H15, H17, H18, H22, H23, H24, H25, H28, H29
0-25	H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H11, H13, H16, H19, HH27, H31	H4, H5, H9, H11, H13, H14, H17, H18, H19, H20, H23, H24, H25, H31	H4, H5, H9, H11, H13, H14, H17, H18, H19, H20, H23, H24, H25, H31	H3, H4, H10, H12, H14, H16, H26

*Nota:* NP = No presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PP = Presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PN = Presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba, y NN = No presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba.

En el caso de los datos de la prueba actuativa, se encontró que en la primera condición (NP), más de la mitad de los participantes mostró tres habilidades comunicativas, correspondientes a las etapas de recolección de información, planificación del tratamiento y cierre de entrevista, lo que indicó un cambio significativo para estas habilidades en particular (Tabla 4). En la misma condición, un por-

centaje importante de estudiantes (de 26 a 50%), aumentaron el uso de habilidades relacionadas con las etapas de recolección de información, comunicación del diagnóstico y habilidades generales, como la ejemplificación de términos para el paciente y la corroboración de la comprensión de dicha información.

**Tabla 4.** Distribución de las habilidades en función del efecto del taller en la prueba actuativa.

Intervalo %	Condición NP	Condición PP	Condición PN	Condición NN
	Habilidades			
76-100	-	H1, H2, H4, H5, H6, H16, H24, H33, H64, H35, H38, H39, H41, H50, H51	-	-
51-75	H11, H23, H29	H3, H9, H12, H14, H25, H26, H32, H40, H42, H44, H46	-	H7, H10, H13, H15, H21, H27, H43, H45
26-50	H12, H14, H15, H17, H18, H20, H21, H22, H25, H26, H27, H28, H31, H37, H40, H42, H44, H47, H49	H8, H17, H18, H19, H20, H22, H23, H28, H29, H30, H31, H36, H37, H47, H49	-	H18, H19, H20, H30, H36, H37, H47
0-25	H1, H3, H6, H7, H8, H9, H10, H13, H16, H19, H30, H32, H35, H39, H41, H45, H46, H48	H7, H11, H21, H43, H45	H3, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H13, H17, H19, H20, H22, H29, H30, H31, H32, H45, H47	H3, H8, H9, H11, H12, H16, H17, H22, H23, H26, H28, H31, H32, H40, H44, H46, H48, H49

*Nota:* NP = No presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PP = Presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PN = Presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba, y NN = No presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba.

Las habilidades relacionadas con las etapas de inicio y tratamiento, así como algunas generales, aparecieron consistentemente en la pre y la posprueba en más de la mitad de los participantes llegando incluso a la totalidad. Respecto a habilidades cuyo propósito es dar un papel activo al paciente en las etapas de diagnóstico y tratamiento, no se mostraron ni antes ni después del taller en casi la mitad de los participantes.

En menor medida, las habilidades de diagnóstico y las relacionadas con explicitar información al paciente casi no se vieron afectadas por el taller, y en consecuencia no se exhibieron en ningún momento en un número importante del total de los participantes.

Ahora bien, para identificar las habilidades que mostraron mayor cambio en los participantes de acuerdo con las etapas de la entrevista evaluadas, se empleó un “índice de ganancia”, adaptado del estudio de Reyes, Ibáñez, Mendoza y Flores (2011):

$$g = \frac{NP * 100}{T}$$

En la fórmula, *NP* representa la proporción de habilidades de cada participante que pasó de no presentarse en la preprueba a sí presentarse en la posprueba en una determinada etapa de la entrevista, dividida entre el total de habilidades correspondientes a esa etapa (*T*).

En la Tabla 5 se muestran los índices de ganancia obtenidos por los participantes en la prueba declarativa en cada una de las etapas de la entrevista; asimismo, se muestran los promedios de las ganancias por etapa al final de las columnas. Se observa que las etapas en las que los participantes obtuvieron mayores ganancias fueron la de planificación de tratamiento y cierre de entrevista ( $g = 26.47$ ) y la de inicio y recolección de información ( $g = 21.85$ ).

**Tabla 5.** Índices de ganancia en la prueba declarativa a lo largo de las fases de la entrevista.

Participante	Fases de la entrevista			Promedio de índice de ganancia
	Inicio de entrevista y recolección de información	Comunicación de diagnóstico	Planificación del tratamiento y cierre	
1	21.43	3.33	25.00	16.59
2	21.43	0	33.33	18.25
3	28.57	5.00	33.33	22.30
4	21.43	6.67	16.67	14.92
5	7.14	5.00	16.67	9.60
6	0	1.67	33.33	11.67
7	50.00	3.33	0	17.78
8	14.29	3.33	33.33	16.98
9	28.57	1.67	8.33	12.86
10	21.43	10.0	25.00	18.81
11	21.43	1.67	16.67	13.25
12	0	0	33.33	11.11
13	28.57	3.33	41.67	24.52
14	21.43	1.67	41.67	21.59
15	42.86	5.00	33.33	27.06
16	21.43	3.33	16.67	13.81
17	21.43	3.33	41.67	22.14
<b>g total promedio</b>	<b>21.85</b>	<b>3.43</b>	<b>26.47</b>	<b>17.25</b>

Al analizar el promedio de ganancias a lo largo de las etapas (última columna), fueron los participantes 13 y 15, con índices promedio de 24.52 y 27.06, respectivamente, los que reportaron las mayores ganancias en las habilidades de comunicación. Por

etapa, el participante 7 obtuvo un índice de ganancia de 50 en el inicio y en la recolección de información, mientras que en la etapa de diagnóstico el participante 10 resultó con el índice más alto (10), y finalmente los participantes 13, 14 y 17 fueron

los que lograron los mayores índices de ganancia ( $g = 41.67$ ) en las etapas de planificación del tratamiento y cierre.

En lo referente a los resultados de la prueba actuativa, en la Tabla 6 se presentan los índices de ganancia obtenidos por los participantes en las etapas de la entrevista, así como sus promedios.

**Tabla 6.** Índice de ganancia en la prueba actuativa de la condición NP.

Participante	Etapas de la entrevista				Promedio del índice de ganancia
	Inicio de entrevista y recolección de información	Comunicación de diagnóstico	Planificación del tratamiento y cierre	Habilidades generales en la entrevista	
1	21.43	1.67	25.0	21.05	17.29
2	35.71	1.67	25.0	31.58	23.49
3	14.29	1.67	50.0	21.05	21.75
4	7.14	1.67	25.0	0	8.45
5	35.71	3.33	50.0	21.05	27.53
6	21.43	5.00	41.7	15.79	20.97
7	21.43	6.67	50.0	15.79	23.47
8	14.29	1.67	25.0	10.53	12.87
9	28.57	6.67	16.7	21.05	18.24
10	14.29	6.67	16.7	5.26	10.72
11	28.57	1.67	25.0	0	13.81
12	21.43	1.67	50.0	10.53	20.91
13	7.14	3.33	25.0	10.53	11.50
14	7.14	0	66.7	36.84	27.66
15	21.43	1.67	25.0	26.32	18.60
16	7.14	1.67	50.0	10.53	17.33
17	21.43	1.67	33.3	31.58	22.00
<b>g total promedio</b>	<b>19.33</b>	<b>2.84</b>	<b>35.29</b>	<b>17.03</b>	<b>18.62</b>

*Nota:* NP = No presentada en la preprueba y Presentada en la posprueba.

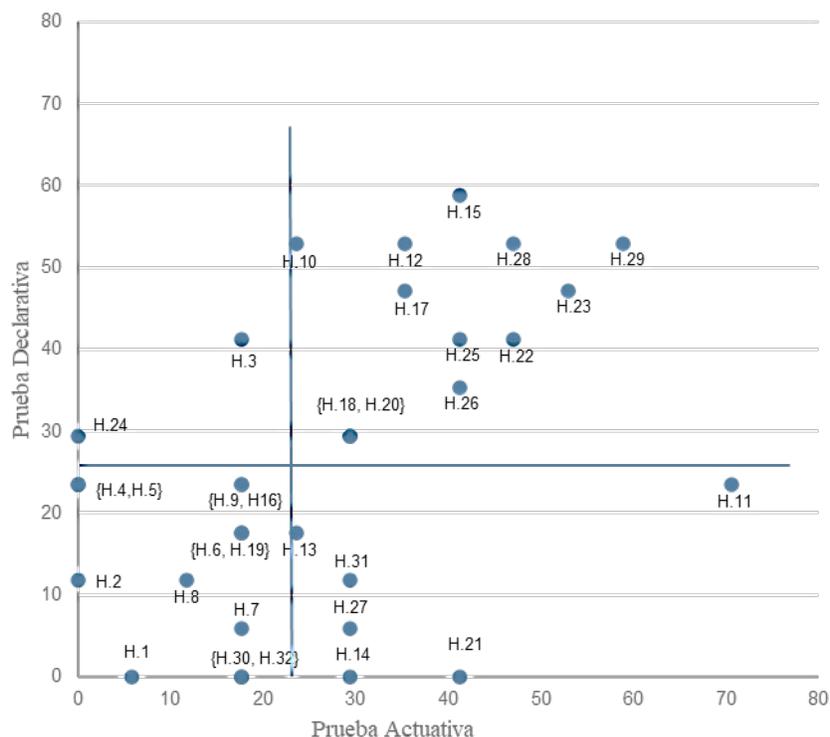
Puede observarse que las etapas de tratamiento y cierre de entrevista reflejaron un mayor promedio de índice de ganancia ( $g = 35.29$ ), seguidas de las etapas de inicio y recolección de información y de las habilidades generales presentes, con índices promedio de 19.33 y 17.03, respectivamente. Por otro lado, la etapa que menos ganancia mostró fue la de diagnóstico, con un índice promedio de 2.84. En cuanto al promedio de los índices de ganancia por participante a lo largo de las etapas, se halló que los participantes 5 y 14 obtuvieron las mayores ganancias, con 27.53 y 27.66 en cada caso, seguidos por los participantes 2, 7 y 17 que alcanzaron índices de poco más de 20.

Al analizar cada etapa de la entrevista se puede identificar a los participantes que lograron los mayores índices de ganancia. En la etapa de inicio y recolección, los participantes 2 y 5 obtuvieron un índice de 35.71, seguidos por los participan-

tes 9 y 11, con un índice de 28.57. En la etapa de diagnóstico, los participantes 7, 9 y 10 fueron los que alcanzaron un índice de ganancia de 6.67, mientras que en la etapa de planificación de tratamiento y cierre, así como en la sección de habilidades generales, el participante 14 fue el que obtuvo los índices de ganancia más altos, con 66.7 y 36.84, respectivamente.

Finalmente, para conocer la correspondencia entre las ganancias obtenidas por los participantes en cada una de las habilidades que conformaron las pruebas actuativa y declarativa, la Figura 1 ilustra un gráfico de correlación que muestra los índices de ganancia promedio de cada habilidad en cada una de las pruebas. Este gráfico permite apreciar la distribución de las habilidades correlacionadas en cuadrantes definidos por los promedios del total de las ganancias obtenidos en ambos tipos de prueba.

**Figura 1.** Ubicación por cuadrantes de las habilidades comunicativas en función del promedio de las ganancias obtenidas en las pruebas declarativa y actuativa.



En el cuadrante superior derecho se encuentran las habilidades que alcanzaron las mayores ganancias en promedio en las pruebas actuativa y declarativa y que puntuaron por encima de la media total de las ganancias. Por su posición, se puede decir que fueron las habilidades que más cambiaron debido al taller. Estas habilidades corresponden a las etapas de recolección de información, comunicación del diagnóstico, planificación del tratamiento y cierre de la entrevista (véase Anexo).

En el cuadrante inferior izquierdo se encuentran las habilidades que mostraron poco cambio en ambas pruebas. Es importante hacer notar que las ganancias en este cuadrante no distinguen entre las habilidades que se exhibieron con escasa frecuencia y así continuaron, y aquellas que ocurrieron con mucha frecuencia y siguieron así, por lo que solo se puede decir que el taller impartido no influyó significativamente en ellas. Tales habilidades pertenecen principalmente a las etapas de inicio de entrevista, recolección de información, comunicación del diagnóstico y cierre.

Las dos habilidades que aparecen en el cuadrante superior izquierdo son aquellas cuyas mayores ganancias promedio ocurrieron en la prueba

declarativa, pero que no cambiaron de forma importante en la actuativa. Por su parte, las seis habilidades ubicadas en el cuadrante inferior derecho obtuvieron ganancias considerables en la prueba actuativa, pero pocas ganancias promedio en la declarativa. Estos cuadrantes contienen entonces a las habilidades que pudieron ser afectadas por el taller, propiciando que los participantes las *refirieran* –realizándolas o sin realizarlas– o las *realizaran* –refiriéndolas o sin referirlas. En este último caso se encuentran principalmente habilidades correspondientes a la etapa de recolección de información y planificación del tratamiento.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de impartir un taller psicoeducativo a estudiantes de medicina que enfatizó la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas en cinco etapas de la entrevista médica: inicio, recolección de información, comunicación del diagnóstico, planificación del tratamiento y cierre. Los resultados obtenidos a partir de las pruebas aplicadas en la

investigación reflejaron, por un lado, el desconocimiento que tienen los estudiantes sobre ciertos aspectos vinculados a la comunicación (verbal y no verbal), y por otro, que se pueden lograr resultados favorables en el aprendizaje de habilidades comunicativas con una adecuada estructura en su enseñanza.

En el primer caso, el desconocimiento de habilidades se observó cuando los estudiantes demostraron poner poca atención a la forma en que obtenían información de sus pacientes, principalmente en relación con la percepción de su estado de salud y su condición de vida. De igual manera, se encontró que algunos participantes mencionaban con escasos detalles los factores y características de la enfermedad, no preguntaban al paciente sobre su deseo de ser participe en las decisiones de su tratamiento, ni tampoco se aseguraban de que quisiera conocer su diagnóstico. Lo anterior ha sido señalado por Ranjan *et al.* (2015) como barreras que dificultan la comunicación médico-paciente, pues no solo implica que no se llevan a cabo en la práctica, sino que no se han considerado anteriormente dentro de su formación como parte esencial del desarrollo de la relación médico-paciente.

Dicho lo anterior, para algunos estudiantes, la perspectiva del paciente fue difícilmente considerada en ambos tipos de pruebas en el presente trabajo. Al respecto, Alonso y Kraftchenko (2003) han resaltado que entre los aspectos que caracterizan la comunicación médico-paciente en los estudiantes se encuentra la predominancia de la función informativa sobre la función afectiva lo que quiere decir que dan prioridad a la recepción y transmisión de información sobre la condición de salud en general y se centran en aprender la patología *per se*, en lugar de atender las preocupaciones y percepciones de los pacientes sobre la enfermedad, su diagnóstico, pronóstico y evolución. Pese a esta visión que los estudiantes pudieran tener previamente del papel del paciente, con el taller implementado se hizo un esfuerzo por resaltar la importancia de explorar las condiciones de vida del paciente, así como dar a este un rol activo en el encuentro médico, pues se ha demostrado que no solo favorece la precisión del diagnóstico, sino también la satisfacción, participación y adherencia de aquel (González *et al.*, 2015; Hernández

*et al.*, 2006; Maguire y Pitceathly, 2002; Ranjan *et al.*, 2015; Ruiz *et al.*, 2020; Silva, Galeano y Correa, 2005; Vidal, 2010).

Otro de los aspectos que pudo estar implicado en la obtención de tales resultados se relaciona con la actitud de los estudiantes hacia el aprendizaje de las habilidades de comunicación. A pesar de que en esta investigación no se le evaluó, la actitud ha sido ampliamente estudiada como un factor que influye en cómo los estudiantes reciben la enseñanza de la comunicación, a la vez que impide o facilita llevar a la práctica clínica los conocimientos adquiridos en esta materia. En una investigación reciente, Ruiz *et al.* (2020) hallaron que una percepción negativa hacia las habilidades de comunicación por parte de los alumnos se manifiesta en considerarlas no tan importantes como los conocimientos médicos en el ejercicio de su profesión. Complementariamente, Rees y Garrud (2001) y Givron y Deseilles (2021) afirman que una percepción negativa se basa en la creencia de que su aprendizaje es fácil y que no vale la pena estudiarlas. En el caso presente, la actitud negativa de los participantes da cuenta tal vez del porqué algunas habilidades no se integraron desde el inicio en las evaluaciones.

En relación con lo anterior, Rosenbaum (2017) sostiene que la actitud negativa del alumno de pregrado depende tanto de la manera en que se enseñan y evalúan las habilidades, como de las actitudes que los docentes transmiten a los médicos en formación. Lo anterior supone que al ser los maestros los principales modelos de los cuales los estudiantes aprenden actitudes, valores y comportamientos de la práctica médica, es altamente probable que adopten conductas y actitudes opuestas a las que deberían ser fruto de una adecuada capacitación en comunicación (*cf.* Ruiz *et al.*, 2020; Givron y Deseilles, 2021). Aunado a este hecho, se ha cuestionado la capacidad de los profesores para integrar las habilidades de comunicación en su práctica y en su enseñanza, pues se presupone que, toda vez que son comunicadores efectivos, pueden reconocer y retroalimentar a los estudiantes; sin embargo, también es cierto que no todos los profesores tienen los conocimientos suficientes sobre la comunicación, por lo que es posible que no sean modelos eficaces para los estu-

diantes (Rosenbaum, 2017). Analizar este aspecto estuvo fuera de los propósitos del presente estudio, pero es importante tenerlo en cuenta pues no se descarta la influencia de la enseñanza que imparten los profesores y sus propias habilidades en el desempeño de los estudiantes.

En línea con lo antes mencionado, se ha confirmado que la estructura y el espacio que ocupa la comunicación en el plan de estudios y las asignaturas afectan la impresión que los médicos se forjan de la misma (González *et al.*, 2015). Se ha señalado que cuando los programas de enseñanza son esencialmente biomédicos, hacen que la utilidad de las habilidades comunicativas pase a segundo término (Givron y Desseilles, 2021). Por su parte, Ruiz *et al.* (2020) han hecho énfasis en que los métodos de enseñanza, mayormente los de formato tradicional, promueven el aprendizaje de las habilidades de forma demostrativa más que práctica, lo cual sugiere que los estudiantes no tienen la oportunidad de practicar individualmente ni de recibir retroalimentación sobre su ejecución. Asimismo, dichos autores han llamado la atención sobre la carencia de formación específica de los docentes en materia de comunicación, lo que reduce las posibilidades de utilizar estrategias experienciales para la formación eficaz de la comunicación del alumno en el aula y en el ámbito clínico. En lo que respecta a la entrevista médica, lo que se ha reportado como barrera en el aprendizaje se vincula con los métodos de enseñanza basados en las ejecuciones de los alumnos a base de “prueba y error”, carentes de observación supervisada incluso en el ámbito clínico (Rosenbaum, 2017).

En lo que atañe al cambio de algunos estudiantes en la inclusión de habilidades comunicativas después del taller, destacó la referencia a las habilidades en la prueba declarativa asociadas a formular preguntas para indagar las condiciones de vida del paciente –sobre todo en el aspecto económico y laboral–, permitir a la persona decidir conocer o no su diagnóstico, corroborar que esté de acuerdo con el plan de tratamiento y resumir la sesión al finalizar el encuentro. Complementariamente a las habilidades referidas, en la prueba activa tuvieron lugar habilidades relacionadas con tomar en cuenta la decisión del paciente sobre participar en la planificación de su tratamiento;

hacer más explícita la descripción de la enfermedad y sus posibles consecuencias y complicaciones; ofrecer más alternativas de tratamiento; promover la negociación considerando la perspectiva del paciente, y explicitar las indicaciones médicas (nombre del medicamento, función, hora de la toma y duración del tratamiento). Como parte de las habilidades generales que se integraron destacaron el retomar el curso de la entrevista cuando el paciente se ha desviado del tema, escuchar lo que este dice y resumir la información que se le ha proporcionado.

El hecho de que algunas habilidades hubieran mostrado un cambio después del taller en las etapas de diagnóstico y tratamiento puede concebirse como un acercamiento favorable a la psicoeducación, pues fue en estas etapas donde se obtuvieron las mayores ganancias. En otras palabras, en la medida en que los médicos dedican tiempo en la consulta a explicar la condición de salud y a dar recomendaciones ajustadas al paciente particular con la ayuda de estrategias para lograr el apego al tratamiento, se considera que el paciente logrará adherirse al mismo en mayor grado. Asimismo, será más fácil que el médico desempeñe un papel central como agente y supervisor de cambios en cualquiera de los niveles de prevención (Reynoso y Seligson, 2005; Soria *et al.*, 2011).

Ahora bien, el resto de las habilidades que se incorporaron en la estructura de la entrevista médica después del taller se consideran como un efecto no solo del contenido impartido, sino también de la forma en que se instruyó a los participantes. Fue a través de los métodos de enseñanza experiencial que se logró que los estudiantes conocieran la relevancia de la comunicación en su profesión, la importancia de abordar de forma integral al paciente y manejar estilos adecuados de comunicación a lo largo del encuentro médico (Van der Hofstadt y Navarro, 2004; Moore *et al.*, 2010; Choudhary y Gupta, 2015; Ranjan *et al.*, 2015). De esta manera, las estrategias puestas en práctica hicieron posible que los participantes pudieran llevar a la práctica lo aprendido bajo supervisión en representaciones o juego de roles llevados a cabo por ellos mismos, con la retroalimentación constante de los expertos y de sus pares, y más aún en un entorno de experiencias cercanas a la realidad, como fueron los en-

cuentros con pacientes simulados. Respecto a este último punto, debe señalarse que la pertinencia de implementar la representación como forma de enseñanza y evaluación posibilitó, por un lado, que los estudiantes se expusieran de manera segura a escenarios que se asemejan al entorno clínico real, y por otro, que aprendieran de sus fallas al tiempo que recibían observaciones para mejorar, aspecto que se ha reportado que prefieren los médicos antes de introducirse en el contexto hospitalario (Bakogiannis *et al.*, 2019; Rosenbaum, 2017).

La adquisición y el mantenimiento de habilidades (aquellas que fueron mostradas desde el principio) se atribuyen a la actitud positiva de los estudiantes en cuanto a considerar la comunicación como un elemento fundamental en su formación, y también a la influencia que tuvieron los métodos de enseñanza experiencial utilizados. Lo anterior reafirma lo reportado en otros estudios, en los cuales se encontró que la actitud positiva de los estudiantes en ambos aspectos propició y facilitó la incorporación de habilidades comunicativas (Choudhary y Gupta, 2015; Givron y Desseilles, 2021; Ruiz, Andrade *et al.*, 2020). Es de gran importancia señalar que las habilidades que no se manifestaron en ninguna de las pruebas, frente a las que sí lo hicieron, evidencia el hecho de que no todas ellas requieren el mismo tiempo de entrenamiento ni el mismo nivel de profundización para lograr su aceptación e integración por los estudiantes; algunas resultan de mayor dificultad que otras, aspecto que debe analizarse con mayor detenimiento. Asimismo, debe tenerse en cuenta que las actitudes de los alumnos varían según su nivel de experiencia y, con ello, de su disposición para aprenderlas (Ruiz *et al.*, 2020).

En resumen, si bien el presente estudio hizo posible dar cuenta de cambios importantes que se lograron mediante un taller psicoeducativo cuyo fin fue mejorar la interacción médico-paciente a través de la enseñanza de habilidades de comunicación, también posibilitó de forma paralela valorar la conveniencia de los contenidos, los objetivos, las técnicas de enseñanza y las habilidades que merecen más atención en la formación médica. Aunado a ello, se destacó la relevancia de crear espacios formales para que los estudiantes conozcan desde etapas académicas tempranas la utilidad y el beneficio que pueden obtener de aprender a comunicarse eficazmente con los pacientes y cómo eso puede trasladarse a la relación con sus colegas y otros profesionales de la salud. Sin duda, una de las limitantes que se observaron fue el tiempo de realización del taller, pues al limitarse a dos días no fue posible profundizar en aquellas habilidades a las que los estudiantes fueron más renuentes. En este sentido, se propone que en futuros estudios se amplíe la duración del taller y se incorpore, como parte de los expertos, a médicos docentes con experiencia en la materia, de tal forma que el programa se contextualice con situaciones clínicas acordes al semestre de los estudiantes y se añada la exploración física como complemento de la entrevista.

En este trabajo se dejan abiertas dos líneas de investigación, la primera de las cuales está vinculada al efecto de las actitudes de los docentes en cuanto a la enseñanza de habilidades de comunicación en su ejercicio académico con los estudiantes, y la segunda relacionada con la necesidad de extender los programas psicoeducativos a escenarios reales una vez superada con éxito la capacitación en entornos simulados.

*Citación:* Téllez T., M.Y., Ibáñez B., C., Reyes S., M.A. y Mireles D., R. (2023). Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina. *Psicología y Salud*, 33(1), 187-207. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2783>.

## REFERENCIAS

Alonso G., M. y Kraftchenko B., O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 17(1), 38-45.

- Association of American Medical Colleges (1999). *Medical School Objectives Project: Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine*. Washington, D.C.: Association of American Medical Colleges. Recuperado de <https://www.aamc.org/media/24196/download?attachment>.
- Bahraminia, S. y Amini, M. (2018). Evaluating final-year medical students' communication skills using an observational rating scale in Shiraz medical school. *Biomedical Research*, 29(14), 2992-2996. Doi: 10.4066/biomedicalresearch.29-17-3449.
- Bakogiannis, A., Darling, J.C., Dimitrova, V. y Roberts, T.E. (2019). Simulation for communication skills training in medical students: Protocol for a systematic scoping review. *International Journal of Education Research*, 93, 243-249. Doi: 10.1016/j.ijer.2018.11.001.
- Campbell, D.T. y Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Choudhary, A. y Gupta, V. (2015). Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied & Basic Medical Research*, 5(1), 41-44. Doi: 10.4103/2229-516X.162273.
- Deveugele, M. (2015). Communication training: Skills and beyond. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1287-1291. Doi: 10.1016/j.pec.2015.08.011.
- Givron, H. y Desseilles, M. (2021). Longitudinal study: Impact of communication skills training and a traineeship on medical students' attitudes toward communication skills. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 785-791. Doi: 10.1016/j.pec.2020.09.010.
- González O., H., Uribe P., C. y Delgado, R., H. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16(4), 227-233. Doi: 10.1016/j.edumed.2015.10.008.
- Hernández T., I., Fernández O., M.A., Irigoyen C., A.M. y Hernández H., A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar*, 8(2), 1-9.
- Liaison Committee on Medical Education (2021). *Functions and structure of a medical school. Standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree*. Washington, D.C.: American Medical Association.
- Maguire, P. y Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700. Doi: 10.1136/bmj.325.7366.697.
- Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, S. (2012) Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas, pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365. Doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.008.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1047-1054. Doi: 10.4067/s0034-98872010000800016.
- Ranjan, P., Kumari, A. y Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3). Doi: 10.7860/JCDR/2015/12072.5712.
- Rees, C.E. y Garrud, P. (2001). Identifying undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning: a pilot study. *Medical Teacher*, 23(4), 400-406. Doi: 10.1080/01421590120057067.
- Reyes S., M.A., Ibáñez B., C., Mendoza M., G. y Flores K., E. (2011). Referencia didáctica directa e indirecta: Efectos en el aprendizaje de desempeños contextuales. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 37(1), 51-67. Doi: 10.5514/rmac.v37.i1.24687.
- Reynoso E., L. y Seligson N., I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez S., J., Álvarez-U., C.F. y Gimeno V., E. (2016). La asertividad. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(6), 352-357.
- Rosenbaum, M.E. (2017). Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2054-2061. Doi: 10.1016/j.pec.2017.05.035.
- Ruiz M., R., Andrade R., C., Molina M., J.D., Cervera B., E., Pérula, L. y Monge, D. (2020). Effectiveness of a communication skills training program for medical students to identify patients communicative clues. *Patient Education and Counseling*, 103(11), 2384-2387. Doi: 10.1016/j.pec.2020.05.018.
- Ruiz, R., García de L., C., Cerro, P., Caballero M., F. y Monge, D. (2020). Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: a qualitative study with academic leaders. *BMC Medical Education*, 20(41), 1-9. Doi: 10.1186/s12909-020-1944-9.
- Silva G., E., Galeano, E. y Correa J., O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Silverman, J., Kurtz, S. y Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients* (2nd ed.). London: Radcliffe Medical Press.
- Soria T., R., Vega V., Z., Nava Q., C. y Saavedra V., K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), 223-230.

- Universidad Nacional Autónoma de México (2009). *Plan de estudios 2010 y programas académicos de la licenciatura de médico cirujano*. México: UNAM. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/licenciaturas/lmc/wp-content/uploads/2018/08/PEFMUNAM.pdf>.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2016). *Proyecto de modificación del plan de estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano (Tomo II)*. México: UNAM. Recuperado de <https://medicina.iztacala.unam.mx/PDFS%202016/MEDICINA%20Tomo%20II%20%20CAABQYS%20APROBADO%2025I2016%20FINAL.pdf>.
- Van-der Hofstadt R., C.J. y Navarro C., F. (2004). Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 30(11), 552-556. Doi: 10.1016/s1138-3593(04)74369-5.
- Vázquez M., G. (2008). Realidad virtual y simulación en el entrenamiento de los estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 11(1), 29-31.
- Vázquez M., G. y Guillamet L., A. (2009). El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica. *Educación Médica*, 12(3), 149-155.
- Vidal B., M. (2010). *La relación médico paciente: Bases para una comunicación a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

## ANEXO 1

### HABILIDADES COMUNICATIVAS POR ETAPA DE ENTREVISTA

#### Inicio de entrevista

- H1. El médico da los buenos días/tardes al paciente, o bien lo saluda estrechando su mano.
- H2. El médico le indica al paciente dónde sentarse.
- H3. El médico dice su nombre al paciente.
- H4. El médico pregunta al paciente cuál es su nombre.
- H5. El médico pregunta al paciente el motivo de consulta, o bien la inquietud que lo llevó a la cita médica.

#### Recolección de información

- H6. Indaga lo que el paciente sabe acerca de su estado de salud.
- H7. Pregunta al paciente a qué le adjudica el origen o causa de su problema de salud.
- H8. Cuestiona al paciente sobre tratamientos previos o alternativos a los que ha recurrido para su situación particular.
- H9. Solicita al paciente que exponga con la mayor exactitud posible la secuencia de los síntomas (fechas de eventos).
- H10. Hace preguntas para conocer la condición económica del paciente.
- H11. Indaga acerca de la condición familiar del paciente.
- H12. Explora la condición laboral del paciente.
- H13. Formula preguntas para conocer las condiciones de vivienda del paciente.
- H14. Indaga sobre los hábitos y el estilo de vida del paciente (si consume alcohol, drogas o tabaco; cómo se alimenta; cómo duerme o qué actividad física lleva a cabo).

#### Comunicación del diagnóstico

- H15. El médico se asegura de que el paciente quiera conocer su diagnóstico.
- H16. El médico define la enfermedad con un lenguaje comprensible para el paciente.
- H17. El médico explica cuáles son los factores que propiciaron el desarrollo de su enfermedad.
- H18. El médico enumera las características de la enfermedad.
- H19. El médico explica cuáles son los síntomas de la enfermedad.
- H20. El médico le hace saber al paciente cuáles con las posibles consecuencias y complicaciones de su enfermedad.

#### Planificación del tratamiento

- H21. El médico pregunta al paciente si desea participar en las decisiones sobre su tratamiento.
- H22. El médico le brinda al paciente diferentes opciones de tratamiento y sus implicaciones.
- H23. El médico prescribe los medicamentos que el paciente debe tomar, indicando la hora, duración y función de cada uno.
- H24. El médico brinda indicaciones acerca de los cambios requeridos en el estilo de vida (alimentación, actividad física, actividad recreativa, disminución de tabaco o alcohol...) que deberá hacer el paciente.
- H25. El médico promueve la planificación y negociación en común con el paciente, incorporando la perspectiva de este.
- H26. Las indicaciones del profesional se ajustan a las condiciones de vida del paciente (recursos económicos con los que cuenta, lugar en que reside, personas con las que convive, horario laboral, etc.).
- H27. Enseña al paciente a poner recordatorios para cumplir su tratamiento farmacológico.
- H28. El médico corrobora que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan de trabajo.

**Cierre de entrevista**

- H29. El médico resume la sesión brevemente y clarifica el plan de cuidados.
- H30. El médico canaliza al paciente con otros profesionales (psicólogo, nutriólogo, oftalmólogo, entre otros) para una atención integral de su salud si este lo requiere.
- H31. El médico indica la fecha y horario del próximo chequeo, si es necesario para el caso específico del paciente.
- H32. El médico se despide amablemente, pudiendo estrechar la mano de su paciente.

**Habilidades generales que se presentan en el transcurso de la entrevista médica**

- H33. El médico evita hacer comentarios juiciosos acerca de las creencias religiosas, políticas, preferencias sexuales y culturales del paciente.
- H34. El lenguaje que el médico emplea es respetuoso.
- H35. El médico da un trato igualitario al paciente, independientemente de su condición económica, cultural o nivel de estudios.
- H36. El médico interrumpe al paciente cuando requiere profundizar en un tema.
- H37. El médico interrumpe cuando el paciente se desvía del tema y necesita reorientar la entrevista.
- H38. La distancia entre médico y paciente es aproximadamente de un metro.
- H39. El médico evita reprender al paciente durante la entrevista médica.
- H40. El médico corrobora en cada categoría de información si el paciente ha comprendido antes de continuar la sesión.
- H41. El médico hace contacto visual con el paciente cuando este habla.
- H42. El médico escucha y resume periódicamente lo que el paciente dice.
- H43. A lo largo de la entrevista, el médico se dirige al paciente por su nombre al preguntarle o darle alguna indicación.
- H44. El médico logra mantener el curso de la entrevista; él y el paciente intercambian ideas sin que alguno de los dos acapare todo el tiempo designado a la consulta.
- H45. El médico mantiene contacto físico (apretón de manos, palmada en la espalda) cuando el paciente experimenta o comparte una situación grave.
- H46. El médico evita el uso de tecnicismos, y cuando los emplea explica a qué se refiere con los términos empleados.
- H47. El médico ejemplifica términos difíciles de comprender con ayuda de material extra, como audiovisuales o gráficos.
- H48. El médico solicita la aclaración de términos del vocabulario del paciente que no comprende.
- H49. Pregunta al paciente si la explicación fue clara.
- H50. El médico se mantiene con una postura recta, o se inclina hacia el paciente para escucharlo mejor si lo requiere.
- H51. El médico se muestra gentil y sonríe al recibir al paciente.