This page was exported from - DocTutor
Export date: Sun Nov 15 5:46:28 2026 / +0000 GMT

Las perspectiva de una estudiante: Enseñar comunicación exige más ?realidad clínica? y mejor estructurada

Cristina Bachiller Martin. Participante en la Mesa ?La formación en Comunicación para el médico? del XXXV Congreso de Comunicación y Salud, (Valladolid, Mayo 2026). Estudiante de sexto de Medicina en la Facultad de Medicina de Valladolid

Resumen: A través de las tres preguntas planteadas, esta estudiante de sexto curso nos ofrece una reflexión tan profunda como coherente en relación con la enseñanza y aprendizaje de la comunicación. Para ella la enseñanza de la comunicación ha de tener lugar de una forma integrada en escenarios simulados, seminarios prácticos y consulta real y ha de hacerse de forma ?intencionada, estructurada y evaluable?. Para ella el rol de los pacientes simulados es esencial sobre todo porque permite entrenar situaciones difíciles en entornos cuasi reales y recibir feedback, mientras que la IA sería de más utilidad en fases iniciales, para estructurar entrevistas, mejorar preguntas abiertas, o entrenar la claridad al explicar, pero no para sustituir la complejidad emocional de la práctica real. Finalmente considera que el contexto de la medicina de familia por sus especiales características: continuidad, comunidad y compromiso con la persona y su familia así como atención a cualquier patología, la hace idónea para desarrollar la comunicación clínica en toda su potencialidad, lo que además exigiría iniciar su entrenamiento de forma precoz en el grado extendiéndolo transversalmente a lo largo de los diferentes cursos.

A Student's Perspective: Teaching Communication Requires More "Clinical Reality" and a Better Structure Abstract: Through the three questions posed, this sixth-year student offers a profound and coherent reflection on the teaching and learning of communication. For her, communication instruction must take place in an integrated manner, encompassing simulated scenarios, practical seminars, and real consultations, and must be "intentional, structured, and evaluable." This student believes the role of simulated patients is essential, primarily because it allows for practicing difficult situations in near-real environments and receiving feedback. She argues that AI would be more useful in the initial stages, for structuring interviews, improving open-ended questions, or training clarity in explanations, but not for replacing the emotional complexity of real-world practice. Finally, he considers that the context of family medicine, due to its special characteristics?continuity, community, and commitment to the individual, their family, , as well as attention to any pathology?makes it ideal for developing clinical communication to its full potential. This would also require starting training early in the degree program and extending it transversally throughout the different courses.

1ª Pregunta ¿Se debe enseñar comunicación al estudiantado de medicina? ¿Cuáles Métodos y contextos (en consulta, en seminario, en entorno simulado) deberían usarse? Respuesta

En primer lugar, gracias por la oportunidad de participar en esta mesa. Como estudiante de sexto de Medicina, hablar de enseñanza de la comunicación delante de profesionales con tanta experiencia es, además de un reto, una responsabilidad. Me gustaría partir de una idea clara: la comunicación clínica no es una ?habilidad blanda? complementaria, sino una competencia clínica central. Diagnosticar, informar, acompañar decisiones o manejar la incertidumbre dependen directamente de cómo nos comunicamos. Desde mi experiencia formativa, creo que la enseñanza de la comunicación se articula en tres grandes contextos, que no compiten entre sí, sino que se complementan:

Primero, **la consulta real.**

Es el entorno más potente, pero también el más complejo. Aquí aprendemos por observación y por imitación. Un tutor que verbaliza su razonamiento, que muestra cómo maneja el silencio o cómo da una mala noticia, enseña mucho más que cualquier manual. Sin embargo, este aprendizaje tiene un riesgo: si no hay reflexión estructurada, se vuelve implícito. Vemos estilos, pero no siempre entendemos por qué funcionan o no. Por eso, la clave en consulta no es solo ?ver pacientes?, sino incorporar feedback deliberado. Que el tutor diga: ?¿Has visto por qué he hecho esta pregunta abierta?? o ?¿Qué habrías hecho tú aquí??.

Segundo, **los seminarios.**

Son el espacio para poner nombre a lo que ocurre en la consulta. Modelos como la entrevista clínica estructurada, la escucha activa o la toma de decisiones compartida nos dan un lenguaje común. El problema es que, si se quedan en lo teórico, generan una falsa sensación de competencia. Sabemos explicar la empatía, pero no necesariamente aplicarla bajo presión asistencial. Por eso, el valor del seminario está en ser práctico, basado en casos reales, y en permitir equivocarse sin consecuencias.

Y tercero, **los entornos simulados**.

Probablemente, uno de los métodos más infravalorados durante la carrera. La simulación (con pacientes estandarizados o role-playing) permite entrenar situaciones difíciles que no siempre vemos como estudiantes: comunicar un error, manejar un paciente agresivo o abordar emociones intensas. Aquí el aprendizaje es activo y seguro. Podemos fallar, repetir, y recibir feedback específico. Y algo muy importante: nos permite trabajar no solo qué decimos, sino cómo lo decimos. Dicho esto, me gustaría plantear una reflexión: el problema no es tanto elegir entre estos métodos, sino integrarlos. Un modelo ideal, desde el punto de vista del estudiante, sería: **simulación** para adquirir habilidades básicas, **seminarios prácticos** para estructurar el conocimiento y **consulta** real para consolidarlo en la práctica clínica. Pero todo ello con un elemento transversal imprescindible: la retroalimentación.

Para terminar, creo que hay un reto pendiente en la formación médica: dejar de considerar la comunicación como algo que ?se aprende solo con el tiempo?. No todos los estudiantes parten del mismo punto, ni todos los entornos clínicos ofrecen los mismos modelos. Si no enseñamos comunicación de forma intencionada, estructurada y evaluable, estamos dejando al azar una parte esencial de la calidad asistencial. Y, como futuros médicos sabemos que muchas veces lo más terapéutico que ofrecemos no es una prueba o un fármaco, sino una conversación bien hecha.

2ª Pregunta ¿Cúal debe ser el papel de la IA, de los simuladores y de los pacientes simulados y estandarizados en la formación en comunicación? Respuesta

Si hablamos del papel de la inteligencia artificial, los simuladores y los pacientes estandarizados en la enseñanza de la comunicación, creo que la pregunta no es si deben estar presentes, sino cómo integrarlos con sentido clínico. Porque la comunicación, a diferencia de otras competencias, tiene una particularidad: ocurre entre personas, con emociones reales, en contextos muchas veces impredecibles.

Empiezo por la **inteligencia artificial**. Desde mi experiencia como estudiante, la IA tiene un enorme potencial como herramienta de entrenamiento. Permite practicar entrevistas, recibir feedback inmediato, repetir escenarios y exponernos a múltiples estilos de

comunicación. Pero tiene un límite claro: la IA puede simular respuestas, pero no siente. Y eso es relevante, porque una parte esencial de la comunicación clínica es manejar la emoción auténtica del paciente? y también la nuestra. Por eso, la IA es muy útil para fases iniciales: estructurar entrevistas, mejorar preguntas abiertas, entrenar la claridad al explicar. Pero no puede sustituir la complejidad emocional de la práctica real.

En cuanto a los **simuladores y pacientes estandarizados**, creo que son una de las herramientas más valiosas que tenemos y, probablemente, todavía infrautilizadas. Su principal fortaleza es que permiten entrenar situaciones difíciles de forma segura: dar malas noticias, manejar el enfado, o afrontar el silencio. Y, además, lo hacen con un elemento clave que a veces falta en la consulta real: el feedback estructurado y específico. Un paciente estandarizado puede decirte: ?En este momento me he sentido juzgado? o ?aquí me ha faltado claridad?. Ese tipo de devolución es muy difícil de obtener en la práctica asistencial. Sin embargo, también tienen limitaciones. Si no están bien diseñados y entrenados, pueden volverse artificiales o generar una comunicación ?protocolizada?, poco flexible.

Por eso, me gustaría plantear una idea central: estas herramientas no sustituyen la realidad clínica, la preparan. La **IA entrena la estructura**. La **simulación entrena la respuesta**. Pero la **consulta real** es donde se integra todo, con incertidumbre, tiempo limitado y pacientes únicos. Para terminar, creo que el reto no es tecnológico, sino pedagógico. No se trata de incorporar más herramientas, sino de usarlas mejor: con objetivos claros, con feedback de calidad y conectándolas siempre con la práctica clínica real. Porque si algo estamos aprendiendo como estudiantes es que una buena comunicación no es repetir un modelo, sino adaptarse a la persona que tienes delante. Y en eso, la tecnología puede ayudarnos mucho? pero no puede reemplazarnos.

Pregunta común ¿Qué puede aportar la MFyC en la formación en comunicación en el grado?

Respuesta

Cuando nos preguntamos qué puede aportar la Medicina Familiar y Comunitaria a la formación en comunicación en el grado, creo que la respuesta es clara: realidad, continuidad y contexto.

En primer lugar, **realidad**.

La Medicina Familiar es, probablemente, el entorno donde la comunicación clínica se expresa en toda su complejidad. No hablamos solo de entrevistas estructuradas o de casos ?docentes?, sino de pacientes con problemas mal definidos, con múltiples dimensiones (biológicas, psicológicas y sociales) y, muchas veces, con incertidumbre. Para un estudiante, esto supone un cambio importante: dejar de buscar ?la pregunta perfecta? y empezar a aprender a escuchar de verdad, a priorizar y a adaptarse.

En segundo lugar, la **continuidad**.

A diferencia de otros ámbitos, en Atención Primaria se ve a las personas a lo largo del tiempo. Y eso transforma completamente la comunicación. No es lo mismo una conversación aislada que una relación clínica. En Medicina Familiar se aprende que comunicar no es solo ?hacer bien una consulta?, sino construir confianza, retomar temas pendientes, acompañar procesos y, a veces, saber cuándo no decir nada. Este seguimiento longitudinal permite algo muy valioso en la formación: ver las consecuencias de cómo nos comunicamos.

Y, en tercer lugar, el **contexto**.

La Medicina Familiar no separa la enfermedad de la vida del paciente. Integra familia, entorno social, cultura y recursos comunitarios. Esto obliga a ampliar la mirada: no basta con explicar un tratamiento, hay que entender si esa persona puede seguirlo, si lo comparte con su familia o si tiene barreras que ni siquiera ha verbalizado. Desde el punto de vista docente, esto entrena una comunicación mucho más situada y menos ?protocolizada?. Pero además de estos tres elementos, me gustaría añadir uno más: el rol del médico de familia como modelo.

This page was exported from - DocTutor
Export date: Sun Nov 15 5:46:28 2026 / +0000 GMT

En Atención Primaria, el estudiante suele tener más oportunidad de observar consultas completas, de participar activamente y, sobre todo, de recibir feedback cercano. Y esto es clave, porque la comunicación no se aprende solo estudiando, sino viendo cómo otros profesionales gestionan la incertidumbre, el tiempo limitado o las emociones difíciles. Para terminar, me gustaría plantear una idea: ?Si queremos mejorar la enseñanza de la comunicación en el grado, la Medicina Familiar no debería ser un complemento tardío, sino un eje desde etapas más precoces de la formación.?

Porque es ahí donde la comunicación deja de ser una técnica y pasa a ser lo que realmente es: una herramienta clínica esencial para entender y cuidar a las personas.