

37

LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO PARTE DE LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

COMMUNICATION IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AS PART OF THE TRAINING OF MEDICAL STUDENTS

Dra. Andrea Patricia Chancay Mendoza¹

E-mail: tita17_05@hotmail.es

MSc. Juan Carlos Suárez Fernández¹

E-mail: juancasuarez83@gmail.com

Dr. C. Raúl López Fernández²

E-mail: raulito_p@yahoo.com

¹ Universidad Técnica de Manabí. República del Ecuador.

² Universidad Metropolitana. República del Ecuador.

Cita sugerida (APA, sexta edición)

Chancay Mendoza, A. P., Suárez Fernández, J. C., & López Fernández, R. (2017). La comunicación en la relación médico-paciente como parte de la formación de los estudiantes de medicina. *Revista Conrado*, 13(59), 261-273. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>

RESUMEN

El objetivo del siguiente artículo es describir las habilidades comunicacionales básicas que permiten crear una efectiva comunicación médico paciente como parte de la formación de los estudiantes de medicina. En la investigación se demostró que las habilidades comunicativas son imprescindibles para el desempeño del futuro profesional, que el profesor debe llevar a cabo la enseñanza de estas habilidades que contribuye a crear una relación médica paciente adecuada lo que enriquece la formación del médico, para así contribuir a elevar la calidad del futuro profesional. El tema tiene una gran relevancia social, académica y asistencial por analizar las habilidades comunicativas en el ámbito pedagógico y llevarlas a las Ciencias de la Salud, específicamente a la formación de médicos para que contribuyan a su desarrollo, lo que redundará en la calidad del proceso docente-asistencial.

Palabras clave:

Relación médico paciente, habilidades comunicativas, educación médica, habilidades comunicativas, entrevista médica.

ABSTRACT

The objective of the following article is to describe the basic communication skills that allow to create effective patient medical communication as part of the training of medical students. The research showed that communicative skills are essential for the performance of the future professional, that the teacher must carry out the teaching of these skills that contributes to create an appropriate patient medical relationship which enriches the training of the physician, to contribute To raise the quality of the professional future. The subject has a great social, academic and care relevance for analyzing the communicative abilities in the pedagogical field and taking them to the Health Sciences, specifically to the training of doctors to contribute to their development, which will result in the quality of the process Teacher-care.

Keywords:

Patient medical relationship, communicative skills, medical education, communicative skills, medical interview.

INTRODUCCIÓN

El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación médico-paciente. Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica, por tal motivo se han incluido en los currículos de las escuelas de medicina de la mayoría de las universidades (Moore & Gómez, 2007).

Con el uso de habilidades de comunicación efectiva refieren Moore, Gómez, Kurtz & Vargas (2010), se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente, una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos. Parte importante del aprendizaje de cualquier competencia es la definición clara que desglosa sus componentes: conocimientos, habilidades y actitudes. Hoy existe una base sólida de evidencia que aporta al conocimiento de cuáles son los componentes de una comunicación efectiva en medicina.

La comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta la década del 70 del siglo XX, que ha sido abordada de modo sistemático y formal. La investigación en comunicación y salud es reciente, con desarrollo en los años 80 y fundamentalmente en la década del 90 (Bellón & Martínez, 2001). La profundización de su estudio coincide con el enfoque de considerar importante la relación centrada en el paciente, que se inicia en esos años, en correspondencia con los movimientos sociales que defendían los derechos y la autonomía del paciente (Laine & Davidoff, 1996; Vidal & Benito, 2010).

Dicha relación se ha transformado fundamentalmente a fines del siglo XX con la posmodernidad, a partir del capitalismo globalizado. Antes la relación era paternalista, donde el médico tenía un rol activo y el paciente acataba pasivamente sus indicaciones. El médico de familia centralizaba toda la información, lo que no sucede en la actualidad, producto de las especializaciones médicas donde se produce una fragmentación de dicha información. Las habilidades diagnósticas clásicas de observación, palpación, percusión, auscultación se fueron perdiendo, producto del desarrollo tecnológico que dio lugar al modelo tecno-médico. Esta nueva etapa histórica modificó la medicina, la práctica médica y también generó cambios en las expectativas de los pacientes, así como cambios sociales (Dörr Anneliese, 2004; PÉrgola,

2002, 2010). Estas transformaciones influyen en la relación médico-paciente a tal punto que en la actualidad se plantea que la misma atraviesa una crisis (Piñero, 2005; PÉrgola, 2010).

Por su parte, la comunicación eficaz médico-paciente se ha relacionado positivamente con la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y médicos, y los resultados de salud (Bellón, et al., 2001; Robbins, et al., 1993). Asimismo, se ha probado la influencia de la calidad de la relación médico - paciente en la adherencia del paciente al tratamiento médico prescrito (McLane, et al.,

1995; **Cófreces, Ofman & Stefani, 2014**). Otra variable que incide en la relación médico - paciente es la referida a las competencias comunicacionales de los pacientes, que han sido muy poco estudiadas, y fundamentalmente la incidencia de los factores contextuales donde se desarrolla la entrevista clínica.

Constituye una necesidad para los profesores de Ciencias Médicas según criterio de Alonso (2007, 2008), que la preparación teórico-metodológica permita la comprensión de la labor pedagógica dirigida a la formación y desarrollo de habilidades necesarias para el cumplimiento de las funciones de la comunicación, por ser uno de los elementos que integran los contenidos como componente del proceso de enseñanza aprendizaje y ser fundamental en el logro de las competencias profesionales.

A partir de estas consideraciones, el objetivo del presente trabajo es describir las habilidades comunicacionales básicas que permiten crear una efectiva comunicación médico paciente **como parte de la formación de los estudiantes de medicina**.

DESARROLLO

En la década de los años setenta, los primeros etnógrafos de la comunicación (Hymes) postularon la existencia de una **competencia para la comunicación** o **competencia comunicativa**, que comprende lo que un hablante oyente real, dotado de ciertos roles sociales y miembro de una determinada comunidad lingüística, debe saber para establecer una efectiva comunicación en situaciones culturalmente significantes, y para emitir mensajes verbales congruentes con la situación. Para estos teóricos, la **competencia comunicativa** es un conjunto de normas que se va adquiriendo a lo largo del proceso de socialización y, por lo tanto, está socioculturalmente condicionada.

Así esa **Competencia Comunicativa** exige no sólo la habilidad para manejar una lengua sino además saber situarse en el contexto comunicativo de cada comunidad

específica, en sus diversas formaciones sociales, culturales e ideológicas.

La competencia comunicativa se manifiesta tanto en los sistemas primarios de comunicación como en los sistemas secundarios, los sistemas primarios son los de la comunicación cotidiana, sirven para el intercambio comunicativo necesario en el desempeño de todos los roles que implica la vida en sociedad: una llamada telefónica, una carta, un memorando, un cartel, un noticiero radial, etc.

Los sistemas secundarios son de mayor elaboración y complejidad, requieren más capacidad cognitiva del hablante oyente real en su labor de codificar y descodificar textos, puesto que estas comunicaciones se producen en esferas de más elaboración cultural. "La comunicación en estos sistemas es básicamente escrita, pero también comprende formas orales como conferencias, foros, seminarios, etc. Se trata de la comunicación literaria, científica, técnica, sociopolítica, jurídica, y de comunicaciones no verbales, como las artes visuales; o mixtas, como el teatro", aquí entonces se incluye la comunicación médico paciente (Girón & Vallejo, 1992).

En los años 70, Pendleton, Schofield, Tatem & Havelock (1989), plantean que las competencias clínicas básicas de un médico incluían solamente tres elementos: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos. Las habilidades comunicacionales no estaban incluidas, para la mayoría de los médicos consideraban que la comunicación era una habilidad innata, propia del profesional, que no se podía aprender y, por lo tanto, no requería enseñanza. Los primeros intentos de introducir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular de las escuelas de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos.

Mucho ha cambiado desde entonces. En 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) ya dio un giro a lo que se venía enseñando hasta ese momento, publicando un informe especial sobre comunicación médico paciente, en el cual concluyó que toda escuela de medicina debería realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes. Los informes más recientes, elaborados por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de los Estados Unidos, exigen que las escuelas de medicina, para ser acreditadas, enseñen las habilidades comunicacionales de manera formal y sujeta a evaluación tanto en sus programas de pregrado como de posgrado (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2007).

A lo largo de la historia del hombre han surgido diversas controversias médicas asociadas a la comunicación. Para 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 (Hook & Pseiffer, 2007).

La importancia de la comunicación médico paciente ha sido reconocida desde hace tiempo como el elemento nuclear del acto médico, así lo afirmaron Laín Entralgo & Engel (1977). Posteriormente, se han puesto de manifiesto como una comunicación clínica afecta positivamente al proceso diagnóstico-terapéutico (Stewart, Brown, Galajda, Meredith & Sangster, 1999).

Por ello planteó Ruiz Moral (2003), se ha reconocido la necesidad de enseñar y valorar las habilidades comunicacionales en las escuelas de medicina y durante el proceso de especialización y formación médica continuada.

Ha sido motivo de polémica dentro del campo de la educación médica, si se enseña o forman parte de las características personalógicas del individuo. En la psicología marxista se considera la comunicación un proceso multifacético donde se reconocen estas tres funciones dialécticamente muy vinculadas entre sí en el proceso comunicativo, como son las funciones de la comunicación informativa, regulativa y afectiva (Ojalvo, 1999).

Actualmente, la comunicación efectiva es considerada como una de las competencias básicas de la educación médica (Interprofessional Education Collaborative, 2011).

Constituye una necesidad para los profesores de Ciencias Médicas la preparación teórico-metodológica que permita la comprensión de la labor pedagógica dirigida a la formación y desarrollo de habilidades necesarias para el cumplimiento de las funciones de la comunicación, por ser uno de los elementos que integran los contenidos como componente del proceso de enseñanza aprendizaje y ser fundamental en el logro de las competencias profesionales (Alonso, 2007, 2011; Alonso González, Ruiz Hernández & Ricardo Alonso, 2012).

Redmond (2000), planteó que 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. Según Rogers (2003), 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 cambiar el significado de una palabra según el contexto socio-cultural.

Otro aspecto socio-cultural analizado ha sido el género de los médicos, que debe considerarse durante la enseñanza de la comunicación: las mujeres muestran más sensibilidad ante los sentimientos los pacientes, siendo más abiertas a los aspectos sociales y humanísticos de sus cuidados. También dan más énfasis a las conversaciones para establecer y mantener las relaciones. Los hombres favorecen más un patrón biomédico y dan más énfasis a la comunicación como un instrumento para obtener información y solucionar problemas, sin poner tanta atención a los sentimientos y emociones. Lo anterior se traduce en que la mujer pasa en promedio más tiempo con los pacientes (Arnold, 2007).

Petra-Micu (2012), refiere que de igual manera es interesante ver como las pacientes expresan con mayor detalle los sucesos asociados a sus enfermedades, sean estas directamente relevantes para el padecimiento o circunstanciales. Los enfermos por su lado, 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 como plantearan Samovar, Porter & McDaniel (2007), es vista 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 según Petra-Micu (2012), que esta buena relación se establezca desde el pregrado, posgrado y durante el ejercicio de la profesión, criterio que comparte los autores de la presente investigación, pues es necesario desde la formación el dominio de las habilidades comunicativas para el desempeño del futuro profesional, donde el profesor tiene una gran responsabilidad en el desarrollo de estas.

Petra-Micu (2012), afirmó que a pesar de la conciencia teórica y práctica que se tiene de su importancia, siguen existiendo problemas a todos estos niveles, por lo que el incluir en el currículo 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 sociomédicas, 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 que codifica una idea, sentimiento o pensamiento,

enviándola a otra persona que recibe el mensaje e inicia el proceso de decodificación del contenido (Trucchia, M., Olmas, Quiroga & Halac, 2016; Ramírez Arias, Ocampo Lujano, Pérez Páez, Velázquez Trinidad & Yarza Solórzano, 2011).

De acuerdo con MacLeod (1983), las habilidades que se requiere para una comunicación efectiva se debe incluir los siguientes parámetros: observar y escuchar, reforzar y apoyar, preguntar, responder y dar información. Michelson, et al. (2007), señalan seis elementos básicos recolectados de varias teorías, y que son la médula de la adquisición de esta habilidad:

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

La comunicación del emisor (en este caso el médico) no sólo debe estar bien organizada, ser clara, manejar el tiempo, etc., sino que el médico debe estar continuamente al 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 levanta barreras que dificultan la relación y la comprensión de la enfermedad y su tratamiento (Brown & Bylund, 2008).

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 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: la precisión, la eficiencia y el 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.

Las conversaciones pueden llevarse a cabo en diversos ámbitos formales (en consultorios, hospitales u otro tipo de instituciones de salud), los informales se asocian más 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 en que 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, la presentación de uno mismo (personalidad) y contribuye a los rituales del saludo. Pease & Pease (2004), plantean que 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.

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 (Trucchia, et al., 2016; y Petra-Micu, 2012).

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 (Demarais & White, 2004).

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 (Argyle, 1970).

Hsee, Hatfield & Chemtob, (1992), expresaron que la enseñanza de lo no verbal debe contemplar factores como los tonos de voz, que tienen cuatro veces más impacto que solo un video. Otras dos formas de esta comunicación

son: la comunicación no verbal asociada al medio ambiente que recibe el nombre de "Proxémica", 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; pues toma tiempo enseñar a comunicar adecuadamente los procedimientos a un paciente, lo que ayuda a evitar sorpresas durante o después del tratamiento; e implica para el emisor la lectura continua de las señales no verbales del receptor para dirigir con mayor asertividad la conversación.

A nivel de la medicina, se demostró según lo referido por Freitas-Magalhaes & Castro (2009), que aquellas personas que sonríen más, disminuyen sus estados depresivos. Así mismo pacientes obesas o con síndrome premenstrual, tienen menos habilidades para interpretar las señales no verbales, a diferencia de las personas bipolares, en los cuales se encuentra elevada (Giannini, et al., 1988, 1990).

4. Comunicación escrita. De la misma forma que 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 (Paladine, et al., 2012).

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 la comisión de arbitraje médico, 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 incompreensión por parte del paciente, la lectura errónea del farmacéuta y molestias por parte de otros médicos que tratan de descifrar lo escrito (Hobgood, et al., 2002).

5. La escucha activa. La enseñanza también debe incluirlo como parte de la comunicación para el médico, Wolvin & Coakley, (1995), describieron y resumieron los diversos tipos de escucha mencionados por los comunicólogos en los siguientes:

- 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 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 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.
- Escucha apreciativa, requiere que el receptor distinga las señales visuales y auditivas del mensaje, comprenderlo, procesar y apreciar el contenido para así poder responder. Ejemplo: escuchar música de forma terapéutica.

La enseñanza de la comunicación en medicina

Petra-Micu (2012), ha planteado que la comunicación médico-paciente es multidisciplinaria, multimetodológica y multidimensional.

Se considera 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 porque 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 practica dentro de las clases, en ámbitos sociales, en contacto con ámbitos hospitalarios y en la relación con los pacientes, familiares, compañeros, etc.

Los estándares se pueden decidir basados en el contexto laboral que se desea enseñar a los alumnos, por lo que el profesor tiene la responsabilidad de guiar a los estudiantes para que adquieran esta habilidad de comunicarse adecuadamente.

Todo programa deberá asegurarse de que observen los siguientes pasos: desarrollar, preparar, escuchar y comprender.

Desde el punto de vista psico-pedagógico está planteado, que las habilidades se forman en el mismo proceso de la actividad, en la que el estudiante convierte la información en conocimientos y manifiesta estas en la práctica en forma de habilidades. La habilidad constituye un sistema complejo de operaciones necesarias para la

regulación de la actividad. López López (2002), plantea que formar una habilidad consciente, es lograr el dominio de un sistema de operaciones encaminado a la elaboración de la información obtenida del objeto y contenido en los conocimientos así como, las operaciones pendientes a revelar esta información.

Trucchia, et al. (2016), refieren que 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.

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 (Trucchia, et al., 2016).

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.

La comunicación escrita requiere de una buena redacción, un contenido dirigido específicamente al tema, sin desviaciones innecesarias, y que siga un orden lógico

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.

En esta primera etapa según Petra-Micu (2012); y Trucchia, et al. (2016), en el 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.

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. 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, et al. (1999), encontró que los métodos más empleados en la clínica incluían: conferencias, juegos de roles, 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 informativas análisis del comportamiento y manejo del paciente.

Los métodos para alcanzar estos objetivos se logra 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, oftalmología, dermatología, donde los enfoques son más conductistas pueden dificultar la tarea. Pediatría, Medicina General Integral y Obstetricia emergen como un sitio apropiado para ejercitarlas.

Tejera Concepción, Iglesias León, Cortés Cortés, Bravo López, Mur Villar & López Palacio (2012), plantean que entre las formas de organización docente donde se desarrollan las habilidades comunicativas en el profesional de la Salud se destacan: pase de visita docente-asistencial, presentaciones de casos, guardia médica, dispensarización, ingreso en el hogar, dinámicas familiares y grupales, orientación a los grupos de riesgo, reuniones con el grupo básico de trabajo, entre otras.

Las habilidades comunicativas en el ámbito pedagógico

Fernández González (1996) adoptó un enfoque de las habilidades comunicativas a partir del análisis de la propia acción comunicativa del maestro en el aula, estudiando su ejecución en los diferentes factores de la propia estructura del proceso: el elemento informativo y el relacional. Las dos primeras habilidades se centran fundamentalmente, en la ejecución en cuanto al papel de emisor-receptor de cada persona que interviene en el acto de la comunicación y por tanto, se refieren al componente informativo. La tercera se refiere fundamentalmente a la ejecución en las cuestiones relacionales. Por supuesto, por el necesario vínculo que existe entre lo relacional y lo informativo, cada una de estas interviene en la situación de la comunicación, en su integridad, y solo se separan para su estudio.

Las habilidades comunicativas propuestas, por Fernández González (1996), son las siguientes:

1. Habilidades para la expresión: dada por las posibilidades del hombre para expresar y transmitir mensajes, de naturaleza verbal o extraverbal.

Los elementos que intervienen esencialmente en esta habilidad son:

- Claridad en el lenguaje: dado por la posibilidad de presentar un mensaje en forma asequible al otro, teniendo en cuenta su nivel de comprensión.
- Fluidez verbal: lo que implica no hacer interrupciones o repeticiones innecesarias en el discurso.
- Originalidad en el lenguaje verbal: uso de expresiones no estereotipadas, vocabulario suficientemente amplio.
- Ejemplificación en diferentes situaciones: especialmente aquellas vinculadas a la experiencia del otro.
- Argumentación: dada por la posibilidad de brindar la misma información de diferentes maneras, analizar de diferentes ángulos.
- Síntesis: para poder expresar las ideas centrales de un asunto, y resumir en breves palabras.
- Elaboración de preguntas de diferentes tipos, según el propósito del intercambio comunicativo: para evaluar comprensión, explorar juicios personales, y cambiar el curso de una conversación no deseada, etcétera.
- Contacto visual con el interlocutor mientras se habla.
- Expresión de sentimientos coherentes con aquello de lo cual se expresa en el mensaje a partir de la palabra y/o gesto.
- Uso de recursos gestuales de apoyo a lo expresado verbalmente o en sustitución: dado por movimientos de manos, posturas, mímica facial.

2. Habilidades para la observación: dadas por la posibilidad de orientarse en la situación de comunicación mediante cualquier indicador conductual del interlocutor, actuando como receptor.

Los elementos esenciales aquí son:

- Escucha atenta: que implica una percepción bastante exacta de lo que dice o hace el otro durante la situación de comunicación y asumido como mensaje.
- Percepción de los estados de ánimo y sentimientos del receptor: pudiendo ser capaz de captar su disposición o no a la comunicación, actitudes favorables o de rechazo, estados emocionales, índices de cansancio, aburrimiento, interés, a partir de signos no verbales fundamentalmente.

3. Habilidades para la relación empática: dada por la posibilidad de lograr un verdadero acercamiento humano al otro.

Los elementos esenciales en este caso son los siguientes:

- Personalización en la relación: lo cual se evidencia en el nivel de conocimiento que se tiene del otro, la información a utilizar durante la comunicación y el tipo de reglas que se emplearán durante el intercambio.
- Participación del receptor: dada por brindar estimulación y retroalimentación adecuada, mantener un comportamiento democrático y no impositivo, aceptación de ideas, no interrupción del discurso del otro, promover la creatividad, etcétera.
- Acercamiento afectivo: que puede manifestarse en la expresión de una actitud de aceptación, de apoyo y dar posibilidad de expresión de vivencias.

Hasta aquí las 3 habilidades comunicativas propuestas por Fernández González (1996), y las cuales comparten los autores de la presente investigación, teniendo en cuenta que estas se ajustan al proceso de formación del médico para una actuación comunicativa eficiente durante la realización de la entrevista médica.

Las habilidades comunicativas en la entrevista médica

Rodríguez Collar, Blanco Aspiazú & Parra Vigo (2009), propusieron las siguientes habilidades comunicativas a tener presentes en el desarrollo de la entrevista médica, en cualquier nivel de atención de salud, exceptuando aquellos casos que se consideran «condiciones especiales de comunicación», como es el caso de pacientes con deterioro cognitivo significativo, con trastornos serios de la personalidad y, en pacientes en estado de coma o moribundos, para los cuales se emplean técnicas especiales de interrogatorio.

1. Habilidades para expresar:

A continuación se relacionan las habilidades para expresar:

- Favorecer la comunicación a través de la expresión facial: prestar atención con quien se interactúa y facilitar el diálogo.
- Mostrar porte y aspecto profesional.
- Saludar al paciente: el saludo puede ser dando los buenos días, tardes o noches, según el horario en que se efectúe la entrevista; si se le agrega el estrechar la mano mejor aún, se hace más caluroso y afectivo el acto

- Presentarse al paciente: el médico debe decirle al paciente su nombre, preguntarle también el suyo y, expresarle el placer que siente por haberlo conocido.
 - Introducir la entrevista: debe explicarle al paciente cuál es el motivo del encuentro que van a tener y la importancia de su colaboración, para obtener información relevante y necesaria, y así establecer el diagnóstico de su problema de salud.
 - Adecuar el lenguaje al nivel cultural del paciente: se debe usar un vocabulario que no incluya tecnicismos, ni palabras que no sean entendibles por el paciente pues esto hace, que el mismo no pueda expresar elementos importantes sobre su estado actual o previo, o que nos brinde información distorsionada.
 - Usar un lenguaje no vulgar: se usará en todo momento un lenguaje correcto, evitando el uso de expresiones vulgares.
 - Realizar preguntas abiertas oportunas: las preguntas iniciales deben ser abiertas para de esta forma obtener la información, tal y como el paciente desea exponerla.
 - Demostrar respeto al paciente como persona: debe aceptar al paciente tal y como es, evitando entrar en discrepancias con sus gustos y preferencias para así no dañar el objetivo de la entrevista con discusiones y polémicas interminables
 - Interrumpir al paciente si es necesario: la interrupción al paciente puede ser necesaria y oportuna, cuando es conveniente aclarar algún aspecto, abundar en él cuando el médico se percata que la conversación se ha ido por un rumbo equivocado o, cuando existe un control excesivo de la entrevista por el paciente.
 - Realizar gesticulaciones apropiadas: el paciente siempre está observando los gestos de los médicos, ya que con eso trata de buscar aprobación o negación en la expresión facial de su interlocutor
 - Mantener postura correcta al sentarse. Es otro aspecto del lenguaje extraverbal que dice mucho de la cultura general y la educación del médico. El médico deberá sentarse correctamente en la silla o sillón, adoptando una postura de aproximación, propicia para demostrar interés, expresada por una ligera inclinación del cuerpo hacia delante.
 - Utilizar un tono de voz adecuado: el médico debe utilizar un tono de voz mediano, ni muy bajo que el paciente no lo escuche ni muy alto que moleste y sea contraproducente. El volumen muy alto de la voz condiciona cierto rechazo por parte del paciente y, puede interpretarlo como prepotencia o una actitud dominante hacia él por parte del médico
 - Regular el tiempo de duración de la entrevista.
 - Indagar sobre dudas y expectativas: se le debe aclararle o explicarle al paciente, hasta donde sus conocimientos se lo permitan, las dudas o preguntas que este le haga.
 - Despedir al paciente: el médico debe mostrar una expresión facial favorecedora de la comunicación, utilizar frases amables y adecuadas desde el punto de vista del uso del idioma y que demuestren una correcta educación formal; la despedida sería más afectuosa si se repite un estrechón de manos.
- 2. Habilidades para observar y escuchar:**
- A continuación se relacionan las habilidades para observar y escuchar, y el instructivo para su apreciación.
- Observar al paciente con atención mientras conversan.
 - Escuchar al paciente con atención mientras conversan.
 - Observar el entorno del paciente.
 - Identificar los cambios en el estado de ánimo del paciente y actuar en consecuencia.
- 3. Habilidades para establecer una relación empática:**
- Refiere Estas son las habilidades que mayor efecto psicoterapéutico tienen y, convierten al interrogatorio en un proceder que rebasa el diagnóstico y contribuye al tratamiento. Al añadir este tercer grupo de habilidades Rodríguez Collar, et al. (2009), asumen, que se requerirá más que de observación superficial para evaluarlas, ya que en ellas están presentes elementos poco tangibles que componen la empatía.
- A continuación se relacionan las habilidades para establecer una relación empática:
- Explorar aspectos psico-sociales del paciente: teniendo en cuenta que el hombre es un ser biopsicosocial, se hace indispensable, indagar en todos aquellos aspectos que le den al médico una visión general integral de ese enfermo al que está entrevistando, porque ante todo es una persona con todas sus vivencias y particularidades, que lo hacen un sujeto irrepetible.
 - Rodríguez Collar, et al. (2009), plantean que aunque existe en la historia clínica un acápito especial para la historia psicosocial, ya durante el interrogatorio se dan las oportunidades para recoger este tipo de información y, que el cuadro clínico del paciente descrito desde la historia de la enfermedad actual, incluye elementos de la esfera afectiva que reflejan la afectación para su vida y padecer emocional, que acompañan a las lesiones estructurales de una enfermedad.

- Mantener un estilo comunicativo dialógico con el paciente: el médico sepa dialogar con el paciente, que se produzca un intercambio de ideas entre ambos, que el paciente perciba que sus opiniones son tenidas en cuenta, que se le considera y se le da el lugar merecido.
- Propiciar el acercamiento afectivo al paciente: el médico sepa identificarse emocionalmente con el paciente, sin llegar a un comprometimiento afectivo con el mismo, mostrar que se percata, comprende y respeta las situaciones de la esfera afectiva del paciente.
- Mostrar interés y preocupación real por los problemas del paciente: el médico, con su actuación, denotará si realmente se ha compenetrado con la situación de salud de su paciente.

Tejera Concepción, et al. (2012), al igual que Rodríguez Collar, et al. (2009), agruparon las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud en: habilidades para la expresión, habilidades para la observación y habilidades para la relación empática.

A continuación se precisan:

- 1. Habilidades para la expresión:** posibilidad para expresar, transmitir y recibir mensajes de naturaleza verbal o extraverbal.

Componentes que intervienen:

- Claridad en el lenguaje. Mensaje asequible al otro según su nivel de comprensión, coherencia, logicidad.
- Argumentación. Presentar las ideas de formas diferentes, redundancia relativa.
- Fluidez verbal. No hacer interrupciones o repeticiones innecesarias.
- Originalidad. Expresiones no estereotipadas, vocabulario amplio.
- Ejemplificación. Contenidos vinculados con la experiencia del otro.
- Síntesis. Expresión de las ideas esenciales, resumir en breves palabras.
- Elaboración de preguntas de diferentes tipos, según el propósito del intercambio, para evaluar comprensión, juicios personales, para cambiar el curso del diálogo.
- Contacto visual. Mantener la mirada al interlocutor.
- Expresión de sentimientos coherentes. Correspondencia en el uso de los recursos verbales y no verbales.

- Uso de recursos gestuales. Como apoyo al discurso verbal o en su sustitución.

- 2. Habilidades para la observación:** posibilidad de orientarse en la situación de comunicación a través de cualquier indicador conductual del interlocutor, que actúa como receptor.

Componentes que intervienen:

- Escucha atenta: percepción lo más exacta posible de lo que dice o hace el otro durante la situación de comunicación y asumirlo como mensaje.
- Percepción del estado emocional del otro. Ser capaz de captar su disposición o no para la comunicación, actitudes favorables o rechazantes, estados emocionales, índices por ejemplo de cansancio, aburrimiento, interés a partir de signos no verbales.

- 3. Habilidades para la relación empática:** posibilidad de lograr un verdadero acercamiento al otro.

Componentes que intervienen:

- Personalización en la relación. Se evidencia en el nivel de conocimiento que se tiene del otro, la información que se tiene en cuenta para lograr un mejor entendimiento. Se expresa también en la confianza para la expresión de contenidos personales y en la posibilidad de predecir el comportamiento del otro
- Participación del otro. Brindar estimulación y retroalimentación adecuada, mantener una relación democrática, aceptar ideas, no interrumpir, promover la creatividad.
- Acercamiento afectivo. Expresar una actitud de aceptación, de apoyo, dar posibilidad de expresión de vivencias del otro.

CONCLUSIONES

Se demostró que las habilidades comunicativas son imprescindibles para el desempeño del futuro profesional, que el profesor debe llevar a cabo la enseñanza de estas habilidades que contribuye a crear una relación médica paciente adecuada lo que enriquece la formación del médico, para así contribuir a elevar la calidad del futuro profesional.

El tema tiene una gran relevancia social, académica y asistencial por analizar las habilidades comunicativas en el ámbito pedagógico y llevarlas a las Ciencias de la Salud, específicamente a la formación de médicos para que contribuyan a su desarrollo, lo que redundará en la calidad del proceso docente-asistencial.

De esta forma poseer habilidades para comunicarse y desarrollarlas, constituye un importante factor de

adaptación social, toda vez que contribuye al perfeccionamiento de la vida de relación del hombre, a dar calidad a las diferentes actividades que realiza en su vida y a facilitarle las relaciones sociales en el contexto donde le ha tocado vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acreditation Council for Graduate Medical Education). (2007). Common Program Requirements. Recuperado de http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh_dutyhoursCommonPR07012007.pdf
- Alonso González, M., Ruiz Hernández, I., & Ricardo Alonso, O. (2012). Habilidades comunicativas para la relación médico paciente en estudiantes de Medicina desde la percepción de profesores *Rev Educ Med Super*, 26(1), 74-82. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n1/ems08112.pdf>
- Alonso, M. (2007). Prioridades en la formación ético profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (1era parte). *Rev Méd Electrón*, 29(6). Recuperado de: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica_/ano%202007/vol6%202007/tema14.htm
- Alonso, M. (2011). Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (segunda parte). *Rev Méd Electrón*, 33(1). Recuperado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema13.htm>
- Argyle, M., et al. (1970). The communication of inferior and superior attitudes by verbal and non-verbal signals. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 222-231.
- Association of American Medical Colleges. (1999). Medical School Objectives Project: Report III -Contemporary Issues in Medicine: *Communication in Medicine*. Washington DC: Association of American Medical Colleges.
- Bellón Saameño, J. A., & Martínez Cañabate, T. (2001). La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria*, 27 (7), 452-58.
- Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: describing a new conceptual model. *Academic Medicine*, 83(1), 37-44. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162748>
- Cófreces, P., Ofman, S., & Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19-34. Recuperado de <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/53>
- Demarais, A., & White, V. (2004). First impressions. New York: *Ban Tam Books*.
- Dörr Anneliese, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Médica de Chile*, 132(11), 431-36. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001100014
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196,129-36.
- Fernández González, A. M. (1996) La competencia comunicativa como factor de eficiencia profesional del educador. Tesis Doctoral. La Habana. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona.
- Freitas-Magalhaes, A., & Castro, E. (2009). Facial Expression: The effect of the smile in the treatment of depression. Empirical study with Portuguese subjects. In A. Freitas Magalhaes (ed). *Emotional expression: the brain and the face*. Oporto: *University Fernando Pessoa Press*.
- Giannini, A. J., et al. (1990). Nonverbal communication in moderately obese females. A pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2, 111-115.
- Girón, M. S., & Vallejo, M. A. (1992). Producción e interpretación textual. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Hobgood, C. D., et al. (2002). Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 257-268. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12414480>
- Hook, K. M., & Pseiffer, C. A. (2007). *Impact of a new curriculum on medical students, interpersonal and interviewing skills*. *Medical Education*, 41, 154-159.
- Hsee, C. K., Hatfield, E., & Chemtob, C. (1992). Assessment of the emotional states of others: *Conscious judgments versus emotional contagion*. *Journal of social and clinical psychology*, 14(2), 119-128. Recuperado de <http://www.elainehatfield.com/84.pdf>

- Hulsman, R. L., et al. (1999). Teaching clinically experienced physician's communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education*, 33(9), 655-668. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/10476016>
- Hymes, D. (1974). Antología de estudios de etnolingüística y sociolingüística. México: UNAM.
- Interprofessional Education Collaborative. (2011). Core Competencies for Collaborative Practice. Washington: *Association of American Medical Colleges*.
- Laín Entralgo, P. (1983). La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza.
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). *Patient-centered medicine. A professional evolution. Journal of the American Medical Association*, 275(2), 152-156. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8531314>
- López López, M. (2002). ¿Sabes enseñar a describir, definir, argumentar? En: E. Caballero Delgado y G. García Batista. *Preguntas y respuestas para elevar la calidad del trabajo en la escuela*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Macleod, C. J. (1983). Verbal communication in nursing. In: Falkner A, editor. *Recent advances in nursing 7 communication*. Edinburgh: *Churchil Livingstone*.
- Michelson, L., et al. (2007). *The handbook of communication skills*. London: *Toutledge*.
- Moore, P., & Gómez G. (2007). Comunicarse efectivamente en Medicina ¿Cómo adquirir Habilidades Comunicacionales durante la carrera de Medicina? *Ars Medica*, 15, 171-81.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*, 138(8), 1047-1054. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>
- Ojalvo, V. (1999). Estructura y funciones de la comunicación. En: *Comunicación Educativa*. La Habana: CEPES.
- Paladine, H. L., et al. (2012). *Study of a novel curriculum on electronic communication in family medicine residence. J Family Medicine*, 42(5), 314-321. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20455106>
- Pease, B., & Pease, A. (2004). *The Definitive Book of Body Language*. New York: *MJF Book*.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tatem, P., & Havelock, P. (1989). *The Consultation. An Approach to Learning and Teaching*. Oxford: *Oxford University Press*.
- Pérgola, F. M. (2002). *Cultura, Globalización y Medicina*. Buenos Aires: El Guión.
- Pérgola, F. M. (2010). La relación entre el médico y su paciente en la era electrónica. *Buenos Aires: Academia Nacional de Ciencias*. Recuperado de <http://www.ciencias.org.ar/user/FILE/P%C3%A9rgolainc.pdf>
- Petra-Micu, I. M. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación en educación médica*, 1(4), 218-224. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572012000400009&lng=es&tln_g=es
- Piñeiro, D. J. (2005). Pacientes o clientes, médicos o prestadores. *Revista Argentina de Cardiología*, 73(5), 402-3. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v73n5/v73n5a15.pdf>
- Ramírez Arias, J. L., Ocampo Lujano, R., Pérez Páez, I., Velázquez Trinidad, D., & Yarza Solórzano, M. E. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 9(3). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/actamedica>
- Redmond, M. V. (2000). *Communication: theories and applications*. Boston. Houghton Mifflin.
- Rodríguez Collar, T. L., Blanco Aspiazu, M. Á., & Parra Vigo, I. B. (2009). Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300009&lng=es&tln_g=es
- Rogers, C. (2003). *Client-centered therapy: its practice, implications and theory*. London: Constable.
- Ruiz Moral, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6(4), 159-167. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v6n4/original7.pdf>
- Samovar, L. A., Porter, R. E., & McDaniel, E. R. (2007). *Communication between cultures*. Belmont: *Wadsworth Pub Co*.
- Stewart, M., Brown, J. H. B., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control*, 3, 25-30.

Tejera Concepción, J., Iglesias León, M., Cortés Cortés, M., Bravo López, G., Mur Villar, N., & López Palacio, J. (2012). Las habilidades comunicativas en las carreras de las Ciencias de la Salud. *Medisur*, 10(2), 72-78. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2087/943>

Trucchia, S. M., Olmas, J. M., Quiroga, D., & Halac, E. (2016). Comunicación en medicina: una nueva y necesaria alternativa curricular. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 212-218. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/viewFile/12578/15233>

Wolvin, A., & Coakley, C. W. (1995). *Listening*. New York: McGraw Hill.