

Importancia de las habilidades comunicacionales como parte de las competencias clínicas a desarrollar en el perfil del egresado en ciencias de la salud

Bustamante MF, Villalonga MI, Antuña AM

RESUMEN:

El comunicar diagnósticos, sobre todo de mal pronóstico, constituye una mala noticia a informar y para lo cual, no se está debidamente preparado. Actualmente se considera la comunicación como una competencia de las profesiones sanitarias, susceptible de ser enseñada, aprendida y evaluada. Como tal, no debería depender de la personalidad del profesional ni tampoco considerarse secundaria frente a las competencias clínicas. Existen estudios que demuestran que una adecuada comunicación repercute en un éxito terapéutico con el paciente, gracias a lo que se denomina, comunicación efectiva, soportada por un marco de valores morales. Se planteó como objetivo general, analizar desde una perspectiva bioética la formación de comunicación de diagnósticos a los pacientes; y como objetivos específicos, examinar la preparación en capacidades comunicacionales. Se realizó un trabajo de carácter prospectivo, cualitativo y de reflexión mediante análisis de los planes de estudios de carreras de Medicina, y a través de entrevistas semi-estructuradas a estudiantes avanzados. Se observó que los programas de estudio están basados sobre todo en el conocimiento científico-molecular, y en las habilidades clínicas. En las entrevistas manifestaron diferentes experiencias de formación en comunicación, durante la carrera en la misma facultad y la necesidad de ser formados en habilidades comunicacionales. Conclusión: Es importante la recuperación de los mismos durante la carrera o en la Práctica Clínica Integrada Supervisada (P.C.I.S.) a los fines de nivelar la formación. Las entrevistas revelaron la necesidad de ser capacitados en esta competencia, especialmente en temas como la subjetividad relacionada con la muerte y los miedos del profesional.

Palabras claves: comunicación médica, competencias, valores éticos

Recibido 21 de junio 2023- Aceptado 1 de julio 2023

Ángel Cuenca Molina, define “comunicación” desde su origen latino, donde la palabra comunicación viene de *communicare*, cuya raíz coincide con la de *communis*, hacer comunidad, comunicando. Por lo tanto, significa compartir con otras personas un mismo lenguaje con el fin de llegar a una comprensión común de la circunstancia. De esa manera, según el autor, la meta o el objetivo de la comunicación es compartir esas representaciones, intercambiar pensamientos y opiniones por medio de palabras, o mensajes (1). En el encuentro con el paciente, se juegan distintas emociones de frustración, culpa, incertidumbre, entre otras, frente a determinadas noticias, especialmente si tienen mal pronóstico. En ese caso, es importante también recibir las diferentes reacciones, brindar apoyo y contención, y si es necesario, un enfoque multidisciplinar.

Debido a que la comunicación constituye (o debería constituir) una de las partes fundamentales a adquirir como competencia de la profesión médica y de todos los profesionales de la salud, se puede afirmar de manera rotunda, que la comunicación no es algo que dependa de la manera de ser de cada profesional o una dimensión secundaria frente a las dimensiones clínicas. Actualmente, se considera la comunicación como una dimensión de las competencias de las profesiones sanitarias, susceptible de ser enseñada, aprendida y evaluada. Existe evidencia de estudios que demuestran que una adecuada comunicación repercute en una mayor confianza en la relación médico-paciente, en una mayor adherencia terapéutica por parte del paciente, en una disminución de las prescripciones terapéuticas,

en mejores resultados clínicos en el curso de las enfermedades y en una disminución de las demandas contra los profesionales (2).

La comunicación es una de las habilidades mencionadas en “Competencias Esenciales en Salud Pública: Marco Regional para las Américas (2013)” y es considerada como una de las competencias médicas básicas del siglo XXI desarrolladas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en tres dimensiones: Información, Comunicación, Ética e Impacto Social. También fueron señaladas como prioridad por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME), el cual es el organismo responsable de acreditar todos los programas de formación médica de posgrado para médicos en los Estados Unidos.

Concepto de Enfermedad:

El concepto que tengamos del estado de enfermedad y/o de salud, influye en la comunicación con el paciente y su familia. Según la OMS la enfermedad se define como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Mientras que la salud, según la OMS es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Conforme a ello, hoy se ha postulado un estado de equilibrio entre la salud y la enfermedad. Ya que el completo bienestar en todos los aspectos no existe...sino que más bien la persona intenta acercarse a ese completo bienestar en una búsqueda donde la salud prime por sobre la enfermedad, en un juego dinámico de estados dirigiéndose hacia un estado de mayor salud posible. Según estudios, se considera que el cincuenta por ciento aproximado de pacientes que necesita ayuda, pero no manifiestan ninguno de los síntomas clínicos de una enfermedad, asiste al consultorio por un sufrimiento mental y emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad pero que no se suele tratar de forma adecuada y se confía a los medicamentos, la labor que mejor correspondería a la terapia psicológica y al acompañamiento. Ya que los pacientes, acuden a la medicina para el alivio del dolor y el sufrimiento por considerarlo uno de sus fines (3), una mirada integral desde todas las dimensiones del paciente, favorecería la eficacia de la consulta y por lo tanto de la comunicación.

En cuanto a las enfermedades de origen genético, fueron consideradas durante mucho tiempo desde una posición determinista desde lo biológico. Sin embargo, gracias a numerosos estudios, el medioambiente ha cobrado cada vez mayor relevancia en cuanto a la interacción de la persona, y por lo tanto de sus genes, con su entorno. De esta manera, algunas variaciones genéticas sólo predisponen hacia un resultado específico, especialmente en algunas enfermedades. Factores medioambientales, como productos químicos, exposición solar, dietas, agentes infecciosos, ejercicios o sedentarismo, estrés, tabaco, alcoholismo, etc., inician y mantienen un estado de enfermedad, en la presencia de dicha combinación de variantes genéticas (4,5).

De acuerdo al concepto que se tenga sobre salud o enfermedad será el paradigma desde el cual ejercerá la práctica médica.

Valores Morales involucrados en la comunicación:

Los valores morales son los valores necesarios para forjar un buen carácter y poder elevar la vida cotidiana en mayor “humanidad”. Tanto la persona como las instituciones al asumir los valores morales y ponerlos en práctica se “humanizan” y favorecen una ética de mínimos en la sociedad. Los mismos, según Adela Cortina(6), pueden ser sólo encarnados por los seres humanos, dependen de su libertad para realizarlos y urge que sean universalizados.

En la práctica de los servicios de salud, la pregunta sería, cómo los valores morales pueden elevar y dignificar al paciente en sus valores vitales: estado de salud/enfermedad; fortaleza/debilidad, y en sus valores sensibles: estado de placer/dolor; alegría/pena, entre otros. Por ejemplo, ayudar al paciente a aceptar su condición de enfermo crónico, el cual va a necesitar ir a controles periódicos de su enfermedad hasta el final de su vida, y el estado de placer o displacer que esto le supone. Desde la tecnología y los avances científicos, se ha hecho posible alcanzar una mayor expectativa de vida, lo cual ha provocado un aumento, y no una reducción de la tasa de morbilidad. Esto permite continuar viviendo a las personas que las padecen. Por lo tanto, estas personas, aspirarán no sólo a una medicina más curativa, sino más humanitaria (3).

Por ello, “el estado de los valores del médico y los que se incorporen en el medio en que se presta la atención de salud, son tan importantes como la capacidad técnica individual de cada profesional...” (7). Hans-Martin Sass considera que, la responsabilidad de curar y consolar no puede depender sólo de análisis de sangre o de datos de carácter científico. Tanto el estado de valores del paciente, como el estado de valores de los agentes de salud involucrados, son tan necesarios como la formación técnica de los profesionales y del sistema de atención sanitaria.

Los valores morales que serían esperables de desarrollar en el ejercicio de la medicina y la salud, y en la comunicación de resultados, son los siguientes: libertad, igualdad, solidaridad, respeto activo, diálogo y responsabilidad, entre otros.

Habilidades Comunicacionales:

En cuanto a las habilidades comunicacionales está demostrado que la calidad de la comunicación es fundamental ya que de ello depende el éxito de cualquier entrevista clínica. En este sentido, las habilidades comunicacionales están consideradas como una de las competencias básicas a desarrollar en la formación médica. Una comunicación efectiva promueve no sólo los aspectos psicológicos de la atención médica, sino que también mejora los resultados fisiológicos. Numerosos estudios elevan la comunicación efectiva a un nivel procedimental, lo que nos permite comenzar a hablar de ella como una opción terapéutica (8). Está comprobado que logra mayor adherencia al tratamiento, mayor colaboración entre médico y paciente, “donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación entre ambos.” (2)

Existen dos enfoques o principios básicos para la comunicación: El enfoque del lanzamiento de bala, donde se enfatiza la entrega del mensaje sin retroalimentación entre emisor y receptor, y por otro lado, se encuentra el enfoque del “frisbee” o lanzamiento de platillo, donde el enfoque es interpersonal, basado en el entendimiento mutuo y en la interacción entre ambos. (9)

Sabemos que los males y el sufrimiento, en mayor o menor medida forman parte de la vida de todas las personas. Sin embargo, la fragilidad del ser humano, no es un tema sobre el cual se hable durante la formación de los profesionales de la salud.

Por lo anteriormente descrito, la muerte sólo se puede posponer, no evitar. Es una circunstancia natural a todas las personas, incluidos los profesionales de la salud. Los cuales, en su formación, es sumamente necesario conocer qué ideas o preconcepciones traemos acerca de la muerte para asumir la propia muerte primero y poder así, comunicar después, el desenlace irremediable de un paciente.

Para los médicos y profesionales de la salud en general no nos es grato en absoluto, comunicar un pronóstico terminal. Por un lado, socialmente el estándar de óptima salud está sobrevaluado; por otro lado, no sabemos qué reacción tendrá el propio paciente o sus familiares (10) y además, los miedos propios del profesional de la salud están en juego y no siempre son trabajados durante la formación de grado.

Buckman R. desarrolló en el año 1992, un protocolo de seis pasos para la comunicación de malas noticias llamado SPIKE (Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions). Constituye una de las metodologías aplicadas en la formación de comunicación de noticias adversas y del desarrollo de empatía y habilidades comunicacionales. (11)

Como objetivo general se planteó analizar desde una perspectiva bioética la práctica de la comunicación a los pacientes. Como objetivos específicos, examinar la preparación en capacidades comunicacionales de carreras de medicina de la ciudad de Córdoba, como así también determinar la calidad de la información y los valores que sustenta la comunicación.

Materiales y Métodos

Se realizó un trabajo de carácter prospectivo, cualicuantitativo, de reflexión y análisis de los planes de estudios de las carreras de Medicina de la ciudad de Córdoba. Las palabras claves para la búsqueda en los programas de estudio fueron: la comunicación con el paciente, valores en la relación médico-paciente, práctica de habilidades comunicacionales en la transmisión de noticias, trabajo interdisciplinario y principios éticos involucrados. Se realizaron 100 entrevistas a estudiantes avanzados que cursan actualmente la carrera y que están por realizar o finalizando su Práctica Final Obligatoria (P.F.O.) o Práctica Clínica Integrada Supervisada (P.C.I.S.) de la carrera de grado en medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Las entrevistas fueron realizadas cumpliendo las normas éticas vigentes y respetando la confidencialidad de los estudiantes entrevistados. El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud (CIEIS) del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la ciudad de Córdoba, Argentina.

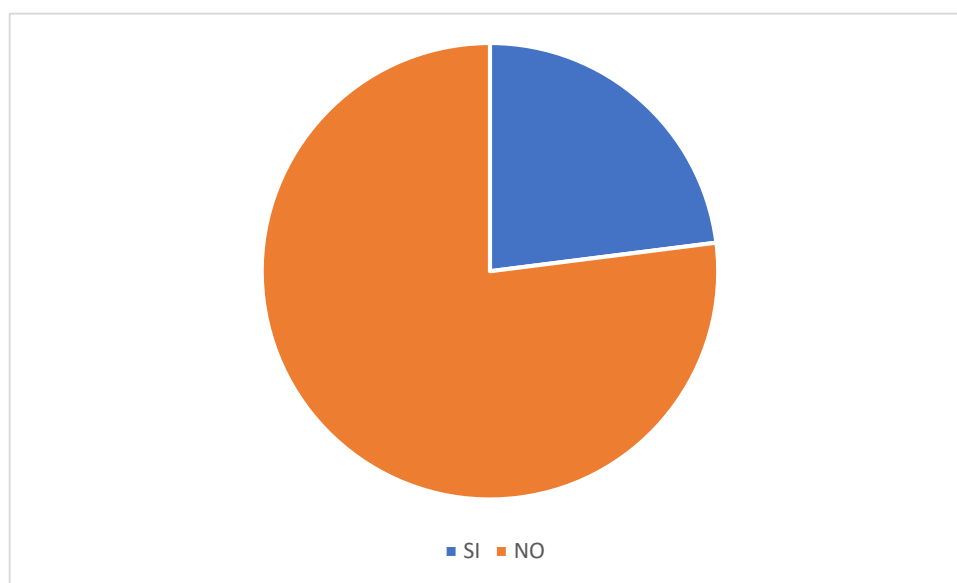
Resultados

El análisis de los planes de estudio mostró los siguientes resultados:

Tabla 1: Cuadro comparativo del análisis de los planes de estudio de carreras de Medicina.

Las entrevistas arrojaron los siguientes resultados:

- En la pregunta: ¿Tuvo posibilidad de formación de comunicación de noticias al paciente, sobre todo de mal pronóstico? El 77% manifestó que no tuvo posibilidad de presenciarlas, mientras que un 23% sí lo tuvo.



- En el grupo que sí recibió formación de comunicación en alguna medida, relataron las siguientes experiencias:

“Tuvimos solo una clase en la Cátedra de Cirugía II del Hosp. San Roque. Hicimos un rol playing pero sólo fue por esa única vez.

“Mi profesora de semio, una clase en general de clínica médica y en la PFO parte A

“En Hospital Municipal de Urgencias, en módulos virtuales de Relación Médico Paciente y en Pediatría, en módulo vínculos saludables”. “Tuve formación de comunicación de noticias en general”

- Se investigó por qué consideraría recibir formación en comunicación de noticias a los pacientes. Ellos mismos dieron las razones:

“Se plantean a menudo en el consultorio situaciones en las que tenemos que comunicar malas noticias, los familiares no están preparados y nosotros como profesionales no tenemos las herramientas para contener y acompañar al mismo.”

. “En Pediatría oncológica donde hay que comunicarse con los niños acorde a su edad y con los padres o cuidador”

“Cuando un paciente que estaba entrando en EAP me dijo que no se quería morir.”

“Ver morir a un paciente... Ver salvarse un paciente que estaba muy mal”

“Haciendo anamnesis a un niño con cáncer cerebral la madre se quebró en frente de nosotros, y pudimos dentro de todo consolarla”

“La comunicación es fundamental en la relación médico paciente.”

“Considero que es fundamental una comunicación asertiva y empática con el paciente a la hora de brindarle una comunicación respecto a su salud o la de un familiar.”

“Porque es algo común en la práctica médica y que sin una preparación es difícil de afrontar.”

“El médico se enfrenta a malas noticias todo el tiempo y saber comunicarlas para dejar al paciente o familiar conforme es imprescindible.”

“Porque no se habla de la muerte, de cuidados paliativos, de saber que no somos “dioses” como médicos y hay que saber cómo actuar.”

“Es importante poder comunicar con claridad y demostrar empatía al mismo tiempo.”

“Con 1 o 2 clases de orientadas a la comunicación y a la empatía sería suficiente.”

“Es necesario y complementa parte de la formación en el diálogo con el paciente porque hace a la relación médico paciente.”

“Es un momento muy importante, donde la empatía es fundamental y tiene que ser práctico y desarrollado en un lapso de tiempo.”

- En cuanto a qué temas consideran necesario recibir formación, respondieron:



- Se indagó sobre, qué otros temas necesitaría recibir formación relacionados a esta competencia y respondieron lo siguiente:
 - . Comunicación de malas noticias, no sólo de noticias en general.
 - . Más dinámica, práctica con pacientes
 - . El enfoque de la muerte
 - . Hasta dónde hablar con el paciente
 - . Miedos del profesional y cómo trabajarlos
 - . Derechos del profesional y cómo ejercerlos
 - . Trato con pacientes sordomudos o con otras discapacidades
 - . Comités Hospitalarios de Ética y cómo funcionan
 - . Espiritualidad, dilemas entre razón y fe, valores...
 - . Religión y libertad de conciencia en medicina
 - . Gestión comercial, facturación de obras sociales y prepagas, y en consultorio.

Discusión

En cuanto a los programas de estudio, los contenidos están basados en general en vistas a desarrollar un perfil de expertos en la adquisición y manejo del conocimiento y del fundamento científico necesario para la investigación y la práctica clínica. También hay un acercamiento a la ética general o a la relación médico-paciente, en algunas carreras más que otras, como así también en materias del ciclo clínico y módulos de las mismas. No se pudo evidenciar una enseñanza sistematizada de los pasos necesarios para desarrollar habilidades comunicacionales (y sobre todo

de noticias de mal pronóstico), a pesar de ser carreras que manifiestan una relación con el paciente, ni tampoco la práctica comunicacional.

Respecto al interés por la práctica y el estudio de la comunicación de malas noticias, comenzó en la década de 1980 debido a las reacciones agresivas de los pacientes frente a los informes médicos y para proteger aspectos legales del profesional, sobre todo por la confusión que comenzaron a generar la búsqueda de información por parte de los pacientes en los medios masivos de comunicación.

Buckman R. de la Universidad de Toronto, en 1992, elaboró un protocolo de seis pasos llamado SPIKE (Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions). Dicho protocolo traducido al español se denomina EPICEE (Entorno, Percepción del paciente, Invitación, Comunicación, Empatía y Estrategia). (11)

Otro protocolo que surgió fue el ABCDE, por Rabow y Mc Phee de la Universidad de San Francisco (12) en 1999.

En España, en 1997, la Universidad de Madrid elaboró un manual por el cual brindan claves para mejorar la comunicación con el paciente: perder el miedo para hablar desde una perspectiva emocional, dejar que el paciente conduzca la entrevista, transmitir esperanza desde la verdad y sin negar la expresión de emociones, escucha activa, empatía y credibilidad (13). A pesar de este antecedente, sigue siendo todo un desafío la comunicación de malas noticias y hace algunos años, la Universidad Francisco de Vitoria en Madrid, desarrolló un programa transversal en la carrera de medicina de la enseñanza y el aprendizaje en comunicación de malas noticias (14).

Mientras tanto el médico español Marcos Gómez Sancho, que ya lleva publicada la cuarta edición de su libro "Cómo dar malas noticias en medicina" desde el 1998, advierte de la falta de formación en este sentido y cómo se ha excluido la mala noticia de la muerte del saber médico, salvo en medicina legal (15).

En cuanto a los miedos que pueden manifestarse en el trato con el paciente, no se encontró evidencia de trabajar esa dimensión del profesional. En cuanto al tema de la muerte cuando el desenlace es inevitable, tampoco hay evidencia de formación en ese sentido, para no vivirlo como un fracaso profesional o qué hacer frente al vacío de respuestas curativas, como lo es la ética del cuidado y el acompañamiento al paciente. En Argentina, el Dr. Alves de Lima, en 2003, publicó un artículo donde describe nueve diferentes tipos de miedos del profesional de la salud, como factores que pueden interferir en el momento de comunicar malas noticias (16). En 2012, se publicó una experiencia del departamento de Pediatría en el Hospital Italiano de Buenos Aires, destacando la importancia de enseñar la comunicación de malas noticias como cualquier otra habilidad técnica. Esta experiencia está destinada a residentes de pediatría en dicha institución a modo de taller (17). En la Universidad de Buenos Aires, la carrera de medicina posee en su plan de estudios la materia Bioética I en el Ciclo Biomédico y Bioética II en el Ciclo Clínico, como materias obligatorias del plan de estudios. Sin embargo, no se encontró evidencia de práctica en la comunicación de malas noticias durante la carrera o en la práctica final.

En Inglaterra, en 2003, se elaboró el Manual de Medicina Clínica de Oxford destacando la importancia que tiene para un médico, aprender la habilidad de dar malas noticias (18).

En Francia, Azoulay Ricart en 2008, puso de relieve una investigación de los factores asociados a las necesidades de los familiares de recibir información veraz, suficiente y comprensible y que resuelva la información transmitida (19).

En Venezuela, se realizó un curso de comunicación de malas noticias, en 2009, sostenido por la

Organización Nacional de Transplantes de Venezuela y de España para que el proceso de donación de órganos sea comunicado en forma positiva (20).

En Colombia, se ha estudiado desde la psicología del dolor y los cuidados paliativos, el componente objetivo dado por la severidad de las enfermedades crónicas, incapacidades o pérdidas funcionales, con el componente subjetivo, dado por el propio paciente (21).

En Brasil, se estudió la comunicación de malas noticias en el área de ginecología y la atención prenatal, haciendo hincapié en la veracidad de la comunicación (22).

En Chile, se llevó a cabo un taller para estudiantes de quinto y sexto año de la carrera de medicina durante los años 2006 al 2010, basado en tres ejes temáticos: el manejo de situaciones difíciles, la comunicación de malas noticias a pacientes y familiares y el autocuidado del profesional de la salud (23). Actualmente presenta en su plan de estudios, las materias bioéticas y ética clínica y además cuenta con un Centro de Habilidades Clínicas para la formación y evaluación de competencias clínicas con pacientes simulados y un sistema de comunicación audiovisual, que es común a las 8 (ocho) escuelas de grado de la Facultad de Medicina. Realizó el dictado de un título de posgrado llamado: Mindfulness y Habilidades Relacionales (2020/2021/2022), por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la misma facultad, con la finalidad de fortalecer las relaciones humanas y la comunicación entre las personas (profesional de la salud-paciente, profesor-alumno, profesionales entre sí, etc.) (24). Actualmente también lo dicta la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (25). En Perú, se desarrolló un curso de comunicación en situaciones críticas, basado en: el respeto, la autenticidad y la empatía. El objetivo para el receptor de la mala noticia fue la ayuda emocional, y para el profesional, generar habilidades comunicativas. Para ello se valieron de la proyección de películas tales como, “Flor de mi secreto” y “Todo sobre mi madre” (26).

En Asia, más precisamente en Irán, se ha estudiado la comunicación del diagnóstico de cáncer en un grupo de madres, cuyos resultados pueden afectar, de acuerdo a la forma en la que se recibe, interpreta y entiende la información (27).

Volviendo a América, en Uruguay se ha elaborado un manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de medicina del segundo trienio, con el apoyo de la comisión sectorial de enseñanza de la Universidad de la República, en el año 2018 (28).

Como se observa, no sólo en América, sino en el mundo se ha visto que no sólo es importante qué comunicar, es decir tener fundamentos científicos sólidos, en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad sino cómo hacerlo, ya que de ello depende que el paciente y su familia adhieran al tratamiento y sobrelleven la enfermedad de la mejor manera; y para ello es necesario estar formado y preparado, desde las carreras de grado.

En cuanto a las entrevistas, las experiencias significativas que manifestaron los estudiantes avanzados fueron sobre todo aquellas en donde la vida rozaba con la muerte y donde tenían un acercamiento al paciente y su familia. El 77% no tuvo formación de comunicación de noticias al paciente y coincidieron en la necesidad de ser formados en la habilidad de comunicar noticias a los pacientes. Manifestaron necesidad de formación en casi todos los temas sugeridos, sobre todo en Burnout, responsabilidad profesional y pasos sistematizados para realizar una comunicación efectiva.

El Dr. Montori, en su libro “La Rebelión de los pacientes” (2020) describe cómo profesionales y pacientes por igual, han terminado siendo rehenes del mercado que financia el sistema de salud. Según el autor, maximizar el rendimiento financiero, invertido en salud, ha burocratizado el sistema sanitario y “embrutecido” a sus agentes, dejando de lado los fines y la misión de la medicina de aliviar el

sufrimiento humano. Los estándares de desempeño y la innovación científica le han pasado por alto a la calidad de atención en salud. Del mismo modo que la medicina basada en valores, Montori propone una medicina centrada en el paciente para comenzar a rescatar tanto a profesionales como a pacientes de la mirada tecnologizada y deshumanizada de la práctica médica, una medicina basada en los valores del cuidado, la compasión y la solidaridad (29).

Además, la empatía es considerada una de las competencias básicas a adquirir durante la carrera de grado, lo cual se relaciona con una mejor relación médico-paciente, una mejor competencia profesional y menor estrés profesional. Según Ma. del Carmen Vidal y Benito, la empatía ha sido estudiada por la filosofía, la psicología y las neurociencias (30). Desde la filosofía ha sido abordada y estudiada como una condición del ser o del existir humanos que posibilita la relación de unos con otros, la intersubjetividad. Aquí la autora se detiene también a incorporar el estudio sobre la empatía que realizó Edith Stein y con el cual realizó su tesis doctoral publicada parcialmente en 1917. el estudio de la empatía desde la psicología ha sido desde un aspecto afectivo, cognitivo o mixto, que constituye por sí misma una condición para la generación de conductas y actitudes prosociales y fundamental para el desarrollo infantil. Desde este lugar, está muy vinculada a la posibilidad de vivir en sociedad, a la solidaridad, a los valores éticos, a todo aquello que favorece la convivencia y la interacción social. También está asociada a la posibilidad del “nosotros” desde una perspectiva compleja, no como una sumatoria de individuos peculiares. Las neurociencias han observado que la liberación de oxitocina, por ejemplo, está asociada a una adecuada red social, el sentirnos parte de un equipo, el ser con otros. Por todo ello, se habla de empatía como competencia social, es decir, el conjunto de habilidades, destrezas y actitudes necesarias para relacionarse unos con otros y formar grupos sociales. Respecto de la relación médico-paciente, dicha actitud se incluye en la competencia comunicacional y por lo tanto en la competencia clínica. Por lo tanto, se considera que no puede depender de las capacidades naturales del profesional, sino que es una competencia que debe ser enseñada y aprendida (31). Otro autor, Martin Hoffman, psicólogo estadounidense, afirma que el desarrollo moral se caracteriza por el cultivo de un importante afecto moral o empatía. Es más, propone que las raíces de la moralidad se encuentran en la empatía (32). Desarrolla un enfoque multidimensional de la empatía, integrando cuatro dimensiones fundamentales del ser humano:

- Dimensión cognitiva: capacidad racional para comprender y reconocer lo que la otra persona experimenta y siente.
- Dimensión emocional: impacto emocional que una situación experimentada por otro tiene en uno mismo.
- Dimensión motivacional: actitud altruista y compasiva que empuja a una persona a ayudar a otra en sufrimiento.
- Dimensión prosocial: actitud social frente a la circunstancia o sufrimiento del otro.

Sobre la base de estos cuatro componentes, Hoffman demuestra cómo la empatía puede contribuir activamente al desarrollo del comportamiento ético y del juicio moral.

Conclusión

La formación en las habilidades relacionadas a la competencia comunicacional son claves para la relación médico paciente y con su familia. Hay un esfuerzo en trabajar estos recursos pero quizás de manera aislada entre cátedras o espacios curriculares. Es importante la recuperación de los mismos

durante la carrera o en la Práctica Final Obligatoria (P.F.O.) o Práctica Clínica Integrada Supervisada (P.C.I.S.) a los fines de nivelar la formación, ya que no todos cursan en las mismas cátedras u hospitales durante su formación de grado y la experiencia de cursado termina siendo dispar.

Las entrevistas a los estudiantes avanzados, revelaron la necesidad de ser capacitados en esta competencia, especialmente en temas como la subjetividad relacionada con la muerte y los miedos del profesional. En este sentido, la P.C.I.S. es una gran oportunidad para la nivelación y desarrollo de este contenido como así también la posibilidad de ser incorporado a la Simulación Clínica, elevando el nivel académico de los egresados de forma integral.

Agradecimientos: A los alumnos avanzados de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, que tan generosamente colaboraron con las entrevistas de este trabajo.

El autor no declara conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. Molina, Angel C. (1999) *Ética de la Comunicación*, Anales de documentación, N.º 2, 1999, págs. 9-19
2. X. Clèries. (2010) *La esencia de la comunicación en educación médica*, Revisión en formación médica continuada. EDUC MED 2010; 13 (1): 25-31
3. Atienza-Martin, F. *Los Fines de la Medicina* por Daniel Callahan. *Bioética y Ciencias de la Salud* [internet] Vol.8 (1) Enero-Junio 2020. (Basado en Callahan D. y colaboradores. (2004) *Los Fines de la Medicina: El establecimiento de unas prioridades nuevas*, Proyecto internacional del Hastings Center de Nueva York, Traducido y editado por Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas Nº 11, Barcelona.)
4. Kelley, James M. (2007) *Genética Compleja: su influencia en la Biología Molecular y en la enfermedad*, Rev. Méd. Clín. Condes; 18(4): 306-312, oct.
5. Song Wu, Scott Powers, Wei Zhu y Yusuf A. Hannun (2016) *Substantial contribution of extrinsic risk factors to cancer development*, Nature, volumen 529, 43 – 47.
6. Cortina, Adela (2002) *El mundo de los valores: ética mínima y educación* Editorial El Búho. Edición 2, reimpresa.
7. Hans-Martin Sass. (1990) *La Bioética: Fundamentos filosóficos y su aplicación*, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 108 (5-6).
8. Moore P.;GómezG.;KurtzS.;Vargas A. (2010) *La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas?*, Revista Médica de Chile;138:1047-1054.
9. Kurtz SM. (2002) *Doctor patient communication: principles and practices*, Can J Neurol Sci; 29 Suppl 2: S23-9: S23-9.
10. Alves de Lima, Alberto E. (2003) *¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?*, Revista Argentina de Cardiología Vol 71 Nro 3,217-220.
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. (2000) *SPIKES A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, Oncologist;5(4):302-11.
12. Rabow M.W., McPhee S.J. (1999) *Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer*, West J Med. 171(4): 260–263.
13. Manuel de los Reyes López (1997) *La comunicación con el enfermo: consideraciones en la UCIC*, Estudios de bioética / coord. por Lydia Feito Grande. ISBN 84-8155-291-7:155-168
14. Moral, R., Caballero Martínez, F., García, C., Monge, D., Cañas, F., Castaño, P. (2017). *Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina*, Francisco de Vitoria (Madrid). Educación Médica. 18. 10.1016/j.edumed.03.026.
15. Gómez Sancho M. (2006) *Cómo dar las malas noticias en medicina*, Madrid: Arán 3era edición.
16. Alves de Lima, Alberto E. (2003) *¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?*, Revista Argentina de Cardiología Vol 71 Nro 3,217-220.
17. Cacchiarelli San Román N., Musso C.G. (2012) *Enseñando a comunicar malas noticias en medicina. Una experiencia en el Hospital Italiano*, Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. Educación Médica, 32;4: 178-181.

18. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. British medical association [Internet]; (2003). Breaking bad news: specialty register in general surgery Disponible en: www.bma.org.uk/developing-your-career/foundation-training/reallife-advice/breaking-bad-news
19. Ricart, A. (2008) La comunicación en Medicina Intensiva, remi: Libro electrónico de Medicina Intensiva, 3: 264-268
20. Programa Integral Europeo para la Donación de Órganos (edhep), Organización Nacional de Trasplantes (ontv) y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Curso: Comunicación de malas noticias. (2009); Caracas, Venezuela.
21. Payán GC. (2012) Comunicar malas noticias: una tarea difícil pero necesaria, *ciroped*;2(1):35-9
22. Ramos GF, Mirlesse V, Rodríguez BA. (2011) Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2361-7.
23. Bascuñan RM. (2011) Taller de manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y autocuidado del profesional. Evaluación según la percepción de los participantes, *Rev Educ Cienc Salud*; 8(1):31-7.
24. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Diplomado en Mindfulness y Habilidades relacionales Recuperado de <http://www.medicina.uchile.cl/cursos/167058/mindfulness-y-habilidades-relacionales>. Consultado el 15/04/2021.
25. <https://www.psicologia.uc.cl/diplomado-en-mindfulness-y-psicoterapia/> Consultado el 20/04/2023.
26. Zapata L. (2013) Transmitir malas noticias, la efectiva comunicación en el sector salud, *La revista Oficial del DirCom, imagen y comunicación Perú* ;41:11-5.
27. Fereshteh AE, Delaram M. (2014) Giving bad news: a qualitative research exploration, *Iran Red Crescent Med* ;16(6):e81971.
28. Galain A.I., Dapuerto J.J., Varela B. (2018) Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de medicina del segundo trienio, Comisión Sectorial de Enseñanza. Universidad de la República. Uruguay.
29. Montori V. (2020) La rebelión de los pacientes Antoni Bosch Editor 1era edición.
30. Vidal y Benito, Ma del Carmen (2014) La empatía en la consulta: un recorrido desde la filosofía a las neurociencias, Editorial Polemos Argentina
31. Solis, E.G. (2015) La empatía en la medicina, *Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*; 62(4):204-205.
32. Hoffman, M. L. (2000) *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*: New York, United States of America: Cambridge University Press.

Datos de Autor

Título

Importancia de las habilidades comunicacionales como parte de las competencias clínicas a desarrollar en el perfil del egresado en ciencias de la salud

Autores

Bustamante MF¹,

Villalonga MI²,

Antuña AM³

¹Cátedra de Bioquímica y Biología Molecular. Centro Piloto de Detección de Errores Moleculares (CePiDEM). Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. Facultad de Ciencias Médicas UNC

²Hospital Provincial Florencio Díaz, Córdoba

³Práctica Clínica Integrada Supervisada. Facultad de Ciencias Médicas UNC

Autor para correspondencia: Bustamante María Fernanda

mariafernandabustamante@fcm.unc.edu.ar