



Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



Comunicación clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (*núcleo curricular*) enseñar

Roger Ruiz Moral, Cristina García de Leonardo y Fernando Caballero Martínez

Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Comunicación
médico-paciente
Currículum
Estudios de Medicina
Habilidades
comunicativas
Competencias clínicas

Resumen La comunicación clínica (CC) es hoy en día reconocida como una competencia fundamental que debe poseer el médico, y no solamente por ser la más utilizada por el clínico, sino porque en su contexto se despliegan el resto de competencias clínicas. Además, las evidencias científicas muestran que una CC de calidad se relaciona con importantes resultados en la asistencia y hoy en día supone un fin en sí misma. La CC no es algo que se adquiera por la simple experiencia, sino que debe y puede enseñarse. Para ello los métodos docentes que se han mostrado más eficaces son los denominados *experienciales*, que incorporan el *feedback*, la repetición y la reflexión tras encuentros con pacientes reales o simulados, con profesores preparados y de manera continuada a lo largo de todo el currículum. El consenso LAPS_CCC sobre un “núcleo curricular de habilidades comunicativas” recientemente alcanzado por 46 expertos de Iberoamérica, España y Portugal representa una propuesta sobre los contenidos a enseñar en los estudios de Medicina para estos países y es útil para orientar la incorporación de la CC en sus facultades de medicina de una forma homogénea y realista.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Physician-patient
communication
Curriculum
Undergraduate
medical studies
Communication skills
Clinical competencies

Clinical communication: why, how, when and what (*“Curricular nucleus”*) to teach

Summary Clinical Communication (CC) is nowadays recognized as a key competence that every physician should have and not only because it is the most used by the clinician but because other clinical skills are practiced through it. We also have enough evidence showing that a communication of quality is related to important outcomes of care and, at present, the western society considers good communication an end by itself. The CC is not something that is acquired only by experience but should and can be taught. Teaching methods that have proven to be most effective are those “experientials”, i.e., incorporating feedback, rehearsal and reflection after encounters with actual or simulated patients, with trained teachers and throughout the entire curriculum. The LAPS_CCC consensus on a “*core curriculum of communication skills*” recently reached among 46 experts from Latin America, Spain and Portugal, represents a proposal on contents to be taught in medical studies in the context of these countries and it is useful to guide the incorporation of the CC in their medical schools in a homogeneous and realistic way.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en su informe *Crossing the Quality Chasm* del año 2001, identificaba la atención clínica centrada en el paciente como uno de los seis principales elementos que definen una atención clínica de calidad¹. El informe definía este tipo de atención como: “respetar y responder a los deseos de los pacientes, sus necesidades y preferencias, de forma que ellos puedan tomar las mejores decisiones sobre su salud y cuidados, y las más adaptadas a sus circunstancias individuales”. Llevar esto a la práctica no significa, sin embargo, darle al paciente lo que quiera y cuando quiera. No es simplemente ser amable, cortés y honesto con los pacientes. Es de hecho un proceso bastante sofisticado en el que la relación y comunicación representa un componente esencial que requiere practicarse de forma excelente. La importancia de este enfoque de la práctica clínica y de la comunicación como herramienta clave fue resaltada ya entre nosotros por figuras como Pedro Laín Entralgo, que acuñó el término “personalización de la medicina”², y Juan Rof Carballo, que resaltó la comunicación como la esencia de la práctica clínica³. Así, la comunicación se considera ya, junto al conocimiento, la exploración física y la resolución de problemas, como una de las competencias horizontales de la medicina y no solo porque es la herramienta más usada por el clínico a lo largo de su carrera (entre 300.000 y 400.000 entrevistas), sino porque es en el contexto de la comunicación donde aplicamos el resto de las competencias. Desde el punto de vista educativo, la comunicación ha dejado hoy en día de ser una opción educativa extra.

¿Por qué enseñar comunicación clínica?

Lo anterior es una buena razón para justificar la enseñanza de la comunicación clínica, sin embargo, además, la evidencia científica acumulada en estos últimos años demuestra que los médicos sin formación específica tienen problemas a la hora de comunicar con sus pacientes y familias. En un estudio realizado en España con 27 especialistas hospitalarios y 257 pacientes, la mayoría de los especialistas utilizaron un estilo de interacción paternalista-directivo sin atender ni responder a los sentimientos y las emociones de sus pacientes, y sin explorar sus expectativas o aspectos distintos a los biomédicos⁴. En este estudio, menos de uno de cada cuatro médicos dio al paciente la oportunidad de participar en las decisiones. Los pacientes diferenciaron a buenos de malos comunicadores y estaban más satisfechos de sus encuentros con los primeros. Aspectos comunicativos habitualmente considerados deficitarios en los médicos tienen que ver con su capacidad para escuchar, ser empáticos, ofrecer información adaptada al paciente y comprensible para él o no involucrarlo en las decisiones en la medida que así lo desee⁵⁻⁷. Igualmente, los médicos declaran tener dificultades para afrontar situaciones comunicativas delicadas, como dar malas noticias⁸, y muchos de los problemas que surgen al trabajar en equipo están relacionados con problemas comunicativos⁹, lo que afecta a la seguridad del paciente y es una de las causas principales de que los médicos reciban reclamaciones o sean denunciados¹⁰.

Por otra parte, se ha comprobado que intervenciones para mejorar la comunicación asistencial tienen una repercusión positiva en diferentes resultados relevantes de la asisten-

cia. Así, una mejor comunicación mejora la efectividad diagnóstica y terapéutica del médico en diferentes problemas clínicos, especialmente en pacientes crónicos y con cáncer; aumenta el conocimiento y la capacitación del paciente para afrontar sus problemas de salud; incrementa las tasas de adherencia terapéutica; y hace que los pacientes se sientan más satisfechos tras las consultas¹¹⁻¹⁴. La comunicación de calidad repercute también positivamente en la sostenibilidad y rentabilidad del sistema sanitario: diferentes estudios demuestran que distintos aspectos comunicativos influyen en la reducción del número de pruebas diagnósticas que los médicos hacen, de reconsultas por el mismo proceso y de derivaciones; pero también en el tiempo dedicado por el profesional al paciente, especialmente cuando se considera la unidad de medida no una consulta aislada sino el proceso médico en su conjunto^{12,14,15}. Finalmente, la seguridad del paciente mejora si se emplean ciertas estrategias comunicativas. Esto repercute en el número y tipo de quejas y demandas a los médicos¹⁰, produce mayor bienestar en estos últimos y menos sensación de *burnout*¹⁶.

Ante este tipo de evidencias la medicina no puede ignorar por más tiempo la importancia de que una comunicación clínica efectiva suponga una atención sanitaria de mayor calidad. Además, existe actualmente la convicción por parte de la mayoría de los trabajadores sanitarios e instituciones profesionales y de la sociedad civil de que comunicar de forma adecuada con los pacientes es una cuestión ética y moral de primer orden y que, por sí misma, es intrínsecamente correcta.

¿Puede enseñarse la comunicación clínica? Cómo y cuándo

A pesar de su importancia, todavía hay muchos que consideran la comunicación como algo que depende del carácter y de la experiencia pasiva: algo que no puede adquirirse mediante la formación. Aunque es cierto que la comunicación es parte del arte de la medicina, lo es en la misma medida que el resto de las competencias y, como estas, no se aprende con la experiencia. Aspegren¹⁷ observó que estudiantes y residentes en su último año, y sin formación en comunicación, tenían similares competencias comunicativas para la conversación social, pero carecían de habilidades para detectar las preocupaciones de los pacientes, para estructurar la conversación o para hacerles participar en las decisiones sin forzarles. Estas habilidades no se aprendieron tras más de 10 años de trabajo clínico y enseñanza específica. Estas observaciones concuerdan con la teoría de la práctica deliberada de Ericsson: estudiando a expertos de diferentes campos, dismanteló el mito de que los expertos en una práctica concreta (o profesión) tienen talentos innatos fuera de lo común¹⁸. En cambio, este psicólogo descubrió que los expertos alcanzan su máximo rendimiento practicando de una determinada manera. Este esfuerzo se caracteriza por desmenuzar las habilidades requeridas en partes más pequeñas y practicar estas partes en repetidas ocasiones. Entre práctica y práctica, los expertos obtienen *feedback* y reflexionan sobre su propio rendimiento, lo que les orienta y guía para su posterior aplicación. Los trabajos de Ericsson ofrecen una teoría que permite comprender el hecho de que la mera práctica de las habilidades (incluyendo la comuni-

cación) lleva al estancamiento, y que solo la práctica deliberada puede mejorar las habilidades.

Disponemos también actualmente de abundante evidencia sobre el efecto positivo de una enseñanza adecuada de la comunicación. Se ha comprobado que puede beneficiar a estudiantes y a residentes, a médicos jóvenes y a mayores (en el contexto de la formación médica continuada) y, por igual, a especialistas y generalistas. Como cualquier otra habilidad clínica, el aprendizaje de la comunicación requiere práctica y *feedback*. No obstante, a diferencia del resto de habilidades clínicas, las comunicativas requieren atención a las reacciones emocionales de los médicos, además de a los aspectos cognitivos^{19,20}. Las clases magistrales no son la mejor herramienta para su enseñanza. Por el contrario, la observación dirigida y la práctica real o simulada representan métodos de enseñanza imprescindibles. El uso de pacientes simulados y la grabación en video o audio son elementos docentes que permiten esta observación dirigida, también la práctica repetida (ensayo) tras haber recibido *feedback* sobre la propia actuación, así como la discusión y la reflexión sobre esta en grupos pequeños o 1:1²¹⁻²³. En la mayoría de las universidades en las que se ha introducido esta enseñanza en España se ha hecho en los primeros años del grado, como un curso o como parte de una asignatura²⁴. Sin embargo, es cuando su enseñanza se ofrece de manera longitudinal a lo largo de todo el currículum, integrada con otras habilidades y competencias clínicas, cuando los alumnos tienen contacto clínico y cuando es impartida por profesores preparados, cuando esta enseñanza se ha mostrado efectiva²¹.

¿Qué hay que enseñar sobre la comunicación clínica? Propuesta LAPS_CCC sobre un *core curriculum* en comunicación

En este momento existen ya una serie de documentos que definen las buenas prácticas en materia de relación médico-paciente y que, a su vez, son útiles en la planificación y el desarrollo de los programas formativos y de evaluación que en esta materia puedan plantearse²⁵⁻²⁸. En los últimos años, además, se han publicado en Canadá, Reino Unido, Alemania y en el conjunto de Europa iniciativas en este sentido, de contenido y alcance diferentes, pero todas ellas orientadas a la clarificación de los contenidos comunicativos a enseñar. Casi todas ellas han sido realizadas por consenso entre expertos en el tema²⁹⁻³². En la misma línea se ha desarrollado una propuesta de contenidos curriculares nucleares de comunicación para los estudios de Medicina en el ámbito español, portugués e Iberoamericano (LAPS_CCC)³³.

El LAPS_CCC se ha desarrollado mediante una metodología de consenso tipo Delphi, que implicó a un total de 46 expertos procedentes de 8 países de Iberoamérica, España y Portugal. El proceso incluyó también la recopilación previa y extensa, la revisión de documentos (marcos conceptuales, propuestas curriculares, guías docentes, programas formativos, recomendaciones de instituciones educativas y evidencias sobre la comunicación clínica y su enseñanza) y una discusión entre los participantes sobre un marco de referencia de la relación asistencial centrada en la persona que fuese realista para la práctica clínica y para su enseñanza en nuestro contexto. Esta propuesta identificó y resaltó una

serie de dimensiones o áreas competenciales (tabla 1) consideradas de importancia en el contexto de la relación asistencial. La versión final obtenida fue empleada para la agrupación de los diferentes resultados de aprendizaje sometidos a consenso.

La propuesta LAPS_CCC incluye 136 resultados de aprendizaje (RA) agrupados en los dominios definidos por el marco conceptual previamente consensuado y que se describen en la tabla 1. Como característica principal del LAPS_CCC destaca la relevancia que tienen en el mismo los RA incluidos en la competencia general “Comunicación con el paciente”: son los más numerosos (65) y se organizan en función de una serie de tareas comunicativas generales a desarrollar en los encuentros con los pacientes. El objetivo es que los estudiantes se esfuercen en comprender no solo el propósito de una consulta, sino también cómo las diferentes tareas contribuyen a conseguir el objetivo general de la misma. Una comunicación efectiva exigiría un conocimiento profundo de la estructura de la entrevista médica. Actualmente existen un número importante de modelos de consulta y de listados de tareas recomendadas, cada vez más basadas en la evidencia de su efectividad^{34,35}. Este tipo de RA es igualmente el más valorado en otros consensos^{29,31,32}: la propuesta británica, por ejemplo, destaca, en su tercer nivel de anillos de su “Rueda de la comunicación”, estas habilidades como “la espina dorsal de un currículum de comunicación clínica efectivo”³⁰.

Otro aspecto diferenciador de esta propuesta respecto a otras, como la canadiense, la alemana o la europea, es la mayor presencia de objetivos de aprendizaje relacionados con el área de la comunicación con la familia: hasta 14 objetivos, de los que 12 están incluidos en este dominio específico. Aunque existen importantes diferencias en el papel de la familia en estos países, dependiendo del mayor o menor grado de europeización o del tipo de comunidad (indígenas, rurales, urbanas), el papel de la misma en el proceso salud-enfermedad es mucho más importante, y contrasta con el que tiene la familia noreuropea y norteamericana. El consenso refleja bien la importancia de esta faceta.

Al igual que otros consensos, el LAPS_CCC incluye RA relacionados con la comunicación intrapersonal y la intra e interprofesional. En relación con la primera, cualquier objetivo relacional no puede aplicarse usando de forma automatizada las habilidades comunicacionales, sino que se requiere del médico sobre todo un interés genuino, el compromiso personal y la implicación emocional. El médico, además del imperativo moral de tratar al paciente como una persona, tiene la necesidad de cuidar y profundizar en el conocimiento de sí mismo. La propuesta incluye 13 RA relacionados con la capacidad del estudiante para atender a las necesidades derivadas del “estar en relación” y su capacidad de autoconocimiento. También vinculadas con el hecho de relacionarse, 19 RA se dirigen a capacitar al estudiante como miembro de un equipo de salud y capacitarlo para el trabajo y las relaciones con otros profesionales, en la asunción de que la práctica clínica actual resulta imposible mediante el ejercicio “aislado” de la medicina.

Entre los 136 RA del LAPS_CCC destacan los 34 objetivos consensuados con el más alto grado de acuerdo y que pueden ser llamados el *core del core* (tabla 2). La mayoría de estos RA (24 de 34 ítems: el 70,5%) pertenecen a la competencia genérica de “habilidades de comunicación

Tabla 1 Dominios y subdominios comunicativos (áreas competenciales)

Dominios	Subáreas	Subdominios
Comunicación médico-paciente (díada)	Aspectos generales Tareas para comunicar con los pacientes	Establecer y mantener una relación terapéutica. Obtener información. Proporcionar información. Acordar un plan y ayudar a llevarlo a la práctica.
Comunicación con la familia del paciente		
Comunicación intrapersonal (autopercepción)		
Comunicación intra e interprofesional		
Comunicación por diferentes canales	Personal Telefónica Electrónica Escrita	
Comunicación en situaciones especiales	Manejo de emociones Situaciones sensibles Grupos etarios Diversidad cultural Promoción de la salud Cambio de conductas Contextos clínicos específicos	

Tabla 2 Núcleo central de competencias comunicacionales (resultados de aprendizaje que alcanzaron mayor grado de acuerdo)

Nº	Categoría	Resultados de aprendizaje consensuados con el más alto grado de acuerdo (>8, 34 ítems)
8	A	Realizar una entrevista médica integrando sus contenidos (anamnesis, exploración, diagnóstico, plan terapéutico y evolución) con el proceso (habilidades comunicacionales o de relación).
10	A	Mostrar disposición para involucrar al paciente en la interacción, estableciendo una relación terapéutica mediante una aproximación centrada en el paciente.
11	A	Conocer los aspectos más relevantes de la comunicación no verbal (contacto visual-facial, gestos, expresiones faciales, proxémica, paralenguaje...) y su influencia en el establecimiento de una relación efectiva.
12	A	Comprobar que el paciente se siente atendido y escuchado, mediante técnicas tales como escucha activa, preguntas, comprobaciones, etc.
13	A	Percibir el lenguaje no verbal del paciente y responder de forma adecuada al contexto.
15	A	Aplicar habilidades sociales comunicacionales para recibir a los pacientes que fomentan el mantenimiento de una relación efectiva (saludar, llamar por su nombre al paciente, acomodarlo...).
16	A	Aplicar habilidades sociales comunicacionales para despedir a los pacientes que fomentan el mantenimiento de una relación efectiva (despedir, acompañar...).
17	A	Mostrar empatía en los momentos oportunos (aparición de emociones, situaciones difíciles...).
18	A	Reconocer situaciones difíciles y desafíos comunicacionales (llanto, emociones fuertes, interrupciones, agresiones, enfado, ansiedad, temas sensibles o embarazosos, dificultades cognitivas, malas noticias, primer encuentro...).
19	A	Usar técnicas para afrontar con sensibilidad y de forma constructiva situaciones difíciles y desafíos comunicacionales.
20	A	Relacionarse con el paciente de manera respetuosa teniendo en cuenta sus derechos (confidencialidad, privacidad, autonomía, respeto a valores y creencias).
24	A	Diferenciar dolencia (<i>illness</i>) y enfermedad (<i>disease</i>), reconociendo la importancia de explorar ambas perspectivas.
26	A	Delimitar de manera precisa el/los motivo/s de consulta del paciente (pregunta abierta, sin interrumpir, explorando diferentes motivos...).
30	A	Utilizar técnicas verbales y no verbales de escucha activa (reflexión, captar pistas del paciente, parafrasear, facilitar, resumir...).

Tabla 2 Núcleo central de competencias comunicacionales (resultados de aprendizaje que alcanzaron mayor grado de acuerdo) (continuación)

Nº	Categoría	Resultados de aprendizaje consensuados con el más alto grado de acuerdo (>8, 34 ítems)
32	A	Valorar cómo afecta al paciente su dolencia en la vida diaria, en el entorno sociofamiliar o laboral.
33	A	Considerar otros factores que puedan influir en las necesidades del paciente cuando consulta (ideas, temores, sentimientos, preferencias, experiencias previas...).
34	A	Establecer un acompañamiento adecuado de la exploración física (pidiendo permiso, explicando lo que se va a hacer y por qué, compartiendo los hallazgos con el paciente...).
35	A	Reconocer las divergencias entre los valores y normas del médico y los del paciente, respetándolos sin juzgarlos.
41	A	Estimar el nivel de conocimiento del paciente sobre su problema y hasta dónde desea saber, para entregar la información que realmente requiere.
43	A	Adaptar la comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando jerga médica.
44	A	Proporcionar información centrada en el paciente, incorporando su perspectiva y haciéndola significativa para él.
46	A	Comprobar que el paciente ha entendido la información suministrada, facilitando la expresión de dudas.
62	A	Adaptar el plan/intervención a los recursos y fortalezas del paciente.
63	A	Cerrar el proceso al final de la consulta utilizando las estrategias comunicacionales adecuadas (resumiendo, resaltando aspectos claves, anticipando posibles evoluciones y orientando al respecto...).
72	B	Establecer una comunicación efectiva con el paciente y su familia para la identificación de los problemas, detección de los recursos y puesta en marcha de los planes de actuación en beneficio del paciente.
73	B	Ayudar a la familia a tomar decisiones cuando el paciente es menor de edad o se encuentra incapacitado (demencias, pacientes en coma, problemas mentales incapacitantes...).
74	B	Reconocer retos comunicacionales específicos con familiares (la confidencialidad, el secretismo, el acompañante enfermo...).
87	C	Reconocer errores propios (y ajenos), asumirlos como parte constitutiva del trabajo y buscar soluciones a los mismos (asistencia de superiores...).
103	D	Contribuir a crear una atmósfera de trabajo positiva (apoyar e integrar a los diferentes miembros del equipo, mencionar el lado positivo de los aspectos desagradables, valorar el éxito del equipo...).
104	D	Respetar la individualidad, la percepción subjetiva de los miembros del equipo y la maestría (pericia) de los diferentes profesionales de salud.
105	D	Mantener la confidencialidad sobre las decisiones tomadas en el equipo.
123	F	Reconocer situaciones delicadas que representen retos comunicacionales (del tipo de dar malas noticias, afrontar temas sobre el final de la vida, situaciones de duelo, historia sexual, violencia de género, maltrato infantil, infección VIH, explicar situaciones de incertidumbre clínica...).
128	F	Reconocer la diversidad cultural y social de los pacientes (etnicidad, nacionalidad, estatus socioeconómico, idioma, religión, género, valores, sexualidad...) y las dificultades comunicativas que esto conlleva.
134	F	Asumir un enfoque preventivo y de promoción de la salud en la atención a los pacientes y emplear conductas adecuadas para ello.

médico-paciente” y su contenido incluye tanto objetivos comunicacionales generales a considerar en el proceso de relación médico-paciente, como habilidades para el desarrollo de una entrevista.

En cuanto a la naturaleza de los RA del LAPS_CCC, la mayoría son de carácter conductual-actitudinal, y no de conocimiento. Ello supone una serie de importantes desafíos para los futuros programas educativos en las instituciones. Por una parte, su incorporación debería suponer para las facultades que los adopten el introducir o incrementar metodologías docentes más “experienciales”^{17,21}. Por otra par-

te, este tipo de RA son también más difíciles de evaluar: requieren un *feedback* bien estructurado e instrumentos fiables y validados^{36,37}. Conseguir estos RA exige de repetidas exposiciones a situaciones clínicas diversas y autorreflexión por parte del aprendiz, lo que precisa del uso no solo de estrategias docentes cognitivo-conductuales sino de otras de tipo dinámico (grupos de reflexión, reflexión dirigida, etc.)^{38,39}. Generalmente apuntan la necesidad de incorporarlos y desarrollarlos, no en algún curso aislado, sino a lo largo de todo el currículum^{40,41}. Finalmente, estos RA suelen requerir profesores comprometidos, adecuadamente forma-

dos y sensibilizados hacia estos temas. Estos aspectos ayudarán en muchas escuelas interesadas en diseñar y modificar sus programas enfocándolos de una forma más eficiente²⁴.

El LAPS_CCC es una propuesta de contenidos comunicativos nucleares que puede ser de utilidad para incrementar la sensibilización y diseminación de la enseñanza de la comunicación médico-paciente en los estudios de Medicina de los países implicados. Puede orientar el diseño de los programas comunicativos para estudiantes de Medicina, especialmente en cuanto a la elección de sus contenidos (objetivos de aprendizaje) que cada institución, en función de sus prioridades y circunstancias, pueda considerar más idóneos para sus egresados. Pretende ser un elemento que homogenice contenidos curriculares en diferentes universidades de distintos países, muy en la línea del espíritu de Bolonia. Esta propuesta puede orientar el desarrollo de estrategias didácticas y de evaluación de la comunicación más efectiva (elaboración de *blueprints*). El LAPS_CCC puede representar un documento de referencia para el desarrollo de otras iniciativas similares en otros estudios sanitarios del ámbito al que está dirigido o de otros con características similares.

Conclusiones

La comunicación clínica es una habilidad fundamental para un médico. Su enseñanza y aprendizaje es similar al resto de habilidades, si bien requiere especial atención a las reacciones emocionales de los médicos derivadas del “*estar en relación*”. Las facultades de Medicina, los programas de residencia y la formación continuada disponen de buenas evidencias sobre cómo y cuándo pueden ser enseñadas, así como de contenidos consensuados sobre qué enseñar.

Bibliografía

1. America Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press; 2001.
2. Entralgo PL. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza; 1983.
3. Carballo JR. Urdimbre afectiva y enfermedad: introducción a una medicina dialógica. Lugo: Asociación Gallega de Psiquiatría; 1999.
4. Ruiz-Moral R, Perez Rodriguez E, Perula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006;64:242-8.
5. Ruiz-Moral R, Munguía LP, de Torres LÁ, Carrión MT, Mundet JO, Martínez M. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. *Health Expectations*. 2014;17:683-95.
6. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Jama*. 1999;281:283-7.
7. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Jama*. 2000;284:1021-7.
8. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363:312-9.
9. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*. 2004;79:186-94.
10. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama*. 1997;277: 553-9.
11. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796-804.
12. Ruiz-Moral R, Perula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2007;22:86-91.
13. Muñoz M, Ruiz Moral R, Pérula LA. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education and Counseling*. 2002;48:23-31.
14. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care*. 2007;45:340-9.
15. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*. 2005;3:415-21.
16. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Thomas MR, Durning SJ. Brief observation: a national study of burnout among internal medicine clerkship directors. *Am J Med*. 2009;122:310-2.
17. Aspegren K, Lonberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach*. 2005;27:539-43.
18. Ericsson KA. Deliberate practice and acquisition of expert performance: a general overview. *Acad Emerg Med*. 2008;15:988-94.
19. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *Jama*. 1997;278:502-9.
20. Epstein RM. Mindful practice. *Jama*. 1999;282:833-9.
21. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2011;84:152-62.
22. Henry SG, Holmboe ES, Frankel RM. Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: a review with suggestions for implementation. *Med Teach*. 2013;35:395-403.
23. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *Jama*. 2003;290:1157-65.
24. Ferreira Padilla G, Ferrandez Anton T, Baleriola Julvez J, Almeida Cabrera R. [Communication skills in the curriculum of Medical students from Spain (1990-2014): From the Primary Health Care to the Bologna Plan. A descriptive study.]. *Aten Primaria*. 2015;47:399-410.
25. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76:390-3.
26. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303:1385-7.
27. Silverman J KS, Draper J. Skills for communicating with patients. 2nd ed. Oxford: Oxford Radcliffe; 2005.
28. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
29. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: better standards, better physicians, better care. Ottawa: Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.

30. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008;42:1100-7.
31. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Holzer H, Langewitz W, Muhlinghaus I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81:259-66.
32. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013;93:18-26.
33. García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. Participants in the Consensus Panel. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ*. 2016 Mar 28;16:99
34. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3:24-30.
35. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation. Oxford: Oxford University Press; 2003.
36. Smith S, Hanson JL, Tewksbury LR, Christy C, Talib NJ, Harris MA, et al. Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials. *Eval Health Prof*. 2007;30:3-21.
37. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med*. 2005;61:1516-28.
38. Branch WT, Jr. Use of critical incident reports in medical education. A perspective. *J Gen Intern Med*. 2005;20:1063-7.
39. Branch WT, Jr. The road to professionalism: reflective practice and reflective learning. *Patient Educ Couns*. 2010;80:327-32.
40. Van Dalen J, Kerkhofs E, van Knippenberg-van den Berg BW, van den Hout HA, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: two dutch medical schools compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2002;7:29-40.
41. Van Weel-Baumgarten EM, Brouwers M, Grosfeld F, Jongen Hermus F, van Dalen J, Bonke B. Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: a comparison. *Med Teach*. 2012;34:373-81.