



ARTÍCULO ESPECIAL

Barreras culturales y psicológicas en la relación clínica y educativa en estudiantes y residentes de medicina españoles (II)



Roger Ruiz Moral^{a,b}

^a Escuela de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

^b IMIBIC, Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 11 de febrero de 2019; aceptado el 22 de febrero de 2019

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2019

PALABRAS CLAVE

Relación médico-paciente;
Aprendizaje experiencial;
Educación médica;
Metacognición;
Habilidades comunicativas;
Barreras culturales

KEYWORDS

Physician-patient relationship;
Experiential learning;
Medical education;
Metacognition;
Communication skills;
Cultural barriers

Resumen Empatizar, negociar, tomar decisiones compartidas o informar a los pacientes, representan habilidades comunicativas importantes tanto para la relación médico-paciente como para el aprendizaje mediante estrategias educativas experienciales y significativas. Estas habilidades requieren una monitorización constante de la interacción, favoreciendo la adquisición de una perspectiva más amplia que permite una comprensión más profunda de uno mismo y del otro. Sin embargo, en nuestro contexto cultural, muchos estudiantes y residentes presentan dificultades importantes para el desarrollo de este tipo de habilidades metacognitivas, lo que repercute en la asunción y el aprendizaje de una práctica clínica centrada en la persona de posibles consecuencias futuras. El autor utiliza su experiencia de más de 25 años en contextos clínicos y educativos para ejemplificar algunas de estas dificultades, a la vez que destaca el papel que algunos condicionantes culturales y psicológicos pueden tener en su desarrollo. Este es el segundo de 2 artículos.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cultural and psychological barriers in clinical and educational relationship in Spanish students and residents (II)

Abstract Empathize, negotiate, shared decisions making or inform patients, represent important communication skills both for the doctor-patient relationship and for learning through experiential and significant educational strategies since they need a constant monitoring of the interaction, they favour the acquisition of a broader perspective that allows a deeper understanding of oneself and the other. However, in our cultural context, many students and residents present important difficulties for the development of this type of metacognitive skills, which

Correo electrónico: r.ruiz.prof@ufv.es

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.005>

1575-1813/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

affects the assumption and learning of a person centered in clinical practice with possible future consequences. The author uses his experience of more than 25 years in both clinical and educational contexts to exemplify some of these difficulties while highlighting the role that some cultural and psychological factors may have in their development. This paper is the second of two.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En una primera parte se abordaron algunos de los principales problemas que experimentan aprendices (estudiantes y residentes) y médicos en contextos clínicos y educativos para desarrollar las habilidades comunicativas necesarias para empatizar. En esta segunda parte se hace lo propio con las habilidades para negociar y capacitar a los pacientes. Estas habilidades reflejarían, por un lado, las dificultades para reflexionar y adquirir perspectiva (2 capacidades metacognitivas que facilitan la comprensión profunda de uno mismo y del otro —paciente/familia—) y, por otro, la monitorización de la interacción clínica, a su vez, esencial para desarrollar con éxito las tareas propias de la práctica clínica. Aquí se argumentará también la influencia que factores culturales y psicológicos puedan tener en ello.

Metodología

Este trabajo toma como base la experiencia del autor desde el año 1993 en labores docentes con residentes, tutores y clínicos así como con estudiantes de medicina en la comunicación y relación médico-paciente y utiliza información publicada por él mismo o procedente de notas de campo tomadas a lo largo de estos años, en la variedad de ámbitos educativos señalados, la mayoría de ellas organizadas y revisadas tanto por el autor como por otros colegas docentes clínicos en este ámbito. Por razones editoriales, el trabajo se presenta en 2 artículos.

Resultados y discusión

Negociar y compartir decisiones

Aunque antes no era tan habitual, en las sociedades occidentales cada vez es más frecuente que el paciente adquiera responsabilidad sobre su proceso médico: lo que puede hacerse o lo que puede irle bien en sus circunstancias particulares y, cada vez más a menudo, lo expone espontáneamente al médico, incluso con opciones diferentes a las propuestas por este, lo que exige acuerdos. Los términos de negociación y toma de decisiones compartidas representan en este contexto estrategias comunicativas de primer orden que requieren que el médico reconozca el grado de conocimiento y la perspectiva del paciente con relación a la suya propia para alcanzar compromisos mutuos.

Frecuentemente los médicos jóvenes y los estudiantes se sorprenden ante la disconformidad o las resistencias de los pacientes para llevar a cabo las recomendaciones que les proponen. En el transcurso de la entrevista, generalmente estas discrepancias suelen ser vividas por muchos de ellos como una especie de agresión a su supuesto rol de médicos, con sentimientos que ellos interpretan como menosprecio o minusvaloración que, siguiendo la línea interpretativa antes empleada, también aquí podrían ser vistos como ataques a su «dignidad», «amor propio» u «honor». Esto genera tanto la aparición de sentimientos negativos hacia el paciente como de actitudes defensivas, que se manifiestan en la interacción clínica de diferentes formas. Quizás la característica más común sea la de anclarse en su posición para defenderla frente a la del paciente, lo que dificulta una exploración de la perspectiva del paciente sobre el asunto discrepante que les lleve a entender su punto de vista y que, eventualmente, les pueda ofrecer a ellos mismos nuevas perspectivas sobre las que alcanzar acuerdos. Así, sus esfuerzos se centran frecuentemente en tratar de convencer o persuadir al paciente para hacer lo que ellos le proponen, manteniendo un pulso dialéctico en el que suelen sucederse respuestas justificativas de las posturas dispares en litigio y que acabará o bien mediante su cesión ante la demanda del paciente (con la sensación doblemente amarga de haber mantenido un enfrentamiento incomprensible y de acabar «derrotado») o bien imponiéndole su criterio de forma más o menos brusca (aquí más con la amargura del enfrentamiento mantenido con el paciente). La viñeta 1 (tabla 1) muestra un ejemplo real del desarrollo de esta fase.

Esa percepción de dignidad u honor herido también puede reflejar en gran medida cómo opera en ellos otro constructo social importante en el ámbito relacional: el de la «autoridad». Dos aspectos podrían sustentar aquí la idea del médico como autoridad. El primero es la figura del médico «paternalista» y de una relación médico-paciente derivada de esta que característicamente supone la asunción de que el médico posee el conocimiento disponible y necesario para el beneficio del paciente y la obligación de ejercerlo en este sentido, lo que conlleva un desequilibrio de la relación al otorgar el poder al médico¹⁻³. Se trata de un modelo de relación que ha existido durante años en la medicina occidental y que, a pesar de los cambios producidos en los últimos decenios, seguiría operando en el inconsciente colectivo de la profesión y, por lo tanto, en sus aprendices⁴. El segundo, relacionado sin duda con el anterior, pero con sus propios matices, tiene que ver con la idea de que el médico debe expresar autoridad para que se le considere

Tabla 1 Viñeta 1. Un residente de 2.º año y un paciente real (II)*Después de la exploración*

R: Ahora mismo del pecho está bien, no le noto nada raro... , no hay signos de que haya una bronquitis, ni mucho menos una neumonía.

P: ¿Sí?...pues yo...

R: ...Por todo lo que me ha contado creo que puede ser una gripe, así que le voy a poner tratamiento para la gripe.

P: ...Pues yo creo que gripe no tengo (moviendo negativamente la cabeza).

R: ¿No?

P: No porque yo, es una tos como si tuviera ahí algo dentro, el pecho bien agarrado, como algo que se me sale...

R: Ahh (sorprendido).

P: Pero bueno, no sé...

R: ...Le voy a poner un tratamiento para la gripe..., si usted ve que en un par de días no mejora se viene por aquí.

P: ¿Y no cree usted que sería mejor hacerme una radiografía?

R: Ahora mismo no lo creo necesario, ya le he dicho que no le he notado nada cuando le he auscultado el pecho.

P: Ya..., pero es que como estoy tan...

R: Es normal que con una gripe usted esté como está... Como le he dicho, le voy a poner tratamiento y si no mejora en 2 o 3 días pues se pasa otra vez por aquí..., ¿vale?

P:...

un buen médico. En escenarios docentes, especialmente con residentes, estos esquemas de pensamiento se revelan en la frustración que les provocan algunos comentarios de pacientes dirigidos a ellos cuando se encuentran pasando la consulta: «Niña, ¿cuando viene el médico?», «Vaya no sabía que eras médico, como te veo tan jovencito», «Ahh no está hoy..., bueno pues volveré otro día» o estos otros comentarios de ellos: «en la consulta cuando está el tutor, los pacientes ni me miran», «creo que en muchas ocasiones los pacientes se aprovechan de mí». Todos reflejan sentimientos de minusvaloración por la aparente falta de credibilidad y de autoridad que, supuestamente, les otorgan los pacientes.

Por otra parte, existe evidencia empírica de que las nuevas generaciones de estudiantes tienen diferentes perspectivas sobre el mundo, producto sobre todo de los cambios culturales y educativos que se han producido en los últimos decenios en el sentido de priorizar al individuo frente a lo colectivo. Twenge^{5,6} ha denominado a las generaciones posteriores a 1980 como «Generación Yo» y, analizando la evolución de escalas psicológicas validadas a lo largo de los años (mediante metaanálisis *cross-temporal*) concluye que rasgos como el tener unas expectativas irrealmente altas, la idea de «tener derecho a todo» o actitudes egocéntricas y narcisistas, entre otros, predominan en estas generaciones en mayor medida que en las anteriores. Unas expectativas irrealmente altas llevan a actitudes de excesiva confianza en uno mismo que suponen barreras para reconocer cuándo uno no hace las cosas bien, cuándo necesita mejorar o simplemente admitir que el «otro» puede llevar también una

parte de razón, lo que representa un grave inconveniente para el desarrollo exitoso de escenarios de negociación.

En la misma dirección apuntarían las actitudes narcisistas y el sentirse «con derechos». El narcisismo es corrosivo en el ámbito de las relaciones humanas: los narcisistas carecen de empatía y suelen responder con emociones negativas y con enfrentamiento cuando se les desafía en sus convicciones. Los escenarios de negociación exigen del médico que adopte posturas abiertas de igualdad frente al paciente (yo gano-tú ganas) difíciles de asumir por un narcisista.

La perspectiva sobre el desequilibrio de poder en la relación médico-paciente se manifiesta también en el ámbito de la enseñanza. A pesar de todas las críticas que en los últimos años se vienen haciendo hacia modelos educativos directivos o tradicionales, basados en el profesor, como las clases o las conferencias, he podido observar que, comparado con otros contextos culturales, sobre todo en la Europa del Norte y los Estados Unidos, en el nuestro los estudiantes, residentes y médicos se muestran incómodos con las actividades docentes planteadas con una orientación experiencial o participativa, como seminarios o talleres interactivos. Así, la conducta de los estudiantes y residentes en estos suele ser inhibida, se muestran extremadamente silenciosos y poco participativos, y no es infrecuente que manifiesten una clara animadversión o incomodidad con estas actividades; en ocasiones se muestran desafiantes e incluso obstruccionistas. En mi experiencia, compartida con Epstein y Borrell⁷, hemos podido observar que, aunque estas actitudes parecen mejorar conforme el aprendiz adquiere experiencia clínica —en el sentido de mostrarse más abierto, participativo y proclive a valorar las experiencias que otros compañeros en su mismo nivel no experto puedan mostrar o aportar en estos foros—, se mantienen en niveles inferiores a las que muestran colegas de otros países.

En la escuela de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria enseñamos comunicación clínica utilizando estrategias docentes interactivas y experienciales⁸; entre ellas, sesiones con grupos reducidos de estudiantes de 3.º y 4.º de medicina: después de realizar las entrevistas con pacientes simulados ante el resto de sus compañeros, reciben *feedback* sobre sus actuaciones en función de los objetivos docentes planteados. Estas actividades están diseñadas con una metodología docente basada en el «descubrimiento» y en la progresión en la adquisición de habilidades en función del ritmo de aprendizaje que los alumnos pueden mantener, por lo que el profesor facilitador evita ejemplificar un estilo de «entrevista tipo» y trata, mediante la participación de todos los asistentes, de ir construyendo y mostrando la eficacia o no de ciertas habilidades comunicativas⁹. Este tipo de métodos docentes interactivos parece que promueve un pensamiento crítico¹⁰. En relación con las actitudes de inhibición de los estudiantes antes comentadas, en estos grupos la mayor dificultad declarada por los profesores facilitadores para el manejo de los grupos fue conseguir que los alumnos participaran, primero, entrevistando a un paciente simulado y, después, aportando sus propias ideas y opiniones con relación a lo que se había hecho en la entrevista y ofreciendo posibles alternativas. En grupos focales mantenidos con los alumnos respecto a estas experiencias, un número importante de ellos hacían este tipo de afirmaciones: «Tú estás en la habitación aislada y en la otra sala hay 12 personas

observándote, y yo me digo si estoy observando "mira, esta lo ha hecho mal", entonces también me pongo en el lugar de la que está dentro», o «la falta de participación es por vergüenza, igual que para otros compañeros con los que he hablado»¹¹. Comentarios como estos revelan el papel del pudor o el temor a hacer algo incorrecto o erróneo delante de los compañeros. Esto representaría una barrera mayor para una implicación constructiva y creativa del alumno, lo que dificulta que adquiera una perspectiva sobre su propio comportamiento que le permita la oportunidad de experimentar para, con la ayuda de un *feedback* constructivo, modular su acción en el sentido deseado por él mismo y, a la vez, para avanzar en su aprendizaje y autoconocimiento.

Con relación a la visión de autoridad, en estos grupos focales otro tipo frecuente de comentarios fueron los siguientes: «Hacerlo con el paciente simulado me parece genial, él (el profesor) nos dice como 2 pautas y nos dice que salgamos... pero es mejor que salga él primero y veamos cómo lo hace para así aprender»; sin embargo, otra opuesta: «Yo creo que si lo hiciese desde el principio la gente se limitaría a hacer una copia de lo que él hace; de esta forma es más creativo y auténtico»¹¹. Para los alumnos que prefieren que el profesor les diga «lo que tienen que hacer y cómo hacerlo» es muy probable que la figura de este o del experto sea la de alguien que posee un mayor conocimiento o experiencia que el resto, de quien se espera que convenza a los participantes o, simplemente, que les marque las pautas de comportamiento comunicativo con el paciente. Es como si para ellos el profesor tuviera que asumir una posición de superioridad y anticipar una demostración de su conocimiento y autoridad para así «convencer» y llegar realmente al alumno. En escenarios docentes muy similares a estos, Borrell ha observado igualmente que los estudiantes piden patrones claros y demostrativos, de suerte que al final creyeron que era más efectivo ofrecerles ejemplos a modo de estándares. A juicio de este autor, esto motivaba a los alumnos y les hacía ver que los profesores quedaban más legitimados (comunicación personal de F. Borrell al autor).

Resaltamos el impacto negativo que este tipo de actividades docentes experienciales e interactivas en el ámbito de la enseñanza y aprendizaje de la comunicación asistencial pueden llegar a tener en las actitudes de los alumnos, e incluso en su aceptación de estilos de relación centrados en el paciente. En relación con dicho impacto, resulta interesante nuestra observación de unas actitudes más negativas en aquellos estudiantes que habían experimentado este tipo de aprendizaje frente a los que aún no lo habían hecho¹². Otros autores han comunicado hallazgos similares a los nuestros en contextos culturales no mediterráneos (Noruega y Holanda)^{13,14}. Además de las razones culturales apuntadas, los aspectos psicológicos pueden desempeñar aquí también un papel importante. Como muestran las investigaciones psicológicas de Twenge, conforme los jóvenes se sienten (falsamente) más «empoderados» «con más derechos», tienden a demandar mejores calificaciones y niveles por menos esfuerzo⁵. Las experiencias educativas previas de nuestros alumnos en el bachiller no parecen prepararles para el duro trabajo y los desafíos que una carrera y una profesión como la medicina exigen. El sistema educativo español de los últimos años refleja muy bien esa deriva: una de las características más representativas y más criticadas de la LOGSE ha sido la de priorizar la promoción de los alumnos

con independencia del resultado obtenido en las pruebas para, supuestamente, así evitar las diferencias y frustraciones entre ellos. De esta forma, las actitudes y expectativas de los alumnos se han convertido en una de las principales barreras para la implementación de estrategias de aprendizaje activas¹⁵. Los alumnos rechazan los métodos docentes tradicionales, prefieren los mensajes escuetos, el uso de juegos en clase (gamificación, clases inversas...), de vídeos y materiales docentes esquemáticos, pero con el objetivo de disponer de más tiempo para ocio⁶ y de que se les facilite la memorización para superar los exámenes¹⁶. Así, estas estrategias se convierten en estrategias del tipo *spoon feeding* («dárselo mascado») que no promueven el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo *per se*. Para adquirirlo, las estrategias deben acompañarse de un intenso trabajo de reflexión, interpretación y aplicación a problemas concretos que ayuden a entender el significado profundo de las tareas (lo que se conceptualiza como «ciclo de aprendizaje activo o experiencial»). Estas actitudes están limitando las exigencias hechas por los profesores y directores académicos a los alumnos y los disuaden del uso de estas metodologías¹⁵. En medicina, donde los contenidos que debe incorporar un alumno son muy extensos y diversificados y donde las consecuencias de no ser competente son peligrosas, esto es particularmente inadecuado.

Finalmente, en el ámbito de la comunicación clínica es interesante apuntar también la posible influencia que en todo esto ejercen las ideas de una gran parte de los alumnos sobre qué es la comunicación y la posibilidad de que pueda enseñarse. En este sentido, muchos de ellos muestran fuerte resistencia a cambiar sus prejuicios al respecto¹¹. Estos prejuicios son los tradicionalmente existentes en un contexto cultural dominado por la ciencia objetiva, que hace que la comunicación sea considerada como algo subjetivo, secundario, de menor importancia y con menos implicaciones que el conocimiento «objetivo» proporcionado por la ciencia. Así, las habilidades comunicativas no son consideradas como algo «evaluable», a la vez que consideran estas como algo «innato», que depende del carácter de la persona y que no puede ser modificado, al menos de una manera sustancial y efectiva, o bien que se va aprendiendo «con la vida». Los mensajes individualistas y centrados en uno mismo con los que se ha bombardeado a estas generaciones del tipo «sé siempre tú mismo», «confía en ti mismo y nada será imposible», «antes que querer a los demás, quíete a ti mismo», «lo importante es como tú te veas y no cómo te vean los demás» pueden contribuir también a ello mediante el desarrollo de rasgos como los antes descritos, que les llevarían a elevar su autoconfianza y a hacerles sentirse falsamente competentes (sin reconocer que pueden mejorar su estilo comunicativo y con dificultades para admitir sus limitaciones). Esto queda revelado en comentarios del tipo siguiente: «Es que la fisio es objetiva, y esto es subjetivo» o «Cuando alguien tiene don de gentes se nota. Es verdad que hay cosas que se pueden aprender... pero de base llevamos algo. Teóricamente solo se pueden dar muletilas, pero la base la tenemos», o «cada uno tiene su estilo propio: hay gente más cercana y otra que es más distante; al final es la forma de ser las personas». Rasgos estos que dificultan también el desarrollo de hábitos como los propios de «mente abierta», de «curiosidad» o la «perspectiva

crítica» necesarios para poner en tela de juicio sus prejuicios¹⁷.

Ofrecer información

Por último, muy relacionada con lo anterior se encuentra la forma en la que los médicos ofrecen la información. Desde un enfoque centrado en el paciente, a la fase de ofrecer información se la denomina «capacitación» o sencillamente de «ayuda» al paciente a entender y a implicarse¹⁸. Eso quiere decir que el acto de informar no significa ofrecer algo de forma pasiva al paciente para su uso y beneficio, sino colaborar con él para capacitarlo en su comprensión y afrontamiento de su enfermedad. La observación de las entrevistas de estudiantes y residentes en estas fases llama la atención por un predominio del tiempo en el que estos hablan, ofreciendo una información que puede ir desde la parquedad al apabullamiento del paciente, pero que se caracteriza en ambos casos por un flujo unidireccional que va desde el informador hacia el paciente y por una escasa atención al lenguaje utilizado, que en muchos casos utiliza términos médicos de difícil comprensión. Los estudiantes y residentes suelen, de entrada, asumir una responsabilidad exclusiva en esta fase y prejuzgan el nivel de conocimiento del paciente sobre el tema. La primera asunción podría explicarse también por incorporar pasivamente la dinámica de la fase informativa de la entrevista de los modelos paternalistas tradicionales, en los que el momento de ofrecer la información es visto como una fase de la entrevista en la que el paciente tiene poco que decir y es el médico el que tiene la prioridad absoluta. La segunda asunción puede explicarse por el llamado «efecto de falso consenso». Este efecto se da cuando usamos nuestro propio conocimiento como base para inferir el conocimiento de la otra persona. Así, cuando no tenemos ese conocimiento tendemos a pensar que los otros tampoco lo tienen y, a la vez, sobrestimemos el conocimiento de los otros cuando nosotros lo tenemos^{19,20}. El impacto que este efecto del falso consenso tiene en medicina es importante, pues lo que el médico conoce suele ser muy diferente de lo que conoce el paciente, y viceversa (lo que el paciente conoce de su vida, que suele ser clave para aplicar las medidas terapéuticas y que precisa de una exploración activa del médico para adaptar el plan). De esta manera, adquirir perspectiva en este ámbito exige que el estudiante incorpore unas habilidades para dar información que supongan monitorizar el tipo de lenguaje que utiliza, la cantidad de información que ofrece, para continuamente comprobar la comprensión.

Conclusiones

Los estudiantes y residentes españoles de medicina presentan una serie de dificultades a la hora de desarrollar habilidades comunicativas como empatizar, negociar, tomar decisiones compartidas o informar a los pacientes, todas ellas de gran transcendencia para el desarrollo de las tareas propias de un clínico, como son el establecer una relación de confianza con los pacientes, diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades. Estas habilidades tienen en común la necesidad de reconocer y reforzar la perspectiva del paciente frente a la suya propia y pueden considerarse como

habilidades metacognitivas, ya que favorecen una comprensión más profunda de uno mismo y del otro, además de la monitorización constante de la interacción. Las dificultades para desarrollar este tipo de habilidades se observan en contextos tanto clínicos como educativos y parecen influidas por factores de naturaleza cultural como son los constructos propios de nuestra cultura mediterránea del «pudor», entendido como la vergüenza experimentada ante una acción que es considerada incorrecta socialmente; el «honor» en su significado de virtud y posición social y la importancia de intentar dar la cara y de defender la autoimagen, que refuerzan una tendencia en estudiantes y residentes tanto a suprimir la expresión directa de sus emociones como a evitar su manifestación por parte de los pacientes. Otro factor de tipo cultural es una concepción de la «autoridad» como posición social que implica superioridad frente al otro y que exige demostración de un conocimiento y experiencia mayores y mejores para que así sea aceptada y se legitime al profesor. Algunos rasgos psicológicos predominantes en las generaciones más jóvenes como el tener unas expectativas irrealmente altas, la idea de «tener derecho a todo» o actitudes egocéntricas y narcisistas pueden también representar barreras inconscientes para el desarrollo de este tipo de habilidades.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Francesc Borrell Carrió por su revisión crítica y sus sugerencias al manuscrito.

Bibliografía

1. Ruiz Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: A study on the observed behaviours and the ways their patients perceive them. *Pat Edu Couns*. 2006;64:242-8.
2. Koeck C. Imbalance of power between patients and doctors. *BMJ*. 2014;349:7485.
3. Nimmon L, Stenforde-Hayes T. The «handling» of power in the physician-patient encounter: Perceptions from experienced physicians. *BMC Med Edu*. 2016;16:114.
4. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267:2221-6.
5. Twenge JM. *Generation Me: Why today's young Americans are more confident, assertive, entitled –and more miserable than ever before?* Nueva York: Free Press; 2006.
6. Twenge JM. Generational changes and their impact in the classroom: Teaching Generation Me. *Acad Med*. 2009;43:398-405.
7. Epstein RM, Borrell Carrió F. Pudor, honor, and autoridad: The evolving patient-physician relationship in Spain. *Pat Edu Couns*. 2001;45:51-7.
8. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*. 1999;21:563-70.
9. Ruiz Moral R, Caballero F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina: La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Edu Med*. 2017;18:289-97.

10. Nold H. Using critical thinking teaching methods to increase student success: An action research project. *Int J Teach Learn in High Educ.* 2017;29:17–32.
11. Ruiz Moral R, Garcia de Leonardo C, Caballero F, Monge D. Medical students' perceptions towards communication skills learning after two years of an experiential training programme: A qualitative study with focus groups. *Int J Med Educ.* 2018;10:90–7.
12. Ruiz Moral R, Garcia de Leonardo C, Caballero F, Monge D. Medical students' attitudes towards communication skills learning: comparison between two groups with/without training. *Adv Med Educ Pract.* 2019;10:1–7.
13. Anvik T, Grimstad H, Baerheim A, Bernt Fasmer O, Gude T, Hjortdahl P. Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills—a nationwide cross-sectional study. *Med Teach.* 2008;30:272–9.
14. Bombeke K, van Roosbroeck S, de Winter B, Debaene L, Schol S, van Hal G, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns.* 2011;84:310–8.
15. DaRosa DA, Skeff K, Friedland JA, Coburn M, Cox S, Pollart S, et al. Barriers to effective teaching. *Acad Med.* 2011;86:453–9.
16. Shell R. Perceived barriers to teaching for critical thinking by BSN nursing faculty. *Nurs Health Care Perspec.* 2001;22:286–91.
17. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA.* 1999;282:833–9.
18. Ruiz Moral R. *Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica.* Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2014.
19. Ross L, Greene D, House P. The «false consensus effect»: An egocentric bias in social perception and attribution processes. *J Exper Soc Psychol.* 1976;13:279–301.
20. Nickerson RS, Baddeley A, Freeman B. Are people estimates of what other people know influenced by what they themselves know? *Acta Psychologica.* 1987;64:245–59.