

Diseño de una Propuesta Didáctica Basada en la Metodología del Currículum en Espiral para el Desarrollo de la Competencia Comunicativa de los Estudiantes de Tercer Año de la Carrera de Medicina.

Claudia Lucia Duran Chacon

Monografía Para Optar Al Título De Especialista En Docencia Universitaria

Directora:

María Del Pilar Vargas Daza

Maestría En Pedagogía

Universidad Industrial De Santander

Vicerrectoría Académica

Centro para el Desarrollo de la Docencia

Cededuis Especialización En Docencia Universitaria

Bucaramanga

2019

Agradecimientos

Gratitud a mi esposo, mi familia, mis compañeros de especialización, y docentes de mi querida Universidad Industrial de Santander, que propiciaron un aprendizaje humanizado, ameno y motivante para alcanzar las metas personales y profesionales

Contenido

	Pág.
Introducción	11
1. Objetivos	13
1.1 Objetivo General	13
1.2 Objetivos Específicos.....	13
2. Antecedentes Investigativos.....	14
2.1 Internacionales	14
2.2 Nacionales.....	17
3. Descripción del Problema.....	18
4. Contexto de la Competencia Comunicativa en Medicina.....	21
5. Marco Teórico.....	23
5.1 Marco disciplinar y legal	23
6. Marco Conceptual.....	25

7. Propuesta Comunicativa para el Programa de Medicina Utilizando la Metodología de Curriculum en Espiral	35
8. Conclusiones	42
9. Recomendaciones	43
Referencias Bibliográficas	44

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Planeación de la propuesta para la competencia comunicativa</i>	36

Lista de figuras

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Ilustración de los bloques centrados en órganos y sistemas del plan de estudios de la universidad de Augsburgo.	33

RESUMEN

Título: Diseño de una propuesta didáctica basada en la metodología del curriculum en espiral para el desarrollo de la competencia comunicativa de los estudiantes de tercer año de la carrera de medicina.*

Autor: Claudia Lucia Duran Chacon**

Palabras clave: Curriculum, Competencia Clínica, Comunicación.

Descripción:

Una comunicación centrada en el paciente es esencial, para brindar un cuidado de alta calidad, permitiendo el intercambio de información y articulando la relación médico paciente. También, favorece que el paciente se involucre en la toma de decisiones y, finalmente se adhiera más fácilmente al tratamiento y cuidados en salud. De igual manera, promueve aspectos relacionados con la educación y promoción en la salud, y la prevención de la enfermedad.

No cabe duda que, para los médicos, el desarrollo de habilidades comunicativas tiene tanta importancia como las competencias clínicas. No obstante, en nuestro país la competencia comunicativa hace parte del plan de estudios de una manera aislada. Es precisamente por esta razón que este documento pretende mostrar cómo la competencia comunicativa puede ser integrada como una de las competencias básicas para el desarrollo profesional del futuro médico. La formación integral en los programas de medicina incluye las habilidades de comunicación como parte de las competencias básicas del profesional, estas ayudan al estudiante de medicina a conseguir resultados positivos en la salud de sus pacientes.

Partiendo de la importancia de desarrollar la competencia comunicativa a la par con el desarrollo de las competencias disciplinares propias de la medicina se hace una propuesta de intervención que consiste en identificar cuáles habilidades comunicativas requiere un estudiante de medicina y así, diseñar una propuesta didáctica basada en la metodología del curriculum en espiral para el desarrollo de la competencia comunicativa.

*Trabajo de grado

** Universidad Industrial De Santander, Vicerrectoría Académica, Centro para el Desarrollo de la Docencia, Cededuis Especialización En Docencia Universitaria. Directora: María Del Pilar Vargas Daza. Maestría En Pedagogía

ABSTRACT

Title: design of a didactic proposal based on the spiral curriculum methodology for the development of the communicative competence of third-year medicine students.*

Author: Claudia Lucía Durán Chacón**

Key words: curriculum, clinical competence, communication.

Description:

A communication focused on the patient is essential to provide high quality care, allowing the exchange of information and fostering physician - patient relationship. This also encourages the patient to become involved in decision making, so they adhere more easily to a treatment and health care. Likewise, health education, health promotion and disease prevention are also promoted.

Undoubtedly, doctors know that the development of communicative skills is as important as clinical competences. However, in our country, communicative competences are part of the curriculum in an isolated way. That is the reason why this document aims to show how communicative competences can be integrated as one of the basic competences for the professional development of a future doctor. In medicine programs, comprehensive training includes communication skills as a part of the professional basic skill, which help medicine student to achieve positive results in patients' health.

Taking into account the importance of developing the communicative competence along with the development of the disciplinary competences of medicine, an intervention proposal is made. This consists in identifying the communicative skills that a medicine student requires. In this way, a didactic proposal based on the spiral curriculum methodology for the development of the communicative competence will be designed.

*Degree Paper

** Universidad Industrial De Santander, Vicerrectoría Académica, Centro para el Desarrollo de la Docencia, Cededuis Especialización En Docencia Universitaria. Directora: María Del Pilar Vargas Daza. Maestría En Pedagogía

Introducción

Esta monografía propone una propuesta didáctica, como perspectiva para lograr la integración de la competencia comunicativa, en los estudiantes de medicina de tercer año, como uno de los pasos para lograr el desarrollo del perfil del egresado propuesto en el programa de medicina.

En los dos primeros capítulos encontramos el análisis del problema y el contexto. Allí se muestran cómo las estrategias de enseñanza y aprendizaje y la evaluación de la competencia comunicativa distan de lo ideal pues nos encontramos con asignaturas aisladas, con poca diversidad en las estrategias de enseñanza aprendizaje e incluso, en algunos casos, con elementos subjetivos tanto en el quehacer como en el área evaluativa.

El siguiente acápite, que es el marco teórico tiene como conceptos base el currículo en espiral y la competencia comunicativa, explorando conceptos desde lo reglamentario hasta lo académico. Aquí se presenta la metodología del currículo en espiral, se define el concepto general de competencia y se llega a plantear la competencia comunicativa como herramienta vital en el desarrollo de las competencias en el profesional de medicina.

Después de adentrarnos en la teoría, llegamos a la práctica con el planteamiento de una propuesta comunicativa para el programa de medicina, utilizando la metodología del currículum en espiral. La inclusión de esta metodología nos da una visión integral a lo largo del plan de estudios, con un aumento escalonado de la complejidad, manteniendo un carácter multidisciplinario y la capacidad constante de otorgar el acompañamiento y retroalimentación por parte del docente.

En el capítulo final se resalta el papel del docente comprometido con la construcción de una sociedad capaz de generar conocimiento desde su entorno y realidad, orientando a los estudiantes, futuros profesionales a alcanzar un nivel de entendimiento superior, entre actores de salud y el conglomerado social, sin olvidar el paciente como centro de nuestra actividad profesional y social.

1. Objetivos

1.1 Objetivo General

Desarrollar una propuesta comunicativa para el programa de pregrado en medicina, utilizando la metodología del curriculum en espiral.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características principales del currículum en espiral, para luego aplicarlo al programa de medicina, a partir de la revisión documental sobre la temática.
- Plantear una secuencia didáctica para lograr la competencia comunicativa clínica en los estudiantes de tercer año del programa de medicina de una institución de educación superior pública del nororiente colombiano.

2. Antecedentes Investigativos

2.1 Internacionales

En la revista *GMS Journal for medical education*, 2017, vol 34 (2), cuyos autores son Anja Härtl et al, se publica un artículo titulado: desarrollo del currículo médico basado en competencias, para la nueva facultad de medicina de la universidad de Ausburgo.

El gobierno alemán decidió fundar una nueva escuela de medicina en la Universidad de Ausburgo. Para esto, el grupo de trabajo desarrolla un plan de estudios en espiral siguiendo a Harden, implementando de esta manera un curriculum en espiral. Este plan de estudios se centra en competencias definidas como experiencia médica, razonamiento científico, argumentación, educación y habilidades de comunicación. El trabajo fue realizado por dos grupos interdisciplinarios, los resultados muestran un currículo en espiral contenido en un currículo híbrido, con una integración horizontal y vertical. Como estrategia incluyen habilidades sociales y de comunicación, autorregulación y reflexión sobre las propias acciones y decisiones como médico, en el futuro, concluyen sus autores se evaluará el currículo médico de Ausburgo y el impacto de la nueva escuela de medicina en el hospital y la universidad. Este trabajo aporta a esta monografía una visión global de cómo integrar la competencia comunicativa en el currículo médico con la aplicación de la metodología en espiral.

En la literatura hay un trabajo publicado en *Contemporary Issues in Education Research* 2017, vol 10 number 2, realizado en Touro University worldwide USA, por Yoram Neumann, Edith Neuman, Shelis Lewuis. Ellos desarrollaron una aplicación del curriculum en espiral al

modelo de aprendizaje “The Robust Learning Model” (RLM). Este modelo tiene dos piedras angulares: una, es la capacidad de aprender a aprender y la otra es el uso proactivo del apoyo para superar los desafíos. En este estudio se incluyeron todos los estudiantes en programas de maestría en línea no clínicos, que podrían haberse graduado bajo el modelo de aprendizaje con la aplicación del curriculum en espiral. Dentro de los tres años desde su fecha de inicio hasta el final del otoño de 2016, se incluyeron un total de 397 casos. Se realizaron mediciones de las variables de efectividad educativa en los grupos con y sin la incorporación del curriculum en espiral. La comparación entre variables se realizó mediante la utilización de la Prueba T para muestras independientes.

En este estudio todas las variables obtuvieron un valor de p menor de 0.01, mostrando diferencias entre el curso con el modelo de aprendizaje robusto vs el modelo de aprendizaje robusto con curriculum en espiral. La organización del modelo de aprendizaje a través de los principios del curriculum en espiral mejoró las piedras angulares del método y causó un desempeño mayor en la eficacia educativa que los programas de maestría en línea. A pesar de que este estudio no es una aplicación en el campo médico se observa que la metodología del curriculum en espiral aumenta el desempeño del aprendizaje en el estudiante virtual.

El tercer trabajo es una tesis doctoral de Denisse Champin Michelena cuyo título es “Modelos de evaluación del aprendizaje en un currículo por competencias: el caso del currículo por competencias destinado a la formación de médicos” (2014). El objetivo del trabajo fue proponer un modelo de gestión de las competencias durante el entrenamiento a través de un currículo por competencias. Realiza un estudio de caso aplicado a una escuela de medicina del Perú entre 2010 y 2013. La información recogida proveniente de autoridades y docentes se realizó con base en entrevistas a profundidad, y a los alumnos a través de cuestionarios. Destaca dentro de sus

resultados, que la metodología de estudio por competencias es nueva en ese país, que los docentes y autoridades entrevistados habían sido capacitados a través de cursos de extensión en dicho modelo curricular y que encontraban ventajas diferenciales frente al modelo tradicional. Los alumnos apreciaban las herramientas de evaluación a las cuales habían sido sometidos durante su formación. Concluye la autora que una apropiada descripción de las competencias y los criterios que las definen, es fundamental para una óptima evaluación. Este estudio es importante como referente latinoamericano, pues expone el concepto de competencias aplicado a la carrera de medicina. En este modelo se describen ejes tales como son la formación personal, la salud pública, los fundamentos científicos de medicina e investigación, los razonamientos clínicos y las habilidades clínicas.

Y por último una tesis doctoral de la autora Cristina García de Leonardo Mena (2016), “Consenso Iberoamericano sobre un core currículo de competencias comunicacionales para estudiantes de grado en medicina”. El objetivo del estudio es definir un conjunto de competencias comunicacionales para adquirir durante los estudios universitarios de grado en medicina. La hipótesis de trabajo estuvo enfocada en alcanzar un consenso internacional, aceptable y aplicable en los países de habla española y portuguesa expresada como resultados de aprendizaje que los estudiantes deberían conseguir para desarrollar una capacidad básica de comunicación clínica. El comité científico estuvo compuesto por 15 miembros que se establecieron ad hoc, realizaron una revisión de la literatura sobre el tema, intercambiaron información relevante sobre el tema y luego implementaron una variante del método Delphi de dos rondas; participaron 46 expertos en comunicación clínica de 8 países. Un grupo directivo ubicado en la Universidad Francisco de Vitoria (Madrid) se hizo cargo de la organización y coordinación del proyecto. Las encuestas se llevaron a cabo electrónicamente a través de un sitio

web específico accesible a los panelistas. Los resultados descritos por la autora son la inclusión de 157 resultados de aprendizaje. El proceso Delphi generó 734 comentarios e involucró la modificación, eliminación y adición de algunos resultados.

A partir del marco conceptual sobre la comunicación se definieron seis áreas competenciales tales como la comunicación con el paciente, con la familia del paciente, intrapersonal, interprofesional, por diferentes vías, y comunicación en situaciones especiales. Al final del proceso, se llegó a un consenso sobre 136 resultados de aprendizaje agrupados en 6 dominios de competencia con una alta aceptación general (95.1%).

Estos trabajos a nivel Internacional sirvieron como soporte para pensar en la viabilidad de una propuesta que pudiera ser aplicada en un programa de medicina colombiano.

2.2 Nacionales

En nuestro medio hay una publicación cuyo título es “Las competencias comunicativas orales en la relación médico paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia; una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes”. (18). El objetivo era realizar un diagnóstico del estado de las competencias comunicativas orales en el programa de medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Realizaron un estudio descriptivo mixto que incluyó la revisión de documentos curriculares, encuestas y grupos focales con profesores y estudiantes de último año, con el fin de conocer percepciones y apropiaciones de la competencia comunicativa oral de su programa en medicina. Para este fin, encuestaron 49 profesores y 67

estudiantes de último año de la carrera de medicina y realizaron 2 grupos focales con profesores y con estudiantes.

Dentro de los resultados encontrados por los autores, se evidenció una clara intención de que las competencias comunicativas en la relación médico-paciente formen parte del currículo, como se mostró en los documentos revisados, pero hace falta un planteamiento curricular más organizado, secuencial y armónico que permita que el logro de estas competencias sea un componente transversal.

Además, describen los autores que los profesores y los estudiantes reconocen la importancia de este tipo de competencias, pero su aprendizaje se ha dejado principalmente al ejemplo y a la experiencia propia. Se enfatiza en la importancia de los valores adquiridos a lo largo de la vida, como punto de partida para lograr una adecuada comunicación médico-paciente. Otro aspecto por mejorar es la evaluación, ya que no se encontraron instrumentos estandarizados, lo cual genera una apreciación subjetiva por parte del docente.

A pesar de la búsqueda en diferentes bases de datos no hay referentes bibliográficos publicados hasta al momento en el tema de competencias comunicativas en el currículum de pregrado en Medicina con aplicación de la metodología en espiral.

3. Descripción del Problema

En el ámbito médico, la comunicación tiene alta relevancia, pues es una de las bases para la formación humana e integral. La comunicación es clave para la interacción humana y es un

elemento del acto médico que favorece una relación de confianza y empatía enmarcada en el respeto como el pilar de los valores éticos. Una buena comunicación se relaciona con aspectos médicos y legales inherentes al ejercicio de la profesión que va desde un buen consentimiento informado hasta una queja por mala praxis.

A pesar de la tendencia mundial en educación médica de incluir en el currículo médico competencias relacionadas con la comunicación, en Colombia sigue siendo parte del denominado currículo oculto.

Una comunicación centrada en el paciente es esencial, para brindar un cuidado de alta calidad, permitiendo el intercambio de información y articulando la relación médico paciente. También, favorece que el paciente se involucre en la toma de decisiones y, finalmente se adhiera más fácilmente al tratamiento y cuidados en salud. De igual manera, promueve aspectos relacionados con la educación y promoción en la salud, y la prevención de la enfermedad.

No cabe duda que para los médicos, el desarrollo habilidades comunicativas tiene tanta importancia como las competencias clínicas. No obstante, en nuestro país la competencia comunicativa hace parte del plan de estudios de una manera aislada. Es precisamente por esta razón que este documento pretende mostrar cómo la competencia comunicativa puede ser integrada como una de las competencias básicas para el desarrollo profesional del futuro médico.

Para esto, se hace una propuesta de intervención que consiste en conocer cuáles habilidades comunicativas requiere un estudiante de medicina y así, diseñar una propuesta didáctica basada en la metodología en espiral. En últimas, lo que se busca es que, además del desarrollo de las competencias disciplinares, también se cumpla con el objetivo de formar profesionales integrales en todas las dimensiones. Es de destacar la importancia del acompañamiento y retroalimentación

de la academia y de los docentes para lograr una formación integral y holística del estudiante de medicina.

Para lograr esta propuesta de intervención, se define qué es el currículum en espiral, cuáles son las habilidades básicas comunicativas planteadas en la universidad Francisco de Vitoria Madrid, y de qué manera se lograría una adaptación de esa estructura aplicando la metodología en espiral, respetando las particularidades de nuestro contexto.

En Colombia, la Universidad Autónoma de Bucaramanga realizó un estudio cuyos resultados permitieron establecer que hay preocupación por formar profesionales con adecuadas competencias comunicativas en la relación médico-paciente, siendo parte del perfil del egresado. Su desarrollo está a cargo de algunas asignaturas pero no como un eje temático transversal que oriente y armonice el logro de las mismas. Estos hallazgos distan del desarrollo ideal para la enseñanza de las competencias comunicativas donde se requiere el diseño de un programa ajustado al contexto con el uso de técnicas e instrumentos específicos.

Las problemáticas del ejercicio médico y la relación médico paciente en función de la comunicación y el humanismo, deben ser tratados desde el currículum médico; la academia debe asumir estos desafíos y responder a la responsabilidad social y ética con la sociedad, estimulando nuevos aspectos académicos y holísticos para una educación integral para el siglo XXI.

A partir de lo expuesto anteriormente, fue posible consolidar la pregunta problema que dio origen a este documento académico: ¿Cuáles son las características que debe tener un currículo para desarrollar las competencias comunicativas en estudiantes de medicina en Colombia?

4. Contexto de la Competencia Comunicativa en Medicina

En el contexto colombiano la salud y la atención a la población está regida por las normas de la ley 100 Artículo 97:

“...el médico general es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la E.P.S. será más estrecho, frecuente y regular a través de su médico general. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos. En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud”. (1)

Desde el año 2015 con la Ley estatutaria en salud ley 1751 de 2015, por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y otros derechos, el derecho a la salud comprende la atención de manera oportuna, eficaz y con calidad para el mejoramiento de la salud. Entonces es una necesidad, el transformar la educación para fortalecer los sistemas de salud para el nuevo siglo; el fin de esta acción es poner al día y dar respuesta a los retos de la sociedad, siendo mínimo el desfase entre las competencias profesionales y las necesidades de la población que desean una mejoría en las habilidades de comunicación (2).

Con este panorama, el gobierno promulga la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), contenida en la resolución 429 de 2016. Esta resolución busca transformar los servicios a través

de una atención centrada en el paciente, por el cual el modelo de educación actual probablemente no sea suficiente para orientar las decisiones y los procesos de los dos sistemas, es decir salud y educación en Colombia.

Desde otra perspectiva se avizora que la mayoría de las instituciones académicas tienen en su plan de estudios asignaturas relacionadas con la comunicación, pero no exploran algunos tópicos en la competencia comunicativa importantes para el futuro profesional médico, por ende, no se logra desarrollar todas las competencias profesionales para el futuro egresado. El Ministerio de Salud de Colombia, clasifica las competencias transversales de los profesionales de la salud en siete dominios y competencias; uno de los dominios es la relación interpersonal compuesta en primer término por la competencia para establecer relaciones con las personas, familias y comunidad basadas en el respeto y orientadas al logro de mejores condiciones de salud. En segundo término, tiene con fin mantener las relaciones de cooperación con colegas y profesionales de otras disciplinas dirigidas a fortalecer el equipo de salud y su acción profesional. (3)

Mejorar nuestras técnicas de comunicación es un reto académico y profesional, para esto se deben buscar métodos y estrategias de aprendizaje y ejecutarlos en el plan de estudios de pregrado, con el fin de impactar la calidad en la atención dando como resultado un profesional más cálido, humana y sensible en el tiempo de atención previsto por la ley, y así obtener un mejor aprovechamiento del tiempo de consulta con mejores resultados colectivos en salud.

El docente como mediador tal como lo expresa (Blanchard y Muzás, 2005, 18-19), media entre el alumno y la realidad y ofrece claves para comprenderla, asimilarla, asumirla, e integrarla; además escucha al alumno, dialoga con él y ofrece pistas o señales de ruta, que pueden ayudar en medio de las turbulencias de un mundo en perpetuo cambio. Corresponde a los

docentes, ayudar al estudiante a conocer sus competencias y capacidades, a tomar conciencia que el mundo es cambiante, todo esto durante el proceso enseñanza aprendizaje e identificar los niveles de desarrollo cognitivo y mental, así como las falencias del estudiante y como superarlas.

Finalmente, para el perfil profesional del médico la competencia comunicativa es un pilar fundamental en la construcción de un profesional ético, humano, empático; capaz de transformar, educar y resolver los conflictos éticos-filosóficos que a diario acompañan su ejercicio profesional en una sociedad cambiante rebotante de tecnología e información. Queremos plantear alternativas para el desarrollo de la competencia comunicativa en el estudiante de medicina.

5. Marco Teórico

5.1 Marco disciplinar y legal

Desde la norma de normas que es la Constitución Política de Colombia de 1991, se enfatiza en la formación integral del estudiante y la necesidad de implementarla en todas las instituciones formadoras de recurso humano, comenzando por la educación primaria hasta niveles de formación universitaria y superiores (6).

En la profesión médica en Colombia inciden la ley 100 de 1993, como norma superior que define el sistema de salud y, en educación el decreto 1075 de 2015 que regula la creación de programas en educación superior.

La ley 30 de 1992 modificada por la ley 1740 de 2014, establece que le corresponde al Estado velar por la calidad del servicio educativo mediante el ejercicio de la inspección y vigilancia de la educación superior ejercida mediante un proceso de evaluación para garantizar la calidad, el cumplimiento de sus fines, la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos y la adecuada prestación del servicio. Entrará en vigor, un nuevo decreto el 1280 de 2018, cuyas disposiciones reglamentan el sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior, el registro calificado, y la acreditación. Para este fin el gobierno promulga esta ley, que entre otros temas se refiere al currículo y las competencias profesionales, plantea asegurar la pertinencia del programa académico, sus enfoques, metodologías, y estrategias con el fin de mantener el currículo actualizado y congruente con los requerimientos de la profesión, buscando el desarrollo de las competencias de los futuros profesionales.

De la misma manera el gobierno garantiza el talento humano en salud mediante la expedición de la ley 1164 de 2007 la cual establece los principios generales en el artículo 2, que regirán el talento humano del área de la salud: equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, unidad, efectividad. En la descripción de calidad, expone la importancia de las competencias profesionales “...se reconocen en calidad dos componentes interrelacionados, el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación y la satisfacción con el mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios”. Esta misma ley dispone: “de la pertinencia de los programas en el área de la salud” y define competencia como: “una actuación idónea que emerge en una tarea concreta en un contexto determinado”. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes, y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer, y el saber-hacer.

Con estos antecedentes legales, la Academia Nacional de Medicina y el Colegio Médico en conjunto con otros grupos académicos plantean la definición de médico en Colombia y el perfil y las competencias para un médico en Colombia, médico debe ser un profesional poseedor de una sólida formación humanística, filosófica, científica, y social fundamentada en aspectos pertinentes de ciencias básicas generales, ciencias básicas médica, ciencias clínicas, ciencias sociales de las áreas del conocimiento y de la práctica clínica; competente para reconocer, interpretar e intervenir de manera individual, interprofesional e interdisciplinar, los determinantes biológicos, ambientales y sociales de la salud, con sujeción a los principios fundamentales de la ética y bioética, y con visión humanística de la relación médico paciente y su proyección a la persona, la familia y la sociedad. (17)

6. Marco Conceptual

Como se expresa en el apartado anterior en educación y gestión de talento humano, el termino competencia hace referencia al desempeño con idoneidad y responsabilidad. Nos adentramos ahora a tener una visión sobre el currículo en espiral y la competencia comunicativa. En primer lugar, el plan de estudios en espiral está basado en la investigación del psicólogo y educador estadounidense Jerome Bruner, para el investigador, el estudiante revisa las ideas principales y las construye aumentando la dificultad e intensidad. En cada progresión, conecta el aprendizaje nuevo con el aprendizaje anterior hasta que logra dominar un tema o habilidad. Está diseñado para enrollarse hacia arriba, regresando al mismo lugar o tema repetidamente, pero a un nivel

más alto en la espiral. En cada nivel, los alumnos recuerdan las lecciones anteriores y son introducidos a componentes más complejos del tema. Los estudiantes son cada vez más desafiados lo que puede conducir a una mayor competencia y retención (7).

Las características de un currículo en espiral tal como lo expresó Brunner (retomado por Harden et al. 1997; revisado en Harden & Stamper 1999) son: primero los temas son revisados por los estudiantes varias veces; segundo los niveles de dificultad son sucesivos y cada vez mayores; tercero el nuevo conocimiento, es relacionado con el anterior, la secuencia de requisitos previos proporcionan vínculos a medida que el estudiante gira en espiral hacia arriba, reforzando lo que ya conoce y entrelazándose con el nuevo conocimiento, así la competencia del estudiante va en aumento. La primera aplicación de esta metodología se dió en la Universidad de Dundee. Allí, los estudiantes en la primera fase estudiaban la estructura, función y comportamiento normal; en la fase dos estudiaban la estructura, función y comportamiento anormal; para finalmente en la fase tres y cuatro relacionar lo aprendido con la práctica clínica, llevando esto al manejo del paciente.

Las ventajas de esta metodología son múltiples: la primera es el refuerzo, implicando una exposición continua al tema, por parte del estudiante. Una segunda ventaja es lograr una mejor comprensión, dado que se va de lo simple a lo complejo. Una tercera ventaja es la integración del conocimiento y la interdisciplinariedad. Y por último, presenta una secuencia lógica, con un objetivo en la aplicación de conocimientos y habilidades.

La definición y características del currículo en espiral, fue publicada por Harden y Stamper, en la revista *Medical Teacher*, vol. 21 Número 2, (1999). En este artículo se retoma el concepto de modelo espiral y se aplica luego al currículo médico en el Reino Unido (Harden et al. 1997; revisado en Harden & Stamper 1999). En este modelo, las ciencias básicas y clínicas interactúan

por igual en todas las fases del currículo, con temas comunes que los unen a medida que los participantes progresan de estudiante a profesional médico. Este modelo se introdujo en respuesta a la llamada del General Medical Council para "la verdadera integración del curso, tanto horizontal como vertical, utilizando el término en el sentido de síntesis interdisciplinaria y no simplemente la coordinación o sincronización de los componentes basados en el departamento" (GMC 1993). Uno de los resultados observados es que los beneficios de este modelo son un refuerzo de los temas a través de una progresión natural de lo simple a lo complejo, utilizando un plan de estudios que "rompe las barreras y los límites que han crecido entre los cursos y los departamentos" (Harden & Stamper 1999, p. 142). Los temas como los métodos clínicos, la ética y la promoción de la salud se extienden a lo largo de todos los años del currículo, lo que lleva al modelo a una era más moderna, al enfatizar el concepto más amplio de las ciencias clínicas, que se consideran más relevantes para el éxito de los médicos. El concepto había sido descrito por Jerome Bruner en 1960, la estrategia consiste en revisar los temas con aumento de la profundidad, dificultad, estableciendo vínculos con el conocimiento anterior, logrando mejores metas en el logro de las competencias del estudiante.

Debido a la relación de continuidad entre las competencias, el currículo en espiral parece ser una alternativa viable para asegurar un aprendizaje profundo y significativo. Desde una perspectiva constructivista, el currículo en espiral destaca la importancia de la participación responsable del individuo en el propio proceso de aprendizaje, en el descubrimiento de inclinaciones, en el aumento de la motivación intrínseca, en el pensamiento intuitivo en el aprendizaje. Además, se destaca el papel del docente como facilitador, mediador, motivador de la individualización del aprendizaje, de la estructuración óptima del proceso de aprendizaje y de la colaboración con otras personas para el mejoramiento de las estructuras cognitivas (8). Las

experiencias de aprendizaje propuestas a los estudiantes deben ser lo suficientemente desafiantes para tentarlos a las siguientes etapas de desarrollo, así como para mantener su motivación para aprender. Esto es en realidad, la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) de Vygotsky “la distancia entre el nivel de desarrollo real determinado por la resolución de problemas independiente y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de problemas bajo la guía de un docente o en colaboración con compañeros más capaces”.

Desde el enfoque socioformativo (Tobón, 2013)

Las competencias se definen como actuaciones integrales para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas de diversos contextos, con idoneidad, mejoramiento continuo y compromiso ético, desarrollando y poniendo en acción de manera articulada el saber ser, el saber convivir, el saber hacer y el saber conocer, con el fin de promover la realización personal, la construcción y afianzamiento del tejido social...

Por otra parte, la competencia comunicativa ha sido tratada por psicólogos, pedagogos y lingüistas. Con un enfoque lingüístico se destacan autores como Dell Hymes. El concepto de competencia comunicativa comprende para Hymes (1996), el paso de un proceso interno a una integración del desempeño en el contexto y está constituida por la competencia lingüística, la sociolingüística, la discursiva y la estratégica. Tal definición apunta hacia el aspecto verbal y pragmático, pero deja de lado el proceso de producción de significados. Hymes la define como la habilidad para usar la lengua, de ahí que indague acerca de cómo el conocimiento se convierte en uso. El considerar la competencia lingüística vinculada a la actuación, lo lleva a acuñar el término de competencia comunicativa. El enfoque comunicativo aborda la competencia

comunicativa como el conjunto de habilidades o capacidades que posibilita una participación apropiada en situaciones comunicativas específicas. Es decir, consiste en cumplir con los propósitos de la comunicación personal; esto es, lograr lo que se quiere o necesita y hacerlo dentro de lo socialmente aceptable (sentido y coherencia). Para autores como Tobón (2013) la competencia comunicativa es esencial y se debe orientar la formación y evaluación de esta competencia durante el proceso de formación de los estudiantes y profesionales.

El desarrollo de estos conocimientos se inicia desde el nacimiento y continúa durante toda la vida. También la definen como capacidades que regulan la comunicación interpersonal entre los sujetos, entre ellas: la autenticidad, la expresividad afectiva, la comprensión empática y la tolerancia. Se hace referencia al término apoyándose en los criterios de Habermas, quien conceptúa la competencia comunicativa como la capacidad de actuar comunicativamente, ajustando recíprocamente sus acciones en la búsqueda de un entendimiento mutuo intersubjetivo como principio generador de conocimiento y de su socialización. (9)

No hay una única definición de comunicación porque varios la conciben como una ciencia objetiva/cuantitativa, mientras que otros la consideran desde una perspectiva interpretativa/cualitativa.

Según Miller son identificables tres características aceptadas de forma general: la comunicación tiene un carácter procesual, es simbólica y es transaccional. La primera característica confiere a la comunicación un sentido dinámico, continuo y complejo que no es aislable de forma arbitraria. La segunda hace mención a los símbolos, verbales o no verbales los cuales son necesarios para el proceso comunicativo. Por último, tiene que ver con su sentido transaccional, que tiene en cuenta dos aspectos, el contexto de los actores y su reciprocidad que construyen un significado compartido. De esta forma, se evidencia una transición en la

concepción de los actores implicados, quienes trascienden la noción del simple emisor/receptor a la de perceptores o “quienes perciben” puesto que lo que se transmite es un contenido que se vuelve mensaje en la medida en que los actores le otorgan un sentido. (10)

Dentro del contexto mundial las habilidades de comunicación representan un componente esencial de la competencia médica. Es así como el proyecto Tuning diseñó una metodología con competencias genéricas dentro de las cuales está la capacidad de comunicación oral y escrita, capacidad para aprender y actualizarse permanentemente, capacidad crítica y autocrítica. Como parte integral de las competencias específicas para medicina está la capacidad para comunicarse de manera eficaz oral, escrita y en forma no verbal, teniendo en cuenta la diversidad y las limitaciones que pueden dificultar la comunicación con los pacientes, la familia, el equipo de salud y la comunidad (11).

En el ámbito europeo destaca también, el Consenso Británico, documento desarrollado por 33 escuelas de medicina británicas, con un marco de referencia siendo esta la rueda curricular de comunicación con los siguientes dominios: respeto por los otros (como componente central), teoría y evidencia de las habilidades comunicacionales, tareas y habilidades de la entrevista clínica, temas específicos, comunicación de masas, comunicación con los que no son pacientes. Enmarcado en los principios de práctica reflexiva, profesionalismo, marco ético legal y práctica basada en pruebas científicas. (Tomado de consenso iberoamericano sobre un core curriculum de competencias comunicacionales para estudiantes de grado en medicina, Garcia de Leonardo Mena, 2016).

Para varios autores la comunicación clínica (The kalazoo consensus statement 2001, II report 2004; en Comunicación en el currículo medico medicina Upb 2017, 36(1), 59-70) hace parte del engranaje del ser, el saber y el quehacer del profesional médico y debe ser considerada como

parte integral de la educación, formación y acompañamiento al estudiante. Es necesario enseñar y evaluar las competencias comunicativas en el currículo médico, algunas de las propuestas y referentes para evaluar competencias de esta clase son consensos como el británico UK Consensus Statement, e instrumentos como la escala CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar, ayudar), u otra tal como the segue framework for teaching and assessing communication skills.

La comunicación es sin duda, dinámica continua y compleja, es parte clave de la interacción humana y fundamental para la relación clínica ya que se da entre seres humanos. Una adecuada comunicación favorece la construcción de una relación de confianza y empatía enmarcada en el respeto. Se ha aceptado en la academia que una comunicación centrada en el paciente, definida por Kaplan et al como aquella que implica al paciente porque garantiza una relación interpersonal con intercambio de información y favorece la toma de decisiones en conjunto (en Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. J Genn Intern Med 1997, suppl 2), esto es esencial para un cuidado médico de alta calidad. Los beneficios de una adecuada comunicación clínica se evidencian en una mejor evolución en la salud del paciente, mejor adherencia a la terapéutica, el paciente puede tomar decisiones informadas y mejorar las alianzas terapéuticas, además favorece la educación y promoción en salud para prevenir la enfermedad.

Para esta propuesta se tomó el trabajo de tesis doctoral de Cristina García de Leonardo Mena (12) quien define seis áreas competenciales propias de la comunicación clínica que permite categorizarlas así:

- Comunicación con el paciente.
- Comunicación con la familia del paciente.

- Comunicación intrapersonal.
- Comunicación intra e interprofesional.
- Comunicación por diferentes vías (escrita, informática, telefónica)
- Comunicación en situaciones especiales.

Una de las publicaciones sobre la aplicación del currículo en espiral es la experiencia en la Universidad de Augsburgo, para una facultad de medicina. Allí definieron las siguientes competencias: experiencia médica, razonamiento científico independiente, argumentación, educación y habilidades en comunicación. Las habilidades sociales y de comunicación se promueven integrando asignaturas de los dos primeros años: curso de introducción, bloques medico paciente, perspectivas vivir y morir, con el curso clínico y las practicas clínicas. En los cursos longitudinales en ciencia, se incluye leer y evaluar críticamente la literatura científica, el conocimiento de las metodologías de investigación médica y sus contextos científicos y sociológicos. Un elemento central de la metodología es la planificación y realización de un proyecto en investigación científica en los años básicos; en los posteriores se amplia el conocimiento en estadística, métodos cualitativos etc. (13)

Year of study	6	Final Medical School Year (Practical)								
		Optional Doctoral Degree Program								
	5		Conservative Med. 3 Abdomen	Surgical Med. 3 Abdomen	Men's- Women's- Children's Med. 3	The Senses 3	Nervous system and Med. 3	Elective Semester for the scientific project		
	4	Diagnosis and Therapy 3	Conservative Med. 2 Throat, lungs, cardiovascular	Surgical Med. 2 Throat, lungs, cardiovascular	Men's- Women's- Children's Med. 2	The Senses 2	Nervous system and Med. 2	General Medicine 2	Clinical block practicum	Scientific block practicum
	Longitudinal clinical course									
	Longitudinal scientific course									
3	Diagnosis and Therapy 1	Conservative Med. 1 Musculoskeletal	Surgical Med. 1 Musculoskeletal	Men's- Women's- Children's Med. 1	The Senses 1	Nervous system and Med. 1	General Medicine 1	Clinical block practicum	Scientific block practicum	
Longitudinal clinical course										
Longitudinal scientific course										
2	Doctor and Patient	Contact				Perspectives	Living and Dying			
Longitudinal clinical course										
Longitudinal scientific course										
1	Propedaeutics and Introduction to the Biopsychosocial model		Movement			Balance				
Longitudinal clinical course										
Longitudinal scientific course										

Figura 1. Ilustración de los bloques centrados en órganos y sistemas del plan de estudios de la universidad de Augsburgo.

Figura tomada de Development of the competency- based medical curriculum for the new Ausburg University medical school. Hartl Anaj, Berberat Pacal et al. Gms Journal for medical education 2017.Vol 34 (2).

La competencia comunicativa va mas allá de la comunicación médico paciente pues implica habilidades cognitivo lingüísticas que soportan la escucha activa, la lectura, la escritura y la oralidad en el contexto del aprendizaje y práctica de la medicina. 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. Tal como lo expresa la autora Villegas (2017), en el artículo de revisión, “Comunicación en el currículo médico”, una adecuada comunicación tiene efectos en la salud del paciente. Por ejemplo, si hay confiabilidad en la información dada por el paciente seguramente la precisión en el diagnostico será mayor.

Refiere la autora además una mejor evolución en la salud del paciente, la adherencia terapéutica, y un aumento en la satisfacción del paciente.

La concepción curricular es variable, tanto en contenidos, como en didáctica, metodología, evaluación e intensidad horaria. Va desde cursos, módulos, seminarios hasta talleres integrados en otras asignaturas. También el tipo de docente es diferente pues va desde expertos en áreas sociales hasta docentes clínicos. Comenta la autora que se identifica una progresión hacia la necesidad de incluir el componente de comunicación de manera integrada y transversal al currículo médico durante toda la formación del estudiante. Estas propuestas curriculares deben considerar enfoques de cuidado centrado en el paciente, con el fin de estimular su autocuidado y el compromiso en el plan de atención. Las metodologías pueden ser clases magistrales, talleres, video grabaciones, entrevista paciente simulado o real en la práctica clínica. Las metodologías experienciales tales como lo destaca la autora incluyen simulación, juego de roles, discusiones en grupo, sobre la interacción con pacientes durante la practica, reconoce además que es mejor el uso combinado de estas metodologías por el impacto en el aprendizaje en el estudiante.

En Colombia, el artículo sobre las reflexiones acerca de la competencia comunicativa en los pregrados de las áreas de salud de universidades Colombianas (15) FEM 2015; 18(3): 211-217), este es producto de las respuestas dadas en un encuentro de decanos de facultades de salud. La pregunta que orientó este proyecto fue ¿cómo está estructurada la enseñanza de comunicación en los programas de salud de sus instituciones? Concluyen que el tema de comunicación se desarrolla de diferentes formas en el currículo; de igual manera, se destaca el valor de la interdisciplinariedad, y que dicha formación debe ser transcurricular y explícita en el currículo, con prácticas reflexivas e integradas en las discusiones clínicas. (15)

Teniendo en cuenta los aportes teóricos mencionados anteriormente, es posible establecer la importancia de desarrollar la competencia comunicativa como una de las más trascendentales a la par con el desarrollo de las competencias disciplinares propias de la medicina. En pocas palabras, parte importante de la formación integral del estudiante de medicina es el desarrollo de una dimensión comunicativa que permita su incorporación en la práctica clínica, como componente de sus competencias profesionales.

7. Propuesta Comunicativa para el Programa de Medicina Utilizando la Metodología de Curriculum en Espiral

Tema: La comunicación clínica.

Dirigido a: Estudiantes de medicina iii año de una universidad pública del noroeriente colombiano.

En este apartado se incluye un caso de aplicación de algunas estrategias de enseñanza utilizando la metodología del curriculum en espiral de Brunner. Para tal fin, se utiliza la competencia comunicativa del consenso de expertos para la educación médica (García de Leonardo et al ,2016) fortaleciendo la formación integral del estudiante y se plantea el saber, el saber hacer y el saber ser.

Las metas de aprendizaje abarcan la comunicación oral, la entrevista clínica, la relación empática con el paciente, las barreras de la comunicación y estrategias para superarlas.

SABER:

- Conoce el significado de términos claves como: escuchar, preguntar, escucha activa, comunicación asertiva.
- Describe los elementos que contiene la historia clínica.
- Conoce los aspectos mas relevantes de la comunicación no verbal.
- Conoce los beneficios de la comunicación empática.

SABER HACER

- Interpreta el lenguaje verbal y no verbal del paciente.
- Conduce una entrevista clínica integrando el contenido.
- Identifica dificultades en la comunicación y desarrollar estrategias para superarlas.

SABER SER

- Incorpora habilidades de comunicación en la práctica médica diaria, respetando al paciente y su familia.

Etapa 2**TAREAS AUTÉNTICAS**

- **Motívate a conocer y desarrollar habilidades comunicativas.** Talleres interactivos con pacientes simulados.
- **Educación a la comunidad** Crea un póster para desarrollar una estrategia para educar a la comunidad sobre la importancia de escuchar al otro.

OTRAS EVIDENCIAS

- Texto reflexivo y organizador gráfico: Realiza un texto reflexivo y un organizador gráfico donde exprese las consecuencias de una mala comunicación con el paciente y la familia.
- En la plataforma Moodle realiza las actividades del modulo como alcanzar acuerdos y compartir decisiones con el paciente y su familia.
- Entrevista clínica con pacientes en atención primaria.
- Reflexiona sobre la totalidad de los factores que influyen en la comunicación

Etapa 3**ACTIVIDADES- Tiempo estimado 24 horas TAD/ 24 horas TI. TOTAL 48 HORAS.**

Para obtener la atención de los estudiantes: ¿Cree que existe dificultades en la comunicación?

1. Video: video de entrevistas clínicas donde se impliquen situaciones de pacientes mutistas, agresivos, logorreicos, depresivos, psiquiátricos.
2. En la plataforma Moodle el estudiante realiza las actividades del modulo “como alcanzar acuerdos y compartir decisiones con el paciente y su familia”.
3. Trabajo colaborativo para crear poster con el fin de educar sobre la importancia de escuchar al otro.
4. Los estudiantes realizaran un texto reflexivo y un organizador gráfico que refleje cuales son las consecuencias de una mala comunicación clínica con el paciente y la familia.
5. Simulación: Cada estudiante realiza entrevista clínica con paciente simulado.
6. Caso clínico desarrollado por los estudiante con juego de roles.
7. Entrevista clínica con pacientes en atención primaria.
8. Estrategias planteadas por los estudiantes para implementar una comunicación asertiva y empática.

ACTIVIDAD 1: VIDEO

A. Trabajo del estudiante: Analiza el caso presentado. Elabora un informe sobre los datos que considera relevantes. Tendra en cuenta sus presaberes sobre la comunicación.

B. Secuencia de actividades a desarrollar:

1. Organiza grupos de 3 personas
2. Revisa la información suministrada y valorar el estado clínico del paciente y su interrelacion con el profesional medico.
3. Analiza el caso del video.
4. Socializa las conclusiones.
5. Extrae el aspecto positivo y negativo de los casos del video.

C. Operaciones mentales:

1. Identificación de datos relevantes.
2. Análisis

-
3. Síntesis
 4. Razonamiento divergente
 5. Transferencia
- D. Funciones Cognitivas:**
1. *Funciones Cognitivas de entrada:* Percepción clara de la información, exploración sistemática de la situación planteada, habilidades lingüísticas.
 2. *Funciones cognitivas de elaboración:* Selección de información relevante, percepción y definición de un problema, interiorización y representación mental, conducta comparativa, evidencia lógica.
 3. *Funciones cognitivas de salida:* Comunicación explícita, instrumentos verbales para comunicar la respuesta, control de las respuestas.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: El nivel de complejidad es medio bajo, puesto que ya tienen el conocimiento teórico sobre la finalidad de la entrevista clínica y los aspectos básicos de la comunicación.

ACTIVIDAD 2: PLATAFORMA MOODLE.

- A.** Trabajo del estudiante: Ingresa a la plataforma moodle y realiza las actividades del módulo como alcanzar acuerdos y compartir decisiones con el paciente y la familia.
- B.** Secuencia de actividades
1. En clase se realizará una clase magistral sobre la toma de decisiones en la práctica clínica.
 2. En la plataforma moodle cursará el módulo “como alcanzar acuerdos con el paciente y la familia”.
- C.** Operaciones mentales:
1. Identificación
 2. Evocación
 3. Clasificación
 4. Codificación
 5. Decodificación
- D.** Funciones Cognitivas
1. *Funciones cognitivas de entrada:* Percepción clara, orientación espacial y temporal, precisión y exactitud en la recogida de la información.
 2. *Funciones cognitivas de elaboración:* Percepción y definición de un problema, organización y estructuración perceptiva, clasificación cognitiva.
 3. *Funciones cognitivas de salida:* Reducción en las respuestas por ensayo y error, precisión y exactitud en las respuestas, control de las respuestas.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: Medio, deberá realizar las actividades de la plataforma moodle.

ACTIVIDAD 3: TRABAJO COLABORATIVO MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE POSTER.

- A.** Trabajo del estudiante: Leer sobre el tema técnicas de comunicación la escucha activa.
- B.** Secuencia de actividades.
1. Organiza grupos de 5 personas
 2. Lee el documento técnicas de comunicación creativa en el aula: escucha activa, el arte de la pregunta, la gestión de los silencios. Educación y futuro 24, (2011). Autores Angel Hernando Gómez y otros.
 3. Realiza un análisis del documento.
 4. Presenta un informe escrito al docente, donde plasmen sus opiniones y propongan una estrategia para enseñar a otros como mejorar la escucha activa.
- C.** Operaciones mentales:
1. Identificación
-

-
2. Comparación
 3. Análisis
 4. Síntesis
 5. Razonamiento lógico, inferencial
 6. Transferencia
 7. Planificación

D. Funciones Cognitivas

1. *Funciones cognitivas de entrada:* Percepción clara, exploración sistemática de una situación de aprendizaje, habilidades lingüísticas, precisión y exactitud en la recogida de la información.
2. Funciones cognitivas de elaboración: Selección de información relevante, organización y estructuración perceptiva, evidencia logica, clasificacion cognitiva
3. *Funciones cognitivas de salida:* Comunicación explicita, instrumentos verbales para comunicar la respuesta, elaboración en la comunicación de la respuesta, control de la respuesta.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: Alto. El estudiante debe aplicar los conocimientos para posteriormente realizar transferencias a su práctica profesional diaria, planteando así soluciones al problema.

ACTIVIDAD 4: TEXTO REFLEXIVO

A. Trabajo del estudiante: Realiza un texto reflexivo donde expresen las consecuencias de una mala comunicación.

B. Secuencia de actividades a desarrollar:

1. Organiza grupos de 2 personas
2. Realiza una lectura del texto el coste de la mala comunicación, autores Carlos Camps, Vega Iranzo Gonzáles-Cruz y Cristina Caballero Diaz. Servicio oncología médica. Consorcio hospital general universitario. Valencia.
3. Presenta las consecuencias de la comunicación no asertiva por medio de un organizador gráfico.

C. Operaciones mentales:

1. Identificación
2. Comparación
3. Análisis
4. Síntesis
5. Codificación
6. Razonamiento inferencial y divergente.

D. Funciones Cognitivas

1. *Funciones cognitivas de entrada:* Percepción clara de la información, habilidades lingüísticas, exploración sistemática de una situación de aprendizaje.
2. *Funciones cognitivas de elaboración:* Selección de información relevante, organización y estructuración, amplitud y flexibilidad mental.
3. *Funciones cognitivas de salida:* Habilidades lingüísticas, precisión y exactitud en las respuestas, elaboración y desinhibición en la comunicación de la respuesta.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: Alto, dada las competencias lectoescritoras requeridas y los conceptos previos que tengan del tema. Además, implica un alto nivel de abstracción, pues requiere tareas de comprensión y composición de textos.

ACTIVIDAD 5: TALLER REALIZACION DE ENTREVISTA CLINICA CON PACIENTE SIMULADO.

A. Trabajo del estudiante: Conoce la estructura de la entrevista clinica y desarrollar las habilidades de comunicación con un paciente simulado.

B. Secuencia de actividades:

-
1. En actividad de clase se presentará el tema de la entrevista clínica y su estructura.
 2. El estudiante debe realizar el taller, experimentado los contenidos de una entrevista clínica.
 3. Posteriormente se realiza por parte del docente retroalimentación, con puesta en común y discusión grupal.
- C. Operaciones mentales:**
1. Identificación
 2. Codificación
 3. Decodificación
 4. Planificación
- D. Funciones Cognitivas**
1. *Funciones cognitivas de entrada:* Percepción clara, exploración sistemática de una actividad de aprendizaje, habilidades lingüísticas a nivel de entrada, precisión y exactitud en la recogida de la información.
 2. *Funciones cognitivas de elaboración:* percepción y definición de un problema, amplitud y flexibilidad mental, planificación de la conducta, clasificación cognitiva.
 3. *Funciones cognitivas de salida:* Instrumentos verbales para comunicar la respuesta, precisión y exactitud en las respuestas.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: alto; el estudiante debe desarrollar sus habilidades comunicativas para desarrollar el taller.

ACTIVIDAD 6: CASOS CLINICOS CON JUEGO DE ROLES.

- A.** Trabajo del estudiante: Desarrollar la entrevista clínica con los roles asignados a cada estudiante.
- B.** Secuencia de actividades.
1. Organiza grupos de 3 personas
 2. Lee el rol y adaptarlo a cada caso clínico.
 3. Realiza un análisis de los resultados
 4. Presenta un informe escrito al docente, donde plasmen sus opiniones y propongan una estrategia para resolver las barreras comunicativas.
- C.** Operaciones mentales:
1. Identificación
 2. Comparación
 3. Análisis
 4. Síntesis
 5. Razonamiento lógico, inferencial
 6. Transferencia
 7. Planificación
- D.** Funciones Cognitivas
- *Funciones cognitivas de entrada:* Percepción clara, exploración sistemática de una situación de aprendizaje, habilidades lingüísticas, precisión y exactitud en la recogida de la información.
 - *Funciones cognitivas de elaboración:* Selección de información relevante, organización y estructuración perceptiva, evidencia lógica, clasificación cognitiva
 - *Funciones cognitivas de salida:* Comunicación explícita, instrumentos verbales para comunicar la respuesta, elaboración en la comunicación de la respuesta, control de la respuesta.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: Alto. El estudiante debe aplicar conocimientos, realizar comparaciones, análisis, síntesis, y razonamiento para concluir.

ACTIVIDAD 7: ENTREVISTA CLINICA CON PACIENTES EN PRIMER NIVEL DE ATENCION

-
- A.** Trabajo del estudiante: Desarrolla la entrevista clínica con un paciente en primer nivel de atención.
-

-
- B.** Secuencia de actividades.
1. Atención individualizada del paciente
 2. Heteroevaluación por parte del docente
 3. Realizar retroalimentación al estudiante.
 4. Presentar un informe escrito al docente, donde plasme las opiniones de la práctica, sensaciones, emociones y aprendizaje.
- C.** Operaciones mentales:
1. Identificación
 2. Comparación
 3. Análisis
 4. Síntesis
 5. Razonamiento lógico, inferencial
 6. Transferencia
 7. Planificación
- D.** Funciones Cognitivas
1. *Funciones cognitivas de entrada:* Percepción clara, exploración sistemática de una situación de aprendizaje, habilidades lingüísticas, precisión y exactitud en la recogida de la información.
 2. *Funciones cognitivas de elaboración:* Selección de información relevante, organización y estructuración perceptiva, evidencia logica, clasificacion cognitiva
 3. *Funciones cognitivas de salida:* Comunicación explicita, instrumentos verbales para comunicar la respuesta, elaboracion en la comunicación de la respuesta, control de la respuesta.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: Alto. El estudiante debe aplicar conocimientos, realizar comparaciones, análisis, síntesis, y razonamiento para concluir.

ACTIVIDAD 8: ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR UNA COMUNICACIÓN ASERTIVA Y EMPATICA.

- A.** Trabajo del estudiante: Plantea estrategias que contribuyan a la adopción de buenos hábitos de comunicación.
- B.** Secuencia de actividades:
1. Realiza un listado de actividades diarias.
 2. Plantea una estrategia para tener buenos hábitos.
 3. Reconoce el beneficio de una comunicación asertiva y empática en la práctica clínica.
- C.** Operaciones mentales:
1. Identifica.
 2. Comparación.
 3. Análisis.
 4. Síntesis.
 5. Clasificación.
 6. Razonamiento lógico e inferencial.
 7. Planificación.
- D.** Funciones Cognitivas:
1. *Funciones cognitivas de entrada:* Percepcion clara, habilidades lingüísticas, relación de dos o más fuentes de información, precisión y exactitud en la recogida de la información.
 2. *Funciones cognitivas de elaboración:* Percepción y definición de un problema, selección de la información relevante, interiorización y representación mental, amplitud y flexibilidad mental, planificación, organización y estructuración perceptiva, conducta comparativa, evidencia lógica, clasificación cognitiva.
 3. *Funciones cognitivas de salida:* Comunicación explicita, instrumentos verbales, elaboración en la comunicación de la respuesta, precisión y exactitud en las respuestas.

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ACTIVIDAD: Alto. Requiere competencias en lecto escritura, alto nivel de abstraccion, y transferencia de informacion como habitos diarios para implementar una comunicación asertiva con el paciente y su familia.

Con esta propuesta, se busca que a la vez que los estudiantes desarrollan las competencias disciplinares específicas, también logren desarrollar habilidades comunicativas que permitan un mejor clima en la atención del paciente, con una comunicación más humana, cálida y empática. Es necesario recordar que el profesional del siglo XXI debe desarrollar otro tipo de habilidades de supervivencia en el mundo laboral, lo cual hace parte de la formación integral.

Esta propuesta tiene en cuenta las condiciones del estudiante, los contextos del ejercicio profesional y el sistema de salud.

8. Conclusiones

La formación integral en medicina incluye las habilidades de comunicación como parte de las competencias básicas del profesional, las cuales ayudan a conseguir resultados positivos en salud.

Las habilidades de comunicación, la inteligencia emocional, el trato del paciente y con otros colegas constituyen elementos importantes de la competencia profesional médica.

En el proceso de formación de la competencia comunicativa, también es necesario incluir el tema del liderazgo médico dentro de la organización de salud del país y sus diferentes niveles de atención.

La implementación de la estrategia de currículo en espiral, fomenta las habilidades sociales y comunicativas del estudiante debido a la integración de saberes e interdisciplinaridad durante los seis años del plan de estudios de la carrera de medicina.

Las habilidades comunicativas permiten mejorar la relación médico paciente y estas deben hacer parte de la formación integral del médico. El docente debe enseñar y promover el desarrollo de habilidades blandas durante el proceso enseñanza aprendizaje del futuro profesional médico.

9. Recomendaciones

Los diseños curriculares deben tener en cuenta los avances científicos y tecnológicos, las políticas educativas e institucionales, los estudiantes activos y egresados, las características de la institución educativa y los contextos en relación con el sistema de salud.

Las metodologías utilizadas para el desarrollo de las competencias comunicativas, deben estar basadas en la participación e interacción entre los estudiantes. En el caso de las clases magistrales, deben ser interactivas. Adicionalmente, se sugieren talleres, foros, entrevistas a pacientes simulados y finalmente entrevistas a pacientes reales.

Enfatizar en la importancia de las metodologías experienciales interactivas y basadas en el aprendizaje por competencias, incluyendo simulación, juego de roles, discusiones en grupo, así como el aprendizaje basado en problemas y el contacto con la institución de salud desde el inicio de la carrera.

Implementar técnicas e instrumentos de evaluación que incluyan criterios para valorar el desarrollo de la competencia comunicativa en estudiantes de medicina.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre Raya, Dalila A. (2005). Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ Med Super* v.19 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep.
- Bravo salinas, Néstor (2007). Competencias proyecto Tuning Europa Tuning América Latina
- Garcia de Leonardo, Cristina (2016). Consenso iberoamericano sobre un core curriculum de competencias comunicacionales para estudiantes de grado en medicina.
- Garcia, Cristina y Mena, Leonardo (2016). Consenso iberoamericano sobre un Core currículo de competencias comunicacionales para estudiantes de grado en medicina.
- Gonzales Olaya, H.; Uribe Perez, C.; Delgado Rico. H. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relacion medico paciente en un programa de medicina de una universidad de colombia: una mirada desde el curriculo, los profesores y los estudiantes. *Edu Med*; 16 (4):227-233
- Harden y Stamper (1999). What is a spiral curriculum? *Medical Teacher*, vol. 21 Numero 2.
- Hartl, Anaj y Berberat, Pacal et al. (2017). Development of the competency- based medical curriculum for the new Ausburg University medical school. *Gms Journal for medical education*. Vol 34 (2).
- Krista, Singleton (2018). Incorporating a spiral curriculum into L&D. *Talent Development*
- Madalina, Micu (2017). A spiral journey: The quest for profound learning. *Bulletin of the Transylvania University of Brasov. Social science Law* Vol. 10 (59) # 2.

Michelena, Denisse (2014). Modelos de evaluación del aprendizaje en un currículo por competencias: el caso del currículo por competencias destinado a la formación de médicos.

Ministerio de Salud (2016). Perfiles y competencias profesionales en salud. Colombia.

Moral, Ruiz, Caballero Martínez, Fernando, et al. (2017). Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la facultad de medicina”, publicado en *Educ Med*; 18(4):289-297

Olga F. Salazar-Blanco, Cruzana Echeverri-Restrepo, Diana P. Díaz-Hernández (2015). Reflexiones sobre la competencia comunicativa en los pregrados de las áreas de salud de universidades colombianas. *FEM*. 18(3):211-217.

Ruiz Moral, Roger y Alvarez, Moreno (2017). La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. Santiago. Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. España. *Educ Med*. 18 (2): 125-135

Sánchez Angarita, J. (2017). La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico paciente. *Rev.Fac. Med*. Vol. 65 # 4: 641-8.

Tobón Sergio (2013). Metodología de gestión curricular una perspectiva socioformativa. Editorial Trillas.

Villegas, C. (2017). Comunicación en el currículo medico. 59-70: *Med U.P.B*. 36(1).