

Problemas percibidos por los responsables docentes en la introducción de la enseñanza de la comunicación clínica en facultades de medicina españolas.

Roger Ruiz Moral, Cristina García de Leonardo, Alvaro Cerro Pérez, Diana Monge Martín y Fernando Caballero Martínez.
Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

Resumen : Desde principios de siglo la Comunicación Clínica (CC) se está incorporando en la enseñanza de grado en España. Este estudio explora los problemas que los propios responsables de esta incorporación y enseñanza han detectado en este proceso. Participaron Treinta Facultades de Medicina (FFMM) (73% de todas las escuelas de medicina). Los responsables de esta enseñanza en cada escuela respondieron a una pregunta abierta. Dos investigadores de forma independiente realizaron un análisis temático de las respuestas. Se recibieron respuestas de 30 FFMM, (85,7% de las contactadas y 73% de todas las españolas) donde se identificaron 5 áreas temáticas principales, con diferentes subáreas: actitudes negativas de profesores y responsables académicos, tipo de organización, estructuración y presencia en curriculum de HC, actitudes negativas de alumnos, escasez o ausencia de profesores preparados y problemas con la metodología docente y logística educativa necesaria. Conclusiones: Las barreras identificadas representan un conjunto de problemas relacionados entre sí que pueden explicar el modo en que las HC están siendo introducidas y la prioridad que las escuelas de medicina les dan. El estudio muestra también un amplio abanico de posibilidades de intervención para mejorar y hacer más eficaz estas enseñanzas en el grado de medicina nuestras escuelas.

Problems perceived by the teachers in the implementation of clinical communication in Spanish medical schools Abstract : Since the beginning of the century, Clinical Communication (CC) has been incorporated into undergraduate education in Spain. This study summarize the problems that their responsible for this incorporation and teaching have detected in this process. Thirty Medical Schools (FFMM) participated (73% of all medical schools). Those responsible for this teaching at each school answered an open question. Two researchers independently conducted a thematic analysis of the responses. Responses were received from 30 FFMM, (85.7% of those contacted and 73% of all Spanish) where five main thematic areas were identified, with different sub-areas: negative attitudes of professors and academic leaders, type of organization, structuring and presence in HC curriculum, negative attitudes of students, shortage or absence of trained teachers and problems with the necessary teaching methodology and educational logistics. Conclusions: The barriers identified represent a set of related problems that could explain the way how they are introducing and the priority that many of the MSs give to these competences. The study also shows a wide range of intervention possibilities to improve and make these teachings more effective in undergraduate medical studies.



Ideas Claves - A pesar de que en los últimos años en las escuelas de medicina españolas se ha incorporado la enseñanza de la comunicación médico-paciente(CMP), existen diferentes tipos de barreras que ponen en riesgo la efectividad de esta enseñanza- Muchos de los informadores claves consideran que la influencia del paradigma biomédico en la medicina académica de nuestro país es uno de los principales problemas para la introducción efectiva de la CMP en los currículos médicos- Otras importantes barreras tienen que ver con la organización curricular, la necesidad de usar metodologías experienciales y las resistencias entre los propios estudiantes **Introducción**

En un estudio preliminar realizado por nuestro grupo en 2017 y en el que participaron 34 FFMM españolas, el 83%, se exploraba el estado actual de la enseñanza de las Habilidades Comunicativas (HC) en nuestras FFMM [Ruiz Moral et al., 2019]. Este estudio concluía de manera hipotética que aunque la práctica totalidad de las mismas habían incorporado formalmente en sus programas docentes algunos contenidos sobre RMP, existían indicadores que apuntaban que en una gran mayoría de los casos el desarrollo de la enseñanza de las HC no seguía muchas de las recomendaciones realizadas por los organismos antes mencionados. Por lo que, aunque muchos aspectos de la formación en CC están aún en debate, los esfuerzos realizados al incorporar esta enseñanza en el grado pudieran no ser efectivos para los objetivos de que nuestros estudiantes de medicina adquieran estas HC. Así, el estudio mostraba que en un porcentaje significativo de estas FFMM (64,7%) las HC se ofrecen exclusivamente durante los años preclínicos, que su enseñanza se producía de forma separada de otras habilidades clínicas y conjuntamente con aspectos más bien teóricos relacionados con las humanidades, ética, historia y sobre todo psicología. Se constataba también la inexistencia de programas de enseñanza de las HC a lo largo del currículum y no parecían existir programas estructurados, éste es, programas con claros objetivos de aprendizaje y estrategias de evaluación formativas y sumativas, para desarrollar durante las pasantías, donde en un 29,5% de las FFMM se contemplaba esta enseñanza en exclusiva. La metodología docente predominante seguía siendo la clase tradicional o el seminario en grupos más pequeños donde el uso del role play o paciente simulado (este recurso muy escasamente utilizado) se hacía

de forma predominantemente demostrativa, por lo que la mayoría del alumnado no estaba teniendo la oportunidad de ensayar individualmente y recibir feedback estructurado y constructivo sobre su propia actuación. El estudio revelaba también que aunque la mayoría de los docentes son profesores clínicos, su formación es escasa y existe un número relevante de docentes sin experiencia clínica o de especialidades ajenas a la práctica clínica habitual, especialmente la psicología. Finalmente, la evaluación de las HC generalmente era incorporada al formato evaluativo tradicional del examen escrito, siendo escasos y testimoniales la constatación del nivel comunicativo del estudiante mediante evaluaciones de su actuación estructuradas.

Por todo esto, y como continuación de ese estudio, planteamos una nueva exploración sobre la situación de la enseñanza de las HC en nuestras FFMM, invitando a los mismos responsables docentes que habían participado en el estudio descriptivo previo a ofrecer, en esta ocasión, sus opiniones respecto a los problemas y barreras que ellos mismos detectaron en la incorporación e implementación de la enseñanza de las HC en sus propias FFMM. El objetivo de esta segunda aproximación ha sido comprobar el estado actual que sobre esta enseñanza presentaba el trabajo previo, detectar los principales problemas que puedan existir y a la vez reconocer ámbitos prioritarios de intervención futura para hacer más efectiva esta enseñanza.

Material y Métodos

Estudio cualitativo para explorar los problemas y las barreras principales que a juicio de los responsables de esta materia ha tenido y tiene el desarrollo de una enseñanza en CC en el grado de medicina en nuestro país. En el estudio preliminar en el que se invitaron a participar a las 41 FFMM que figuraban en el listado oficial de Facultades de Medicina de España del Ministerio de Sanidad a fecha de 2017 [Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2019], se obtuvo información de 34, un 83% del total, sobre los aspectos organizativos de tipo curricular (créditos, asignatura/s y año/s en la que se imparte, carácter de esta enseñanza), características del profesorado y de la metodología docente y evaluativa en relación a la enseñanza de la CC que actualmente se implementa en ellas [Ruiz Moral et al., 2019a]. A partir de aquí se procedió a contactar de nuevo con las 34 FFMM que participaron en esa primera fase para invitarles a participar en el estudio cualitativo (se excluyeron las 7 FFMM que no respondieron en la primera fase). A los responsables se les pidió que respondiesen a la pregunta abierta: ¿Cuáles han sido (o son) las principales barreras para incluir (pasado) y mejorar (en el futuro) la formación de los estudiantes sobre Comunicación Médico-Paciente en el grado de tu facultad?.

Todas las respuestas obtenidas fueron codificadas de forma temática e independiente por dos investigadores, RR y AC. Los resultados se clasificaron en categorías y subcategorías temáticas, existiendo un alto grado de acuerdo en las clasificaciones categorías temáticas. Existió algún desacuerdo en la adscripción de subcategorías que fue consensuado tras una triangulación teórica. Presentamos los temas emergentes más relevantes ofreciendo la frecuencia con la que aparecieron y utilizamos las citas que mejor ilustran los distintos significados compartidos.

Resultados

De las 34 FFMM se recibieron finalmente respuestas de 30, (85,7% de las contactadas y 73% de todas las escuelas de medicina de España). Estas fueron: Alcalá de Henares, Alfonso X El Sabio, Autónoma de Barcelona, Autónoma de Madrid, Barcelona, Castilla La Mancha, campus de Ciudad Real, Castilla La Mancha, campus de Albacete, Católica San Antonio de Murcia, Católica de Valencia, CEU Cardenal Herrera de Madrid, Extremadura, Francisco de Vitoria, Girona, Granada, Internacional de Cataluña, Islas Baleares, Jaime I de Castellón, La Laguna, Las Palmas de Gran Canaria, Lleida, Málaga, Miguel Hernandez de Elche, Murcia, Navarra, Oviedo, Pompeu Fabra, Rey Juan Carlos, Rovira i Virgili, Valladolid y Zaragoza. Se identificaron 5 áreas temáticas principales, cada una con diferentes subáreas. La tabla 1 muestra un listado de las barreras detectadas

Tabla 1: Barreras para la enseñanza/aprendizaje de las habilidades comunicativas en las Facultades de Medicina Españolas.

Actitudes negativas de profesores y responsables académicos (generadas por tener ideas como?) Carecer de utilidad práctica. No ser materia científica. Se aprenden de forma innata. No pueden ser enseñadas. Su introducción amenaza a sus materias y a su propio status académico. **Presencia marginal en el currículum: organización y estructuración** Incorporadas como materia teórica y de forma puntual. En periodo preclínico. De manera fragmentada (en distintas asignaturas) En una asignatura junto a otros

contenidos no clínicos (humanidades, ética, historia de la medicina, psicología). Sin una estructura transversal con objetivos docentes coherentes. **Actitudes negativas de los alumnos (generadas por tener ideas como?)** No comprenden su utilidad. Concepciones epistemológicas reduccionistas y cientificistas. No es importante porque no se evalúa. No es útil en el examen MIR . No es importante porque su presencia en el curriculum es marginal o secundaria. Es algo innato, subjetivo y que no se puede aprender. **Profesorado escaso y poco preparado** No tiene profesores con estatus académico influyente Los clínicos ejercen un modelaje débil o negativo No tienen formación en HC ni en técnicas de enseñanza **Metodología docente y evaluativa requerida** No se usan los métodos experienciales en su enseñanza Los métodos experienciales son caros Requiere más tiempo Requiere continuidad e implicación del profesorado Requiere infraestructura relativamente sofisticada Requiere sistemas evaluativos complejos y no completamente reconocidos

3.1 Actitudes negativas de los profesores y responsables académicos. (23 comentarios)

3.1.1. Los responsables curriculares consideran a las HC poco útil

?la inclusión de la CC como asignatura o competencia transversal era descabellada e innecesaria, ya que no se consideraba necesaria y quitaban tiempo para la docencia de verdad? U-5

3.1.2. Los responsables curriculares consideran a las HC sin base científica (biomédica)

?Muchos profesores y miembros de la junta de Facultad...creen que lo importante en medicina es la investigación básica y el conocimiento médico para sacar buen puesto en el MIR, por lo que estos temas distraen a los alumnos de lo que es importante?. U-21

3.1.3. Los responsables curriculares consideran que las HC amenazan su propio estatus docente

?Hay mucha gente aún en la universidad, ?el establishment?, especialmente en las preclínicas que no ven la pertinencia de estas competencias en medicina, pero también clínicos anclados en un modelo formativo de medicina de mediados del siglo XIX? U-28

3.1.4. Los responsables curriculares consideran que las HC se aprenden de forma espontánea

?La dirección de grado no manifiesta de forma contundente y segura que la formación en este tipo de competencias sea clave...ya que consideran que es algo que se aprende por mimetismo? U-10

3.2 Tipo de organización, estructuración y presencia en el curriculum de la CC. (30 comentarios)

3.2.1. Incorporación de tipo puntual, teórico, en periodo preclínico

?Se aborda puntualmente en una asignatura, la psicología que es preclínica además, donde se trata de manera teórica y no se integra su enseñanza práctica con otras competencias clínicas que se desarrollan en periodos clínicos? (U-16)

3.2.2. Incorporación dónde es más fácil: junto a otras materias también secundarias

??se mete (la CMP) con calzador, sin darle autonomía propia, con medicina legal, bioética, ?y en distintos periodos de tiempo, lo que dificulta su organización. Parece como si no quedase más remedio que incorporar estas competencias y entonces la metemos con calzador donde nos sobra algún crédito? (U-17)

3.2.3. Incorporación fragmentada sin marco coherente que integre objetivos

??al ser una competencia ?poco considerada? por los responsables académicos, solo se toca de forma puntual y muy parcialmente, en pequeñas asignaturas, muchas veces optativas, en diferentes asignaturas clínicas y prácticas, pero sin objetivos específicos (como

si el alumno las pudiese adquirir ¿como por arte de magia?)¿es una auténtica ¿competencia huérfana? (U-26)

3.2.4. Necesidad de realizar una incorporación estructurada transversal en los planes de estudio desde instancias supra-departamentales

¿Una barrera institucional de tipo estructural de enorme importancia es que los planes de estudio no incorporan de manera suficientemente clara la materia. Por lo general indican su necesidad pero no articulan de qué manera se efectuará y de donde saldrán los créditos necesarios? (U-23)

3.3. Actitudes negativas de los alumnos (11 comentarios)

3.3.1. Actitudes negativas hacia las HC por falta de comprensión sobre su utilidad

¿Se da básicamente en 2º curso y en psicología, los alumnos en mi opinión están la mayoría, poco maduros para comprender el alcance de la importancia de este tema en su futuro quehacer clínico? (U-13)

3.3.2. Actitudes negativas hacia las HC por concepciones epistemologías de tipo biomédico

¿Muchos alumnos tienen la mentalidad de que lo académico consiste en acumular muchos conocimientos médicos? (U-17)

3.3.3. Actitudes negativas hacia las HC por no ser evaluada

¿En relación con los estudiantes aunque ha cambiado su actitud en los últimos años,... al no quedar (la CMP) incorporada a un sistema de evaluación estable...no se la toman con suficiente motivación? (U-23)

3.3.4. Actitudes negativas hacia las HC por no ser útil en el examen MIR

¿Los estudiantes de medicina siguen con un perfil de pre-academia para el examen MIR donde se prioriza fagocitar conocimientos... así su papel en las prácticas es pasivo, con nulo o escaso feedback y reflexión sobre su comunicación...desmotivados? (U-24)

3.3.5. Actitudes negativas hacia las HC por como es incluida y enseñada en el Plan de estudios

¿Al incluirse como algo secundario, en diferentes asignaturas, generalmente preclínicas, con una metodología docente inadecuada, cuando no nula, sin consideración en la evaluación, el estudiante la ve como escasamente importante y relacionada con su propia personalidad? (U-26)

3.4. Escasez o ausencia de profesores preparados (13 comentarios)

Fueron 13 los comentarios que hacían referencia a la escasez o ausencia de profesores preparados no solo para impartir adecuadamente estos contenidos (ofrecer feedback,?) sino para planificarla adecuadamente en el curriculum:

¿Faltan profesores preparados para impartirla adecuadamente, se deja al ¿albur? de los clínicos docentes que dan las prácticas, los psicólogos generalmente no ofrecen profesores preparados que conozcan la clínica? (U-5)

3.5. Problemas ligados a la metodología docente y logística educativa necesaria para su enseñanza (21 comentarios)

3.5.1. Requerimientos técnicos/infraestructura

¿El tipo de docencia necesario: entornos de aprendizaje activos, con pacientes simulados, videgrabaciones, autoevaluaciones...? (U-9)

3.5.2. Tiempo insuficiente

?La principal barrera a la que nos enfrentamos en los talleres de comunicación es sin duda la falta de tiempo,...para poner en práctica de forma individualizada lo aprendido, el debriefing posterior de cómo mejorar los errores cometidos al simular la entrevista con el paciente simulado? (U-19)

3.5.3. Feedback estructurado

?Cada estudiante debería tener un feedback personalizado mientras interactúa con pacientes simulados o reales? (U-23)

3.5.4. Continuidad e implicación del profesorado

?No se asume que este aprendizaje requiere continuidad a lo largo de la formación de grado. Se asume que por el mero hecho de estudiar asignaturas como la psicología, oncología, paliativos o psiquiatría los estudiantes aprenderán comunicación...en realidad en las prácticas que es donde los alumnos afrontarán sus problemas comunicativos, realmente están solos, no existe generalmente retro-alimentación reglada por parte de los clínicos docentes? (U-26)

3.5.5. Costes elevados

?Es preciso invertir más recursos en esta asignatura que en otras: PS, cámara Gesell,?" (U-30)

3.5.6. Problemas derivados del tipo de evaluación que requiere la competencia comunicativa:

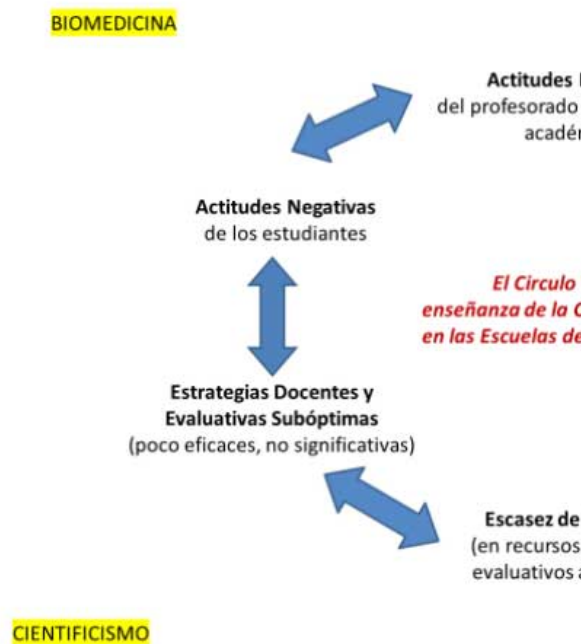
?Los alumnos deben de pasar por una prueba objetiva (examen de simulación con paciente estandarizado) donde se pudieran evaluar las competencias adquiridas...y esto es difícil de hacer y caro? (U-19)

Discusión

En este estudio cualitativo los propios responsables de las HC en sus FFMM ofrecen su visión sobre los problemas o barreras más significativos que ellos mismos han detectado en la incorporación y desarrollo de estas habilidades. Aunque tanto las barreras detectadas como sus posibles causas no son exclusivas de nuestro sistema de formación médica de grado, tanto la visión de conjunto que ofrecen como la coincidencia de las declaraciones permiten ofrecer una visión propia sobre la influencia de estas barreras y su dinámica en nuestro medio educativo, lo que debe abrir posibles estrategias de intervención para que en función de las circunstancias particulares cada escuela plantee mejorar y avanzar en un más eficaz enfoque de la enseñanza de las HC. Con diferente énfasis, las barreras aquí señaladas han sido ya previamente resaltadas de forma aislada a lo largo de los últimos años. La creencia de que la comunicación es algo innato y de que carece de credibilidad académica ya que es un tema socialmente subjetivo y no una ciencia contrastable que pueda ser enseñada es algo que aunque ha sido señalado en otros lugares [Rees et al., 2002; Nogueira-Martins et al., 2006] parece tener especial relevancia entre nuestros responsables académicos y profesores de otras materias, pero también en muchos estudiantes [Ruiz-Moral et al., 2019b]. Esta concepción revela la influencia del paradigma biomédico en la medicina académica de nuestro país para determinar lo que es correcto e incorrecto investigar, enseñar y seguramente hacer en la práctica. Varios estudios muestran hasta que punto la introducción de las humanidades y ciencias sociales en los currícula médicos está lastrada por este pensamiento hegemónico [Bloom, 1988; Christakis, 1995; Whitehead, 2013; Ruiz-Moral, 2019c]. Este estudio resalta también cómo, a juicio de los informadores clave, la influencia de esta hegemonía ideológica en la incorporación y desarrollo de las HC en los currícula de nuestras FFMM parece ser un aspecto determinante. Efectivamente, si las barreras detectadas se consideran en su conjunto, se puede intuir un cuadro explicativo coherente sobre el problema: En un ambiente educativo dominado por la biomedicina, se resalta el papel de unas actitudes negativas por parte de los profesores y responsables académicos hacia esta enseñanza debido, según los informantes, principalmente a su consideración de la CC como ?no científica? o habilidad innata, aunque también a factores relacionados con el estatus de poder existente en nuestras universidades. En la figura 1 hemos tratado de resumir la influencia mutua de cada uno de estos factores que actuaría a modo de círculo vicioso dificultando mucho su abordaje.

Esto haría que la necesidad legal de su incorporación e implementación en el curriculum médico que ha marcado la orden ministerial de 2008, se haga aparentemente de forma provisional, en puestos periféricos o secundarios, como son en determinadas asignaturas de la fase preclínica, y sin una planificación docente integrada y coherente. Además, enseñar HC en estas asignaturas básicas o de forma teórica por profesores que no son clínicos y no en los periodos clínicos por médicos generalistas, especialistas o cirujanos transmite un mensaje tácito a los estudiantes de que los clínicos son aquellos que conocen la práctica medica fundamental mientras que los otros son especialistas en temas psicosociales y menos científicos [Silverman, 2009]. También se transmite así el mensaje de que las HC son un objetivo en sí mismas y no una herramienta que permite conseguir una mayor calidad en la atención al paciente [Junod Perron et al., 2015].

Figura 1: El círculo vicioso de la enseñanza de la comunicación clínica en el grado



A su vez, la dificultad de incorporar estrategias docentes y evaluativas más sofisticadas (experienciales) y adecuadas a esta enseñanza, representa una barrera que por sí misma parece contribuir a que su aprendizaje tenga poco impacto y que vemos relacionada tanto con la falta de un profesorado preparado para implementarlo, como con la dificultad y el desinterés para invertir los recursos que esta enseñanza precisa. La ausencia de una formación práctica basada en la observación y el feedback no es, tampoco, algo exclusivo de nuestro sistema educativo [Kassebaum & Eaglen, 1999; Howley & Wilson, 2004; Chisholm et al., 2004], al igual que una planificación de la enseñanza de las HC hecha informalmente, sin estructura o sin el tiempo suficiente y sin objetivos definidos? [Fromme et al., 2009]. Incluso una formación estructurada en sí misma puede tener un impacto negativo en la percepción de los estudiantes, si no se aplican métodos de enseñanza adecuados [Rees & Sheard, 2003]. Se ha observado que aquellos estudiantes que reciben menor capacitación experiencial en HC, consideran en menor medida la comunicación como una habilidad que pueda aprenderse y utilizarse para mejorar los resultados clínicos [Willis et al., 2003]. Se recomienda el uso de métodos de entrenamiento experienciales (rol-playing, interacción con pacientes simulados, práctica seguida de feedback, etc.) tanto para los formadores como para los aprendices [Kurtz et al., 2005]. Sin embargo, los alumnos pueden percibir negativamente tales sesiones experienciales si no se llevan a cabo en una clima seguro, sin prejuicios y de confianza [Ruiz Moral et al., 2019b; Kurtz et al., 2005].

Se ve así que disponer de un profesorado preparado para implementar esta docencia representa un elemento nuclear, por lo que su ausencia o escasez es detectada como una barrera mayor por nuestros informantes. Efectivamente, los clínicos con interés, se quejan de que tienen poca formación en comunicación y poca confianza para enseñar y evaluar habilidades que ellos mismos no dominan [Junod Perron et al., 2009]. Además, esta falta de formación del profesorado se extiende a déficits también en habilidades para la

enseñanza [Novack et al., 1993]. Enseñar HC en la práctica clínica requiere formadores que crean en ello, lo demuestren y lo enseñen [Cote & Leclere, 2000]. Confiar la formación en HC al modelaje durante los periodos de prácticas conlleva graves riesgos, ya que los clínicos supervisores generalmente se ha visto que son modelos deficientes [Essers et al., 2012]. Nuestros informantes destacan además la ausencia de profesores defensores de esta enseñanza en puestos relevantes e influyentes para modificar el curriculum.

En relación al peso que las HC tienen en nuestro sistema evaluativo y la forma en que se evalúa la CC, ésta evaluación genera un efecto contraproducente hacia las habilidades. Generalmente en nuestras FFMM las HC no siempre se evalúan de forma específica y en las situaciones en las que se hace, el tipo de evaluación es mediante algunas preguntas de elección múltiple en el examen escrito, de forma genérica en un listado de habilidades generales a rellenar por el supervisor al final de las prácticas o en el mejor de los casos con el uso de listados de verificación no validados, lo que transmite a los estudiantes el mensaje sobre la importancia que el sistema da a este tipo de habilidades y no suele ser bien aceptado [Salmon & Young, 2011, van den Eertwegh et al., 2014].

Finalmente, se han descrito en estudiantes y médicos jóvenes actitudes negativas hacia las HC y su renuencia a aprenderlos. A la creencia en muchos de ellos de que la comunicación es algo innato y subjetivo que no puede ser enseñada [Nogueira-Martins et al., 2006; Rees, Sheard & Mc Pherson, 2002], se unen los factores personales, los estudiantes con actitudes más positivas hacia las HC tienden a ser mujeres, tener padres que no eran médicos, y creer que sus HC necesitaban mejorar [Rees & Sheard, 2002]. Las actitudes de los alumnos también pueden variar según su nivel de experiencia. Se ha visto que los médicos jóvenes y sin experiencia se encuentran más estresados y menos abiertos a los problemas de comunicación que los más experimentados porque todavía les preocupa el conseguir diagnósticos certeros y tratamientos rápidos y adecuados [Junod Perron et al., 2009]. Enfrentarse a dificultades que generan un conocimiento precario de la biomedicina, el razonamiento clínico y la falta de habilidad en el uso de procedimientos técnicos (registros médicos electrónicos) tienden a obstaculizar la buena comunicación [Essers et al., 2012; Van Nuland et al., 2009]. Sin embargo, dicho esto hay que señalar que los factores anteriormente descritos sin duda contribuyen en gran medida a que el estudiante no sólo no vea la utilidad de la CC para la práctica de la medicina sino que en muchos casos contribuya a afirmar en ellos esas actitudes contrarias hacia este tipo de habilidades, reafirmando sus concepciones epistemológicas sobre la medicina y la CMP reduccionistas, y científicistas de tipo biomédico que en su conjunto se podría representar cómo un círculo vicioso de muy difícil solución.

Conclusiones

Los responsables de introducir y desarrollar las HC en nuestras FFMM identifican un conjunto de barreras que dificultarían su aprendizaje por parte de los estudiantes y, que en línea con las ya descritas, representan un conjunto de problemas relacionados entre sí que explican en gran medida el modo en que estas están siendo introducidas y la prioridad real de su enseñanza en nuestras escuelas de medicina. La enseñanza de la CMP, como la de otras ciencias sociales o humanidades en medicina, representaría así un desafío para las FFMM en su adaptación hacia nuevos modelos educativos más acordes con las nuevas tendencias docentes y de práctica clínica.

Agradecimientos:

A los responsables de la enseñanza de la Comunicación Médico-Paciente en las Facultades de Medicina que han participado:

Guillermo Lahera Forteza (Alcalá de Henares); **Eva Yolanda Pulido Requero** (Alfonso X El Sabio); **Josep M^a Bosch Fontcuberta** (Autónoma de Barcelona); **Esteban González López** (Autónoma de Madrid); **Francesc Borrel Carrió** (Barcelona); **Maria Isabel Porrás Gallo** (Castilla La Mancha, campus de Ciudad Real); **Juan Pedro Serrano Selva** (Castilla La Mancha, campus de Albacete); **Manuel Jose Párraga Ramirez** (Católica San Antonio de Murcia); **German Cerdá Olmedo** (Católica de Valencia); **Juan Francisco Lisón Párraga** (CEU Cardenal Herrera de Madrid); **M^a Isabel Ramos Fuentes** (Extremadura); **Sophia Denizon** (Francisco de Vitoria); **Joan San** (Girona); **José María Martínez-Ortega** (Granada); **Marta Elorduy Hernández-Vaquero** (Internacional de Cataluña); **Mauro García-Toro** (Islas Baleares); **Rafael Ballester Arnal** (Jaume I de Castellón); **Emilio J. Sanz Alvarez** (La Laguna); **Josefa María Ramal López** (Las Palmas de Gran Canaria); **Jorge Soler González** (Lleida); **Francisco Ruiz Ruiz** (Málaga); **Sofía Lopez Roig** (Miguel Hernandez de Elche); **Joaquín García-Estañ López**

(Murcia); **Marina Martínez García** (Navarra); **Salvador Tranche** (Oviedo); **Jose Antonio Pereira Rodriguez** (Pompeu Fabra); **Teresa Fernández Agulló** (Rey Juan Carlos); **Antoni Castro Salomó** (Rovira i Virgili); **José Luis Pérez Castrillón** (Valladolid) y **Rosa Magallón** (Zaragoza).

Referencias

- Bloom SW. (1988). Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *J Health Soc Behav.*, 29, 294-306
- Chisholm CD, Whemmouth LF, Daly EA, Cordell WH, Giles BK, Brizendine EJ. (2004). An evaluation of emergency medicine resident interaction time with faculty in different teaching venues. *Acad Emerg Med.*, 11(2), 149-55.
- Christakis, N. A. (1995). The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. *Journal. of the American Medical Association*, 274(9), 706-711
- Cote L, Leclere H. (2000). How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med.*, 75(11), 1117-24.
- Essers G, Van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S. (2012). Mixed messages in learning communication skills? Students comparing role model behaviour in clerkships with formal training. *Med Teach.*, 34(10), e659-65. doi: 10.3109/0142159X.2012.687483.
- Fromme HB, Karani R, Downing SM. (2009). Direct observation in medical education: a review of the literature and evidence for validity. *Mt Sinai J Med.*, 76(4), 365-71. doi: 10.1002/msj.20123.
- Howley LD, Wilson WG. (2004). Direct observation of students during clerkship rotations: a multiyear descriptive study. *Acad Med.*, 79(3), 276-80.
- Junod Perron N, Sommer J, Hudelson P, Demaurex F, Luthy C, Louis-Simonet M, et al. (2009). Clinical supervisors' perceived needs for teaching communication skills in clinical practice. *Medical Teacher.*, 31, e316-22. doi.org/10.1080/01421590802650134
- Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. (2015). Teaching Communications skills: beyond wishful thinking. *Swiss Medical Weekly.*, 145, w14064. doi: 10.4414/smw.2015.14064.
- Kassebaum DG, Eaglen RH. (1999). Shortcomings in the evaluation of students' clinical skills and behaviors in medical school. *Acad Med.*, 74(7), 842-9.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. 2nd edition. Oxford: Radcliff Publishing Ltd
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. ¿Qué, cómo y donde estudiar. Retrieved from <http://todofp.es/que-como-y-donde-estudiar/que-estudiar/nuevos-titulos.html>
- Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M, Jr. (1993). Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools. Progress, problems, and promise. *JAMA*, 269(16), 2101-5
- Nogueira-Martins MC, Nogueira-Martins LA, Turato ER. (2006). Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Med Educ.*, 40(4), 322-8. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02411.x
- Rees CE, Sheard CE, McPherson AC. (2002). A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Med Teach.*, 24(3), 289-93. DOI: 10.1080/01421590220134123

- Rees C, Sheard C. (2002). The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. *Med Educ.*,36(11),1017-27. DOI: 10.1080/01421590220134123
- Rees C, Sheard C. (2003). Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Med Teach.*, 25(3),302-7. DOI: 10.1080/0142159031000100409
- Ruiz Moral R, Garcia de Leonardo C, Cerro A, Caballero Martínez F, Monge Martín D. (2019a) Enseñanza de la comunicación clínica en las facultades de medicina españolas. *Educ Med.*, (submitted, 2019)
- Ruiz Moral R, Garcia de Leonardo C, Caballero Martínez F, Monge Martín D. (2019b). Medical students' perceptions towards learning communication skills: a qualitative study following the 2-year training programme. *Int J Med Educ.*, 10,90-97. doi: 10.5116/ijme.5cbd.7e96
- Ruiz Moral R. (2019c). La incorporación de las humanidades y ciencias socio-conductuales en la educación médica: ¿cuál es el problema y qué se debe hacer? *Folia Humanística*,11, 65-81. doi.org/10.30860/0050
- Salmon P, Young B. (2011). Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Med Educ.*,45(3),217-26. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03801.x
- Silverman J. (2009). Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns.*,76(3),361-7. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.011
- van den Eertwegh V, van Dalen J, van Dulmen S, van der Vleuten C, Scherpbier A. (2014). Residents' perceived barriers to communication skills learning: Comparing two medical working contexts in postgraduate training. *Patient Educ Couns.*, 95(1),91-7. doi: 10.1016/j.pec.2014.01.002
- Van Nuland M, Thijs G, Van Royen P, Van den Noortgate W, Goedhuys J. (2009). Vocational trainees' views and experiences regarding the learning and teaching of communication skills in general practice. *Patient Educ Couns.*, 78(1),65-71. doi: 10.1016/j.pec.2009.05.002
- Whitehead C. (2013). Scientist or science-stuffed? Discourses in North America medical education. *Med Edu.*, 47,26-32. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04136.x.
- Willis SC, Jones A, O'Neill PA. (2003). Can undergraduate education have an effect on the ways in which pre-registration house officers conceptualise communication? *Med Educ.*,37(7),603-8.