

El nuevo trívium en la formación médica más allá de la comunicación médico-paciente

The new trivium in medical training beyond the doctor-patient communication

Martha Ortiz Fonseca, Diana Laverde Robayo, John Vergel, Gustavo Quintero

Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Uno de los elementos innovadores de los currículos de medicina en las últimas décadas es el énfasis en la comunicación médico-paciente. Sin embargo, las competencias comunicativas van más allá; implican habilidades cognitivo-lingüísticas que soporten la escucha activa, la lectura, la escritura y la oralidad en el contexto del aprendizaje y práctica de la medicina. Creemos que limitar la enseñanza de la comunicación al encuentro médico-paciente deja de lado los procesos cognitivos y las manifestaciones lingüísticas fundamentales para asegurar el éxito comunicativo del médico dentro de la sociedad. En otras palabras, además de las técnicas para una mejor comunicación, las habilidades cognitivo-lingüísticas resultan esenciales en el momento de elegir, organizar, clasificar y categorizar la información que se ha de brindar tanto al paciente y su familia como a la comunidad médica para el mejoramiento de la salud de individuos y poblaciones. En este artículo pretendemos argumentar por qué es importante el aprendizaje integral de las habilidades comunicativas, ejemplificando el caso del nuevo trívium del currículo de medicina de la Universidad del Rosario, la cual constituye un espacio propicio para que el estudiante desarrolle habilidades cognitivo-lingüísticas para la comunicación clínica en su comunidad científica.

Palabras clave: educación médica; comunicación; integración curricular; cognición; lingüística.

ABSTRACT

One of the innovative elements of medical curricula in recent decades is the emphasis on the doctor-patient communication. However, communicative competences go further; they involve cognitive-linguistic skills that support active listening, reading, writing and orality in the context of learning and practicing medicine. We believe that limiting the teaching of communication to the doctor-patient encounter leaves the cognitive processes and the fundamental linguistic manifestations aside to ensure the communicative success of the doctor within the society. In other words, in addition to the techniques for better communication, cognitive-linguistic skills are essential at the time of choosing, organizing, classifying and categorizing the information that must be provided both to the patient and his family and to the medical community for the improvement of the health of individuals and populations. In this article, we intend to argue why it is important to comprehensively learn the communication skills, exemplifying the case of the new trivium of the medicine curriculum of Universidad del Rosario, which constitutes a favorable space for the students to develop cognitive-linguistic skills for the clinical communication in their scientific community.

Keywords: medical education; communication; curricular integration; linguistic; cognition.

INTRODUCCIÓN

Recientemente, las habilidades comunicativas han cobrado una enorme importancia en la educación superior, nivel en el cual el proceso de enseñanza-aprendizaje se consolida bajo la noción de alfabetización académica.^{1,2} Dentro del mismo campo conceptual, se encuentran otras denominaciones como la escritura, la lectura y el lenguaje a través del currículo, entre otras, las cuales apuntan a resaltar la necesidad de enseñarles nuevamente a los estudiantes universitarios a leer y escribir para aprender una disciplina específica.^{3,4}

Por su parte, en la educación médica, el interés por las habilidades comunicativas ha ido en aumento a partir de los años ochenta del siglo pasado. Los nuevos currículos de medicina en el mundo las están incluyendo, especialmente para mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, haciendo énfasis en la comunicación médico-paciente con el fin de mejorar la adherencia a los tratamientos.⁵⁻⁷ Sin embargo, en la última década estas prácticas se han ampliado hacia un campo denominado comunicación clínica, entendida como cualquier comunicación oral o escrita, por diferentes medios, entre profesionales de la salud y, por supuesto, con el paciente y la familia.⁸⁻¹¹

En tal sentido, se han generado instrumentos para el aprendizaje, la evaluación y la investigación de las habilidades comunicativas en la educación médica que rompen con los modelos paternalistas, asimétricos y directivos. Por ejemplo, el Marco SEGUE, una lista de chequeo de tareas de comunicación médica creada a partir de la investigación, utilizada en Norte América para la enseñanza y la evaluación de las habilidades comunicativas,¹² el modelo SPIKES para comunicar malas noticias,¹³ la guía Calgary-Cambridge para una consulta eficiente,¹⁴ y algunas que sintetizan las habilidades más efectivas para conducir una anamnesis,¹⁵ entre muchas otras.

Igualmente, de estas iniciativas se han derivado prácticas pedagógicas como entrenamientos a través de talleres, con ayudas tecnológicas, con modelamiento, con pacientes estandarizados o con actores.¹⁶

No obstante, a pesar del entrenamiento, algunos estudiantes no siempre logran la competencia comunicativa en los niveles deseados. Especulamos que esto puede deberse a que los currículos médicos han minimizado la formación de las competencias lingüísticas y cognitivas, que se creen ya fueron logradas en la educación básica y secundaria, y que subyacen a la capacidad de razonar críticamente, de hacer juicios clínicos y de comunicarse efectivamente con la comunidad científica. Más en detalle, el énfasis en la comunicación médico-paciente, enfocada solo en el producto, ha dejado de lado la formación centrada en los procesos de pensamiento y en las habilidades metacognitivas necesarias para responder a las demandas de aprender la medicina y de comunicarse con otros miembros de la sociedad.

Teniendo en cuenta la brecha curricular entre las habilidades de comunicación con el paciente y las habilidades cognitivo-lingüísticas ya descritas y producto de nuestras discusiones interdisciplinarias entre fonoaudiólogos, médicos y educadores en ciencias de la salud, proponemos que los currículos médicos integren habilidades cognitivo-lingüísticas con las comunicativas y las conecten con el aprendizaje de las ciencias biomédicas, de salud de poblaciones, sociohumanísticas, en la fase preclínica del currículo, y con las competencias clínicas en la segunda fase del currículo. En este artículo, pretendemos argumentar la importancia de esta integración utilizando como ejemplo nuestra experiencia en el currículo médico de la Universidad del Rosario, Colombia, a través del nuevo trívium. Con esto, buscamos generar reflexión en torno a la conceptualización de la enseñanza de las habilidades cognitivo-lingüísticas y comunicativas en la educación médica, y en cómo materializarlas.

DESARROLLO

Para cumplir con el propósito mencionado, primero expondremos cómo se configura el nuevo trívium en nuestro currículo en la búsqueda de la integración de habilidades cognitivo-lingüísticas y comunicativas con el aprendizaje tanto en cursos tradicionales como en actividades que integran el cuerpo de conocimientos para la formación médica. Seguidamente, expondremos los argumentos que soportan la enseñanza de las habilidades cognitivo-lingüísticas en este eje curricular. Por último, concluiremos cómo el abordaje integral de las habilidades cognitivo-lingüísticas enriquece la formación y futura práctica médica en contextos cambiantes y de tecnología que exigen habilidades de pensamiento superior.

Nuevo Trívium en la formación médica

El trívium —vía de tres caminos— clásico en las universidades medievales, estuvo constituido por la gramática, definida como el arte de combinar palabras; la lógica, el arte de pensar; y la retórica, el arte de persuadir con las palabras.¹⁷ Estos conocimientos constituían el prerrequisito para acceder al cuadrívium —aritmética, geometría, astronomía y música—, necesarios para el aprendizaje posterior de la medicina, la teología y la arquitectura, definidas en la época como las artes liberales, es decir, que podían ser ejercidas por quienes las estudiaban.¹⁸

Con la profesionalización de los estudios universitarios, el trívium y el quadrivium desaparecieron de los currículos, y esto pudo ocasionar los deficientes niveles de lectura, escritura y pensamiento crítico en los estudiantes que inician la educación superior. En principio, se responsabiliza a la educación básica y media por la escasa instrucción en estas áreas; no obstante, la investigación sobre la producción del lenguaje escrito y su enseñanza —desde enfoques psicolingüísticos, sociolingüísticos y pragmáticos— da cuenta de procesos complejos que no se agotan en la educación básica y que, por tanto, deberían continuarse desarrollando en la educación superior para que los estudiantes alcancen las metas propuestas en cuanto a la comprensión y producción escritas.^{1,2,19}

En consecuencia, los currículos en todas las áreas del conocimiento en la educación superior emprenden, con diferentes nombres, la enseñanza de habilidades de lectura, escritura, producción oral y pensamiento crítico. En general, esta instrucción ha estado separada de las otras actividades académicas, de manera que no impactan efectivamente en su mejoramiento. Para subsanar la brecha entre la enseñanza de las habilidades que garantizan mejores aprendizajes de las disciplinas, aparecen conceptos como el lenguaje, la lectura y la escritura a través del currículo, el lenguaje para aprender, entre otros, que buscan integrar estas competencias con la enseñanza de las disciplinas.^{20,21} Por supuesto, estas nuevas tendencias implican el trabajo de toda la comunidad educativa para su puesta en escena; esto significa que no es solo el profesor de lengua el responsable de enseñar la lectura, la escritura y la oralidad sino que este elemento debe ser transversal al currículo.¹⁸ En otras palabras, en esta concepción de la relación lenguaje/educación se retoma la enseñanza de las habilidades que subyacen a la antigua instrucción del trívium.

Tras el proceso de Bolonia, el cual buscó unificar las competencias profesionales y, por ende, los títulos de educación superior en Europa, se acuñó el término de novum trívium. En consonancia con los currículos altamente especializados propios de la sociedad del conocimiento, se buscaba formar ciudadanos emprendedores, interculturales e innovadores para responder a los cambios en un mundo interconectado. Así, esta propuesta contempló: especialización académica, innovación para el emprendimiento, y el conocimiento tanto de su lengua y cultura como de otras.²² Por su parte, en América Latina, el Proyecto Alfa Tuning²³ definió un conjunto de competencias genéricas y específicas, en las cuales se refleja el posicionamiento de las habilidades cognitivo-lingüísticas en las instituciones de educación superior. Del total de 27 competencias genéricas, el Proyecto listó aproximadamente 13 que buscan desarrollar habilidades de comunicación y cognitivo-lingüísticas —antiguo trívium—, las cuales se pueden agrupar de la siguiente manera: 1) capacidad de expresión oral y escrita; de comunicación en un segundo idioma; para el trabajo en equipo; de habilidades interpersonales; para formular y gestionar proyectos; y 2) capacidad de abstracción, análisis y síntesis; de organizar y planear el tiempo; de aprender y actualizarse de forma permanente; para buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas; capacidad crítica, autocrítica y creativa para identificar, plantear y resolver problemas, y para tomar decisiones.²¹

En Colombia, la Universidad del Rosario reformó el currículo de Medicina con el propósito de formar integralmente profesionales con capacidad para responder a las necesidades de salud de individuos y poblaciones. Diseñó, así, un currículo híbrido con actividades integradoras de aprendizaje por sistemas (AIAS) y cursos tradicionales, en el cual los conocimientos y las competencias crecen en grado de complejidad, en espiral, a lo largo de las fases preclínica y clínica. Este currículo basado en competencias definió los resultados genéricos de aprendizaje (RAG), los cuales conllevan a la formación de un médico con conocimientos científicos y técnicos de la medicina, que comprende la situación de salud de las personas y las

comunidades, que conoce la distribución de las enfermedades, que se comporta profesionalmente en diferentes ámbitos y que se comunica eficientemente.

Redefiniendo elementos del modelo flexeriano, este currículo conecta el conocimiento con la experiencia clínica temprana; integra las ciencias básicas biomédicas con las ciencias clínicas y las sociohumanísticas desde una perspectiva del proceso salud-enfermedad; fomenta la interdisciplinariedad, con fundamento en la salud de poblaciones y en ambientes comunitarios; instruye en la ética basada en valores y principios; y ofrece el acompañamiento permanente en ambientes colaborativos de aprendizaje soportados en las tecnologías de información y comunicación (TIC).²⁴

En respuesta a estas demandas curriculares, profesionales con pensamiento crítico, que aprendan a lo largo de la vida, que sean capaces de seleccionar la información pertinente y la conviertan en conocimiento vivo, y, muy especialmente, que se comuniquen eficientemente con los pacientes y las familias, y con su comunidad académica y científica, se contempló un eje denominado nuevo trívium en el diseño de la reforma del programa.

En términos constructivistas, este eje curricular constituye el andamio que soporta el aprendizaje de los fundamentos biomédicos, la salud de las poblaciones, el sociohumanismo, las prácticas clínicas y el profesionalismo porque fomenta las habilidades cognitivo-lingüísticas que le ayudarán al estudiante a desarrollar pensamiento crítico, autorreflexión, juicio clínico para la adecuada toma de decisiones, lo cual a la vez contribuiría en su desempeño académico y su futuro ejercicio profesional.²⁴ Específicamente, el nuevo trívium hace referencia a: 1) la capacidad para gestionar el propio aprendizaje (aprender a aprender), 2) el desarrollo de habilidades cognitivo-lingüísticas requeridas para apropiarse del conocimiento y construirlo, y 3) el uso de las formas discursivas propias de la profesión.¹⁷

Con base en estas intencionalidades, el nuevo trívium se distribuye a lo largo del currículo en las AIAS, las cuales se cursan en la fase preclínica del currículo (primeros tres años). Las AIAS constituyen un espacio curricular muy importante debido a que allí, con el pretexto de un caso clínico diseñado por un equipo interdisciplinario, se analiza holísticamente la condición de salud de un paciente y su contexto. De esta manera, el estudiante puede establecer relaciones causa-efecto para dar cuenta del fenómeno no solo desde la perspectiva biomédica, sino también atendiendo a otros factores determinantes del proceso salud-enfermedad como el contexto histórico y sociohumanístico. Para alcanzar los resultados de aprendizaje esperados (RAE), en el caso clínico se definen para cada una de las áreas —ciencias básicas, biomédicas, sociohumanísticas, salud de poblaciones, habilidades clínicas prácticas, conducta profesional y nuevo trívium— qué es lo que se espera sepa el estudiante al terminarlo.^{17,24,25} De esta manera, a la par con los conocimientos médicos, las habilidades cognitivo-lingüísticas y comunicativas progresan en la fase preclínica del currículo, desde un nivel básico hasta uno más sofisticado, en espiral, incorporando los elementos que conforman el nuevo trívium, para los que se han establecido tres RAG descritos a continuación.

El primero, "aprender a aprender a lo largo de la vida", busca desarrollar habilidades en torno a tomar conciencia de los propios procesos de aprendizaje, para lo cual se dispone de un espacio en el que el estudiante reflexiona sobre quién es como aprendiz, y cuáles son sus fortalezas y debilidades; además, se busca que conozca y reconozca en él los dispositivos básicos para el aprendizaje, de manera que los potencie para soportar la carga cognitiva y emocional que significa el aprendizaje de la medicina. De igual manera, que incorpore prácticas derivadas del

desarrollo de las habilidades metacognitivas inherentes al aprender a aprender que pueda aplicar a lo largo de la vida.

Para el segundo RAG, "pensar críticamente para dar soluciones a las problemáticas sociales", se crearon dos líneas: 1) representaciones gráficas del pensamiento para la justificación de decisiones clínicas y 2) habilidades cognitivo-lingüísticas para el pensamiento crítico.

Estas líneas se desarrollan en torno a la conceptualización y la elaboración de diferentes formas gráficas (árbol de decisión, algoritmo, cuadros comparativos, entre otros) que dan cuenta, fundamentalmente, de habilidades cognitivo-lingüísticas variadas; las cuales, a la vez, permitirán al estudiante el desarrollo de otras habilidades, de orden superior, como hacer juicios clínicos, tomar decisiones y pensar críticamente. Así mismo, las habilidades cognitivo-lingüísticas también son requeridas para la planeación y ejecución de ejercicios de simulación que aproximan a los estudiantes en situaciones parecidas a las reales o en formatos de carácter profesional como revista clínica, club de revista, comité técnico-científico, entrevista médico-paciente, entre otras.

Finalmente, el RAG de "Comunicarse efectivamente, de manera oral y escrita, en los diferentes escenarios de desempeño profesional" se materializa a través de habilidades lingüísticas como escucha activa; lectura de textos de ciencias biomédicas y sociales; conocimiento del léxico de las ciencias biomédicas; producción oral y escrita de varios tipos de textos dirigidos a audiencias diversas - desde las académico-científicas hasta público general-; redacción de historia clínica; simulación de la comunicación con pacientes y sus familias, durante el examen físico, con miembros de los equipos interdisciplinarios de ciencias de la salud y con sus pares en diferentes situaciones comunicativas.

En la fase clínica, la integración de las habilidades cognitivo-lingüísticas y comunicativas es más evidente, y la forma de evaluarlas necesariamente se hace en conjunto con las habilidades clínicas/procedimentales. El profesor considera que su estudiante ha reflexionado previamente acerca de los elementos de la comunicación en diferentes escenarios de la clínica y ha tenido unas experiencias simuladas que lo acercan más a una interacción efectiva que otro que no haya recibido el entrenamiento en habilidades de comunicación con énfasis sobre las habilidades cognitivo-lingüísticas que se ponen en juego cuando un médico relaciona con un paciente o con sus pares.

En síntesis, queremos decir, que más allá de los elementos que tradicionalmente se incluyen en el entrenamiento en la comunicación: roles que se intercambian, medio a través del cual se trasmite el mensaje, retroalimentación, empatía, mensaje propiamente dicho, contexto, ruidos e interferencias, entre otros, el nuevo trivium propone que el estudiante posea el conocimiento declarativo sobre las habilidades cognitivo-lingüísticas, base para una mejor comunicación y que las ponga en juego en el momento de enfrentarse a diferentes audiencias que demandan mensajes claros, pertinentes, veraces y concisos. En otras palabras, que sea capaz de realizar el mejor análisis de la información, producto de los elementos recogidos en la historia clínica, y la sintetice para informar a su paciente; pero que también haga comparaciones, para justificar decisiones, para argumentar posiciones respecto a un tipo u otro de intervención -verbos todos que implican la correlación cognición-lenguaje- teniendo en cuenta no sólo los aspectos clínicos sino además los contextuales, sociales y psicológicos de su paciente y la sociedad en la que están inmersos.

Habilidades cognitivo-lingüísticas a través del currículo

A continuación, responderemos una pregunta para cumplir con el propósito de presentar los argumentos que soportan la enseñanza de las habilidades cognitivo-lingüísticas en un currículo médico integrado, con fundamento en el aprendizaje basado en problemas. ¿Por qué el abordaje integral de las habilidades cognitivo-lingüísticas en el eje de nuevo trívium, o cualquier estrategia similar, enriquece la formación y futura práctica clínica de los estudiantes, en los contextos cambiantes y de tecnología que exigen habilidades de pensamiento superior? Las siguientes razones responden a la pregunta.

La primera, porque, en oposición a formas "artificiales" de currículos tradicionales, en las actividades integradoras de aprendizaje por sistemas (AIAS) se ofrecen contextos de aprendizaje en los cuales las habilidades cognitivo-lingüísticas -que subyacen a y son indispensables para cualquier proceso de aprendizaje- constituyen el aglutinante de explicaciones que dan cuenta de los procesos objeto de estudio de la medicina. El trabajo explícito, que implica desarrollo de metacognición y metalenguaje, le permite al estudiante hablar sobre qué tipo de proceso está realizando y cuál es la mejor manera de convertirlo en un texto oral o escrito dirigido a una audiencia determinada. En otras palabras, enseñamos a hacer concretas, a través del lenguaje, las relaciones que se establecen en la mente y que solo con palabras se pueden manifestar en comportamientos comunicativos adecuados.

La segunda, derivada de la anterior, porque ponen en contacto al estudiante con su propia forma de aprender, es decir, lo hacen tomar conciencia de sus habilidades metacognitivas y metalingüísticas, las cuales son responsables y potenciadoras de más y mejores aprendizajes -aprender a aprender. Lo anterior implica un ejercicio de autorreflexión, automonitoreo y autorregulación sobre sus propios procesos cognitivos, hecho que lo conectan obligatoriamente con aquello que soporta una actuación competente como estudiante en la fase preclínica y clínica, en principio, y como profesional que aprende a lo largo de la vida. Por otro lado, hacer conciencia sobre el propio proceso de aprendizaje genera en el estudiante la capacidad para conocer las formas cómo aprende (procesos), qué aprende (contenidos) y la manera de regular y controlar su aprendizaje.

La tercera razón se relaciona con garantizar la integración de conocimientos y habilidades técnicas, procedimentales e interpersonales para la comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad. Esta razón implica la anterior -aprender a aprender- dado que se sustenta en el hecho de que las habilidades cognitivo-lingüísticas permiten a los estudiantes, en diferentes momentos y espacios de su proceso formativo, ampliar su espectro conceptual y la usabilidad de la información para comprender, analizar e interpretar diversos fenómenos propios del proceso salud-enfermedad de individuos y poblaciones. Esto indica que los estudiantes se involucran tempranamente con contenidos propios de su disciplina, no desde la postura distante de aprender acerca de algo, sino de aprender para ser y hacer.

Finalmente, la metodología de trabajo en las AIAS implica un cambio en el rol del docente como facilitador de aprendizajes y como modelador de estas habilidades. Significa que el profesor, además de ocuparse por la enseñanza de los contenidos, propicia la conversión de información en conocimiento para lo cual se vale de las estrategias declaradas en el currículo como intencionalidades en el sentido de desarrollar habilidades cognitivo-lingüísticas, comunicativas y de favorecer el aprender a aprender como práctica y forma de ser que se puede extender a lo largo de la vida.

Los argumentos presentados permiten sustentar las razones por las cuales la enseñanza de las habilidades cognitivo-lingüísticas del nuevo trívium se encuentra en la base y van más allá de la preparación de los estudiantes de medicina para los encuentros comunicativos con sus pacientes. El proceso de formación que se ha llevado a cabo durante los últimos tres años con los estudiantes de Medicina de la Universidad del Rosario, con base en un currículo integrado, justifica plenamente la necesidad de enseñar y cualificar las habilidades cognitivo-lingüísticas de los estudiantes. De esta manera, ellos pueden responder a todas y cada una de las demandas académicas tanto en las aulas de clase (clases magistrales y pequeños grupos para el análisis de casos) como en la fase clínica.

CONCLUSIONES

El eje del nuevo trívium aporta las herramientas requeridas para la sofisticación de las habilidades cognitivo-lingüísticas que deben evidenciarse en las habilidades comunicativas para escuchar, hablar, leer, escribir y pensar. Esto implica transversalidad en el currículo, por lo cual su enseñanza no está restringida a las clases, sino que aparecen en todas y cada una de las AIAS en la fase preclínica y en la clínica en cada uno de los resultados de aprendizaje que componen el caso concreto de estudio. En la primera fase, con énfasis en los verbos para cada resultado de aprendizaje y con uno específico para nuevo trívium cuyo desarrollo se vale principalmente de la simulación; en la segunda, mediante la modelación por parte de los profesores clínicos con casos reales de modo que esta competencia se vaya sofisticando de la mano con las habilidades clínicas. El nuevo trívium se convierte así en un elemento innovador en la integración curricular del programa de medicina de la Universidad del Rosario como cohesionador de contenidos y los soportes cognitivos y lingüísticos básicos para convertir información en conocimiento en un mundo altamente tecnologizado que demanda profesionales que aprenden a lo largo de la vida.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos que no existen conflictos éticos o de compromiso de intereses, financiación del proyecto, compromisos con los editores, personal de la revista o revisores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlino P. Alfabetización académica diez años después. Revista Mexicana de Investigación Educativa (RMIE). 2013[citado 5 oct 2016]; 18(57): 355-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662013000200003

2. Flórez R, Arias N, Moreno Angarita M. Cambios en la lectura y la escritura de universitarios con el curso "Comunicación oral y escrita". *Rev Fac Med*. 2011[citado 5 oct 2016];59(4):319-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v59n4/v59n4a04.pdf>
3. Molina-Natera V. Escritura a través del currículo en Colombia. *Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación*. 2012[citado 5 oct 2016];5(10):93-108. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2810/281024896006.pdf>
4. Russell DR. Contradictions regarding teaching and writing (or writing to learn) in the disciplines: What we have learned in the USA. *Revista de Docencia Universitaria (REDU)*. 2013[citado 5 oct 2016];11(1):161-81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4243905.pdf>
5. Guraya SS, Habib FA, Khoshhal KI, Guraya SY, Fawzi MM. Students' attitude and response towards communication skills course at the College of Medicine, Taibah University. *Education in Medicine Journal*. 2013 [citado 5 oct 2016];5(3):42-52. Disponible en: <http://www.eduimed.com/index.php/eimj/article/download/137/124>
6. Pruskil S, Deis N, Druener S, Kiessling C, Philipp S, Rockenbauch K. Implementation of "social and communicative competencies" in medical education. The importance of curriculum, organisational and human resource development. *GMS Z Med Ausbild*. 2015 [citado 6 jul 2016];32(5):1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647157/>
7. Petra Micu I. La enseñanza de la comunicación en medicina. *Inv Ed Med*. 2012[citado 20 oct 2016];1(4):218-24. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/285>
8. Laidlaw A, Hart J. Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51. *Medical Teacher*. 2011[citado 5 oct 2016]33(1):6-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21182378>
9. Treadwell I. Preclinical medical students' performance in and reflections on integrating procedural and communication skills in a simulated patient consultation. *African Journal of Health Professions Education (AHJPE)*. 2015[citado 13 jul 2016];7(2):165-9. Disponible en: <http://www.ajhpe.org.za/index.php/ajhpe/article/view/334/325>
10. Brand PLP, Klok T, Kaptein AA. Using communication skills to improve adherence in children with chronic disease: The adherence equation. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2013[citado 23 jul 2016];14(4):219-23. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526054213000055>
11. Manze MG, Orner MB, Glickman M, Berlowitz D, Pbert L, Kressin NR. Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. *Patient Educ Couns*. 2015[citado 15 ago 2016];98(2):191-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468397>

12. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns.* 2001[citado 8 ago 2016];45(1):23-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11602365>
13. Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: A Communication-based model for Breaking Bad News. *Communication Education.* 2010[citado 25 jul 2016];59(3):220-34. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03634521003624031?src=recsys&journalCode=rced20>
14. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med.* 2003[citado 5 may 2016];78(8):802-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12915371>
15. Philippa M, Gricelda G, Suzanne K, Alex V. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile.* 2010[citado 23 jun 2016];138(8):1047-54. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800016
16. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot.* 2014[citado 6 may 2016];3(51). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113982/>
17. Álvarez B, Rodríguez L. El nuevo trívium. En: Gustavo Quintero. *Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados de aprendizaje.* Bogotá, D.C. Editorial Universidad del Rosario; 2012.
18. Randall DH. *Increasing academic achievement with the trivium of classical education its historical development, decline in the last century, and resurgence in recent decades.* Nueva York. Universe Lincoln Shanghai; 2006.
19. Moreno M. El lenguaje en la educación superior. En: Rita Flórez. *El lenguaje e la educación. Una perspectiva fonoaudiológica.* Bogotá, D.C. Unibiblos; 2004.
20. Cuervo C, Flórez R. El lenguaje en la educación. En: Rita Flórez. *El lenguaje en educación Una perspectiva fonoaudiológica.* Bogotá, D.C. Unibiblos; 2004.
21. Durante MBI, González AM, López SM, Lozano JR, Mendiola MS. Educación por competencias: de estudiante a médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2011[citado 7 agosto 2016];54(6):42-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un116j.pdf>
22. Etzkowitz H, Ranga M, Dzisah J. Whither the university? The Novum Trivium and the transition from industrial to knowledge society. *Social Science Information.* 2012[citado 23 ago 2016];51(2):143-64. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/258190268_Whither_the_university_The_Novum_Trivium_and_the_transition_from_industrial_to_knowledge_society

23. Beneitone P. Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina Informe Final-Proyecto Tuning-América Latina 2004-2007: Bilbao. Universidad de Deusto; 2007[citado 9 ago 2016]. Disponible en: http://tuning.unideusto.org/tuningal/index.php?option=com_docman&task=view_category&catid=22&Itemid=191&order=dmdate_published&ascdesc=DESC

24. Quintero G. Introducción. En: Gustavo Quintero. Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje. Bogotá, D.C. Editorial Universidad del Rosario; 2012.

25. Stark P. Diseño e implementación de un currículo para medicina basado en resultados del aprendizaje. En: Gustavo Quintero. Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje. Bogotá, D.C. Editorial Universidad del Rosario; 2012.

Recibido: 29 de noviembre de 2016.

Aprobado: 22 de febrero de 2017.

Martha Ortiz Fonseca. Centro de Educación en Ciencias de la Salud.
Correo electrónico: martha.ortiz@urosario.edu.co