

Role-playing para la mejora de las habilidades comunicativas en estudiantes de grado de Odontología. Un ensayo clínico no aleatorizado

Octavi CAMPS-FONT, Alba SÁNCHEZ-TORRES, Jorge TOLEDANO-SERRABONA, Gemma SANMARTÍ-GARCÍA, Daniel ABAD-SÁNCHEZ, Rui FIGUEIREDO, Eduard VALMASEDA-CASTELLÓN, M. Ángeles SÁNCHEZ-GARCÉS

Introducción. Se trata de analizar el impacto de una secuencia formativa en la autopercepción del alumnado sobre las habilidades comunicativas. Secundariamente, se pretende conocer el grado de satisfacción del alumnado en relación con las actividades propuestas.

Métodos. Es un estudio cuasi experimental realizado sobre cuatro de los subgrupos de prácticas de la asignatura obligatoria de cuarto curso Cirugía Bucal Clínica e Implantología. Dos de los subgrupos recibieron una secuencia formativa específica para la mejora de sus habilidades comunicativas ($n = 40$) y los otros dos actuaron como controles ($n = 47$). Al inicio y al final del estudio, los participantes respondieron el cuestionario validado SE-12 de autopercepción sobre comunicación odontólogo-paciente. La estrategia evaluativa fue continua y formativa. Se analizaron y compararon las puntuaciones de los distintos indicadores e instrumentos de evaluación empleados.

Resultados. A excepción de un alumno del grupo de control, todos los estudiantes participaron de forma activa en el proyecto. En ambos grupos se observó una mejora estadísticamente significativa en la percepción de las habilidades comunicativas ($p < 0,001$). No obstante, los alumnos asignados al grupo experimental percibieron una mejora significativamente mayor (diferencia de medias = 0,96 puntos; intervalo de confianza al 95% = 0,66-1,27; $p < 0,001$). Los alumnos valoraron la secuencia con un 8,56 (desviación estándar = 1,14).

Conclusiones. La implementación de la secuencia formativa produjo una mejora en la percepción que tienen los estudiantes sobre sus habilidades comunicativas. Es necesaria la inclusión de programas longitudinales de formación en comunicación en los planes de estudio para acreditar la consecución de las competencias comunicativas.

Palabras clave. Aprendizaje. Educación dental. Habilidades comunicativas. Juego de roles. Relación paciente-dentista. Simulación.

Role-playing for the improvement of communication skills in Dentistry undergraduate students. A non-randomized clinical trial

Introduction. To analyze the impact of a training-learning sequence on students' self-perception of communication skills. Secondarily, to know the degree of student satisfaction in relation to the proposed activities.

Methods. A quasi-experimental study was carried out on four of the clinical practice subgroups of Clinical Oral Surgery and Implantology (fourth year of study). Two of the subgroups received a specific training-learning sequence to improve their communication skills ($n = 40$) and the other two served as controls ($n = 47$). At the beginning and end of the study, the participants answered the validated SE-12 self-perception questionnaire on dentist-patient communication. The evaluation strategy was continuous and formative. The scores of the different indicators and evaluation instruments used were analyzed and compared.

Results. Except for one student in the control group, all students participated actively in the project. In both groups, a statistically significant improvement was observed in the perception of communication skills ($p < 0.001$). However, the students assigned to the experimental group perceived a significantly greater improvement (difference in means = 0.96 points; 95% confidence interval = 0.66-1.27; $p < 0.001$). The students valued the training-learning sequence with an 8.56 (standard deviation = 1.14).

Conclusions. The implementation of the training-learning sequence produced an improvement in the perception that students have about their communication skills. It is necessary to include longitudinal training programs in communication in the curricula to prove the achievement of communication skills competences.

Key words. Communicative skills. Dental education. Dentist-patient relations. Learning. Patient simulation. Role-playing.

Departamento de Odontostomatología. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona (O. Camps-Font, A. Sánchez-Torres, J. Toledano-Serrabona, G. Sanmartí-García, D. Abad-Sánchez, R. Figueiredo, E. Valmaseda-Castellón, M.Á. Sánchez-Garcés). Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge IDIBELL. Barcelona, España (O. Camps-Font, A. Sánchez-Torres, J. Toledano-Serrabona, G. Sanmartí-García, R. Figueiredo, E. Valmaseda-Castellón, M.Á. Sánchez-Garcés).

Correspondencia:

Dra. Alba Sánchez Torres. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus de Bellvitge. Universitat de Barcelona. Pabellón de Gobierno, 2.ª planta, despacho 2.9. Calle de la Feixa Llarga s/n. E-08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

E-mail: albasancheztorres@ub.edu

© 2023 FEM

Introducción

La comunicación efectiva con los pacientes es una competencia crucial para cualquier disciplina enmarcada en las ciencias de la salud [1-3]. Tratar con los pacientes es a menudo un proceso complicado que implica no sólo el tratamiento, sino también la recopilación de información a través de la historia clínica, el asesoramiento, el razonamiento clínico y el diagnóstico. Por lo tanto, la comunicación es la base de una buena relación odontólogo-paciente y resulta de vital importancia para desarrollar confianza mutua e intercambiar información beneficiosa [4]. En efecto, diversas investigaciones han constatado que la comunicación eficiente permite mejorar la satisfacción del paciente y del profesional, aumenta la probabilidad de que los pacientes sigan las recomendaciones del médico, disminuye la ansiedad y el miedo de los pacientes al tratamiento dental, y reduce las quejas y demandas por mala praxis [5-10]. En consecuencia, para brindar una atención dental exitosa, los estudiantes de Odontología deben aprender y fomentar habilidades de comunicación efectivas con un nivel de pedagogía similar a los dedicados al desarrollo del conocimiento científico y las habilidades psicomotoras.

Históricamente, en el grado de Odontología de la Universitat de Barcelona, las habilidades comunicativas del alumnado se trabajan durante el propio transcurso de la propia práctica asistencial, dejando su enseñanza a la iniciativa y responsabilidad del estudiante o del profesor. Éste es un hecho relevante, pues hay que tener en cuenta que la comunicación debe enseñarse y aprenderse. Efectivamente, diversas investigaciones han demostrado que el mero hecho de atender a pacientes dentales durante el curso clínico no mejora la comunicación profesional, considerando de suma importancia la implementación de metodologías docentes activas que permitan desarrollarla [11,12]. Además, como es bien sabido que la evaluación impulsa el aprendizaje, es de gran importancia no sólo enseñar, sino también acreditar la consecución de las competencias comunicativas [13-15].

El *role-playing* o juego de roles es una de las técnicas e instrumentos que han demostrado ser más eficaces y eficientes en el aprendizaje de comunicación médica [16]. Puede definirse como un método de entrenamiento clínico inmerso en un ambiente seguro, de fácil accesibilidad, en el que se introducen situaciones clínicas de la vida real y está centrado en el estudiante [17]. Cuando se utiliza con eficacia, genera interés y permite la consolidación del aprendizaje anterior. Permite desarrollar habilida-

des de comunicación verbal y no verbal, para la observación, para la mejora del comportamiento social, profesional o intercultural, y ayuda al aprendizaje de la gestión del estrés y la autoconciencia. Además, el proceso de aprendizaje resulta de la resolución de conflictos, favoreciendo así el proceso de creatividad y desarrollo personal de los estudiantes. Asimismo, los alumnos deben imaginar comportamientos personales propios o ajenos en diferentes situaciones o circunstancias, algo que les puede ayudar a empatizar y comprender las motivaciones de los pacientes [18]. Sea como fuere, es importante que esta metodología se lleve a cabo con un número reducido de alumnos y se evalúe a través de la observación directa y la utilización de listas de comprobación, ya sea en forma de entrevistas con pacientes reales o mediante la simulación [19].

Por lo tanto, el objetivo de este estudio cuasi experimental fue analizar el impacto de una secuencia formativa en la autopercepción del alumnado sobre las habilidades comunicativas odontólogo-paciente. Secundariamente, se pretende conocer el grado de satisfacción de los estudiantes en relación con las actividades propuestas.

Materiales y métodos

El presente ensayo clínico no aleatorizado fue realizado durante el primer cuatrimestre del año académico 2022-23 sobre ocho de los subgrupos de prácticas de la asignatura obligatoria Cirugía Bucal Clínica e Implantología, impartida a lo largo del cuarto curso del grado de Odontología de la Universitat de Barcelona. Los integrantes de cuatro de los subgrupos de prácticas ($n = 40$) recibieron una secuencia formativa específica para la mejora de sus habilidades comunicativas, mientras que los alumnos pertenecientes a los otros cuatro actuaron como controles ($n = 47$). Todos los estudiantes fueron informados previamente del diseño del estudio, el objetivo, y los posibles beneficios y complicaciones, y aceptaron participar. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes antes de su inclusión en el estudio.

Secuencia formativa

Al inicio y al final del estudio, todos los participantes respondieron el cuestionario validado SE-12 de autopercepción sobre comunicación odontólogo-paciente [20] (Tabla I). La tabla II describe la secuencia formativa específica implementada en el

grupo experimental para la mejora de las habilidades comunicativas.

Indicadores de evaluación

La estrategia evaluativa fue continua y formativa. Los indicadores e instrumentos de evaluación empleados fueron:

- Nota final de la actividad: obtenida sumando el 80% de la nota de la actividad de *role-playing* y el 20% de la calificación de las tareas.
- Evaluación de la tarea: puntuación de 0 a 10 según número, importancia y justificación de los elementos identificados.
- Evaluación de la actividad de *role-playing*: mediante la rúbrica de la actividad. La nota de esta actividad era compartida por todos los integrantes del subgrupo y se obtuvo a partir de la media aritmética de las puntuaciones de cada uno de los evaluadores (siete alumnos y dos profesores).
- Cuestionario validado SE-12 inicial y final sobre comunicación odontólogo-paciente [20].
- Encuestas de satisfacción anónimas de los alumnos.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el *software* Stata 14 (StataCorp®, Collage Station, Estados Unidos).

Los resultados categóricos se presentaron como frecuencias absolutas y relativas. Para comparar los grupos se utilizó un análisis bivariado utilizando la prueba de χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher cuando no se lograron las condiciones de aplicación.

Para las variables de escala se comprobó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($p > 0,10$) y a través de análisis visual de los gráficos P-P normal y diagramas de caja. Se efectuó un análisis descriptivo basado en momentos –media y desviación estándar (DE)– y bivariado con pruebas paramétricas (t de Student para datos apareados; t de Student para datos independientes). En todos los casos, el nivel de significación se fijó en $p < 0,05$.

Resultados

A excepción de un estudiante del grupo control, todos los alumnos accedieron a participar en el estudio y no se registraron pérdidas durante el seguimiento. Las principales características de los parti-

Tabla I. Cuestionario validado SE-12 de autopercepción sobre comunicación odontólogo-paciente [20].

En una escala de 1 a 10 (1 = muy inseguro, 10 = muy seguro):

1. ¿Te sientes capaz de identificar con éxito los problemas que el paciente quiere tratar durante la conversación?
2. ¿Te sientes capaz de preparar/planificar una conversación con el paciente de manera exitosa?
3. ¿Te sientes capaz de instar con éxito al paciente a ampliar sus problemas/preocupaciones?
4. ¿Te sientes capaz de escuchar atentamente con éxito sin interrumpir ni cambiar la atención?
5. ¿Te sientes capaz de alentar con éxito al paciente a expresar sus pensamientos y sentimientos?
6. ¿Te sientes capaz de estructurar con éxito la conversación con el paciente?
7. ¿Te sientes capaz de demostrar con éxito un comportamiento no verbal adecuado (contacto visual, expresión facial, colocación, postura y voz)?
8. ¿Te sientes capaz de mostrar empatía con éxito (reconocer las opiniones y los sentimientos del paciente)?
9. ¿Te sientes capaz de mostrar con éxito lo que el paciente conoce con la cantidad de información adecuada?
10. ¿Te sientes capaz de comprobar con éxito la comprensión de la información proporcionada al paciente?
11. ¿Te sientes capaz de establecer con éxito un plan de tratamiento basado en decisiones compartidas con el paciente?
12. ¿Te sientes capaz de cerrar con éxito la conversación asegurando que las preguntas del paciente han quedado respondidas?
13. ¿Te sientes capaz de afrontar con éxito a pacientes/familiares sentimentales?
14. ¿Te sientes capaz de manejar con éxito a pacientes/familiares enfadados?
15. ¿Te sientes capaz de comunicar con éxito noticias difíciles a pacientes/familiares?
16. ¿Te sientes capaz de gestionar con éxito tu tiempo con pacientes/familiares?
17. ¿Te sientes capaz de implicar con éxito a los pacientes/familiares en las decisiones que se toman?

cipantes, estratificadas por grupo de estudio, se muestran en la tabla III.

Autopercepción de la comunicación odontólogo-paciente

Los resultados de los cuestionarios manifestaron una mejora estadísticamente significativa en la percepción de los estudiantes del grupo control y ex-

Tabla II. Secuencia formativa específica implementada en el grupo experimental ($n = 40$) para la mejora de las habilidades comunicativas [20].

Componente	Contenido	Duración
Sesión 1 (telemática)	Seminario de comunicación odontólogo-paciente	1 hora
	Tarea de vídeos ejemplificativos (identificar aspectos positivos y negativos)	45 minutos
Sesión 2 (presencial, HOUB)	Retroacción y puesta en común de la tarea	20 minutos
	Presentación rúbrica colaborativa provisional de la actividad de <i>role-playing</i> (15 ítems)	10 minutos
Sesión 3 (telemática)	Seminario de comunicación de gestión de conflictos	1 hora
	Tarea de vídeos ejemplificativos (identificar aspectos positivos y negativos)	45 minutos
Sesión 4 (presencial, HOUB)	Retroacción y puesta en común de la tarea	20 minutos
	Presentación rúbrica colaborativa definitiva de la actividad de <i>role-playing</i> (15 ítems)	10 minutos
	Presentación del caso clínico objeto del <i>role-playing</i> y repaso de la mecánica de la actividad	20 minutos
	Actividad de <i>role-playing</i> (un paciente, dos odontólogos y siete evaluadores):	20 minutos
Sesión 5 (presencial, HOUB)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prebriefing</i> (recordatorio de la mecánica de la actividad y asignación al azar de los roles) • Simulación • <i>Debriefing</i> (plus-delta) 	1 hora 1 hora
	Encuesta de satisfacción anónima	5 minutos

HOUB: Hospital Odontològic Universitat de Barcelona. Rúbrica disponible en: <https://bit.ly/3QoHUGw>. Nota: además de todo lo expuesto, en el campus virtual de la asignatura, los alumnos dispusieron de recursos adicionales, como documentación clínica (cuestionario de salud e historia clínica) y una lección expositiva sobre cómo cumplimentarla correctamente, vídeos ejemplificativos o foros de dudas, entre otros.

Tabla III. Principales características de los participantes, estratificadas por grupo de estudio.

	Control ($n = 46$)	Experimental ($n = 40$)	Valor de p
Sexo (%)			
Femenino	36 (78,26)	30 (75)	0,721
Masculino	10 (21,74)	10 (25)	
Edad (años)	23,37 (2,43)	23,74 (2,7)	0,497
Experiencia laboral previa (%)			
No	26 (56,52)	21 (52,5)	0,709
Sí	20 (43,48)	19 (47,5)	
Formación previa (%)			
No	40 (86,96)	33 (82,5)	
Habilidades comunicativas	2 (4,35)	3 (7,5)	0,818 ^a
Resolución conflictos	–	–	
Habilidades comunicativas + Resolución de conflictos	4 (8,7)	4 (10)	
Puntuación del SE-12 inicial			
Habilidades comunicativas (preguntas 1 a 12)	6,86 (1,11)	6,64 (1,02)	0,341
Resolución de conflictos (preguntas 13 a 17)	5,89 (1,35)	5,47 (1,08)	0,117
Global	6,57 (1,14)	6,29 (0,99)	0,23

^a Test exacto de Fisher.

perimental respecto a sus propias habilidades comunicativas –diferencia de medias (DM) control: 0,51 puntos; intervalo de confianza al 95% (IC 95%) control: 0,36-0,67; $p < 0,001$; DM experimental: 1,48 puntos; IC 95% experimental: 1,2-1,76; $p < 0,001$ – y en la resolución de conflictos (DM control: 0,4 puntos; IC 95% control: 0,24-0,56; $p < 0,001$) (DM experimental: 1,84 puntos; IC 95% experimental: 1,47-2,2; $p < 0,001$) (Figs. 1 y 2).

Los estudiantes asignados al grupo experimental tuvieron puntuaciones totales significativamente más elevadas en el cuestionario final SE-12 [20] en comparación con sus contrapartes (DM: 0,82 puntos; IC 95%: 0,46-1,19; $p < 0,001$). Dichas diferencias también se observaron en las preguntas referentes a habilidades comunicativas (DM: 0,74 puntos; IC 95%: 0,39-1,1; $p < 0,001$) y de resolución de conflictos (DM: 1,02 puntos; IC 95%: 0,55-1,49; $p < 0,001$).

Notas de la actividad de las tareas

Todos los estudiantes obtuvieron una calificación ≥ 5 en la tarea de comunicación odontólogo-paciente (7,35 puntos; DE = 1,08; rango: 5-9) y en la de resolución de conflictos (7,58 puntos; DE = 1,08; rango: 5-9). El rendimiento fue similar entre los diferentes subgrupos ($p = 0,418$).

Notas de la actividad de *role-playing*

Sobre un total de 4 puntos, las notas de la actividad de simulación por cada uno de los cuatro subgrupos experimentales fueron 3,06 (subgrupo 1), 3,35 (subgrupo 2), 3,25 (subgrupo 3) y 3,18 (subgrupo 4). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,856$) ni según el evaluador (alumno o profesor; $p = 0,131$).

Notas finales de la actividad

La nota media global de la secuencia formativa fue de 7,91 (DE = 0,26). Todas las calificaciones se encontraron en el rango del notable (rango: 7,42-8,5).

Encuesta de satisfacción

Los alumnos puntuaron con un 8,56 (DE = 1,14) su grado de satisfacción respecto a la actividad de *role-playing*. Además, todos los participantes recomendarían esta actividad a otros compañeros o cursos y creen que les será de utilidad durante las prácticas y en la actividad profesional. Asimismo, la gran mayoría de los encuestados (97,5%) repetiría

de nuevo esta experiencia. La tabla IV recoge los resultados del resto de preguntas de la encuesta de satisfacción anónima.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la secuencia formativa implementada permitió mejorar la capacidad comunicativa de los estudiantes. La mayoría de ellos percibió el método pedagógico como altamente efectivo. Estos hallazgos son consistentes con los provenientes de otras investigaciones previamente publicadas sobre el tema [11,14,18,21-24].

A pesar de que en ambos grupos las puntuaciones del cuestionario SE-12 final fueron significativamente más elevadas que las basales ($p < 0,001$ para todas las comparaciones; potencia estadística *a posteriori*: 99,99%), este hecho no parece tener una repercusión importante en el grupo control, debido a que las diferencias son poco relevantes a efectos prácticos. En efecto, mientras que los participantes del grupo experimental percibieron un incremento total del 25,28%, el cambio en los controles fue únicamente del 7,31%.

Las habilidades de comunicación trabajadas se desarrollaron según un enfoque fundamentado en habilidades, el uso de escenarios clínicos realistas y la incorporación de pacientes simulados (los propios alumnos). Además, la obtención de evidencias al inicio y al término del proyecto permitió al equipo investigador evaluar el efecto de la intervención.

La consecución de los objetivos esperados no hubiera tenido sentido si las encuestas de satisfacción no reflejaran una buena valoración por parte del alumnado. Afortunadamente, aunque esta actividad supuso un incremento de la carga de trabajo, fue bien recibida por los estudiantes (grado de satisfacción de 8,56) y todos consideraron que la propuesta les sería de utilidad durante las prácticas y en la actividad profesional. Asimismo, que la totalidad de los participantes quisiera recomendar esta metodología a otros compañeros o cursos anima a seguir trabajando y pensar en nuevos proyectos de innovación y mejora docente.

A pesar de los esperanzadores resultados obtenidos, la principal limitación del estudio es, sin duda, la ausencia de evidencias objetivas que permitan corroborar la mejora en la autopercepción de las habilidades comunicativas. Así, en la secuencia formativa de las futuras ediciones, todos los participantes deberían realizar un ejercicio de simulación al principio y al final del proyecto. Ade-

Figura 1. Resultados del cuestionario de autopercepción SE-12 sobre comunicación odontólogo-paciente al inicio y al final de la secuencia formativa para el grupo control. Las preguntas 1 a 12 hacen referencia a aspectos relacionados con las habilidades comunicativas, mientras que las 13 a 17 corresponden a resolución de conflictos.

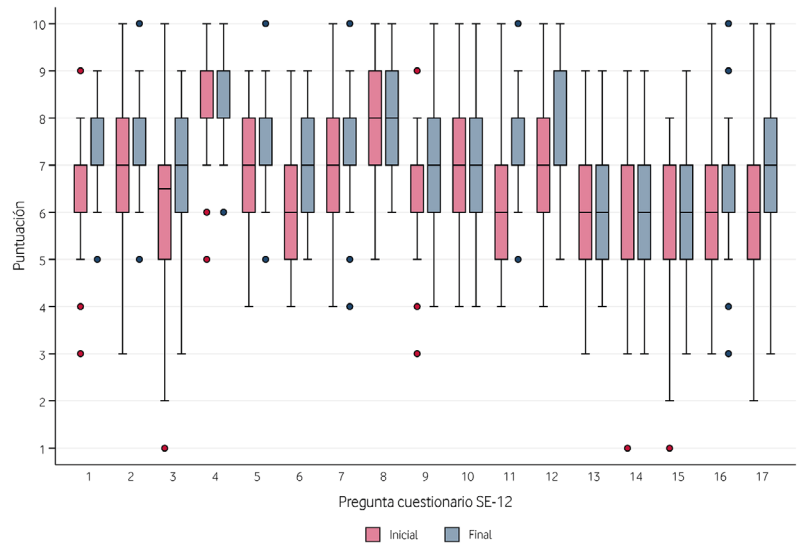


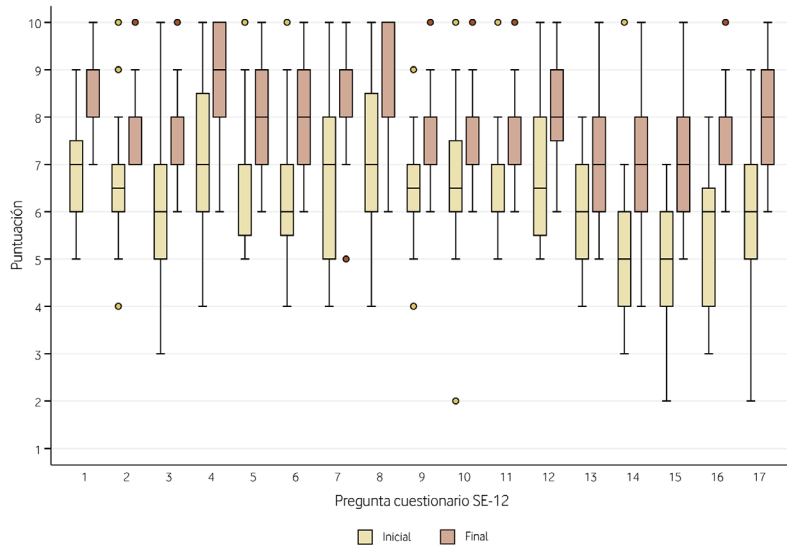
Tabla IV. Resultados de la encuesta de satisfacción anónima al término de la secuencia formativa.

Pregunta (%)	Mucho (%)	Bastante (%)	Neutro (%)	Poco (%)	Nada (%)
¿Consideras útil para tu aprendizaje el contenido de los seminarios teóricos?	19 (47,5)	19 (47,5)	2 (5)	-	-
¿Consideras que los materiales didácticos empleados en los seminarios son adecuados?	10 (25)	23 (57,5)	6 (15)	1 (2,5)	-
¿Consideras que la carga de trabajo ha sido adecuada?	7 (17,5)	20 (50)	13 (32,5)	-	-
¿Crees que la actividad de <i>role-playing</i> ha mejorado tus habilidades comunicativas?	10 (25)	27 (67,5)	3 (7,5)	-	-
¿Crees que la actividad de <i>role-playing</i> ha mejorado tus habilidades para resolver conflictos?	10 (25)	19 (47,5)	11 (27,5)	-	-
¿Crees que el procedimiento de evaluación es adecuado?	7 (17,5)	27 (67,5)	6 (15)	-	-

más, dichos ejercicios deberían evaluarse a través de herramientas como el examen clínico objetivo estructurado [25].

Al igual que a Bartolomé Villar et al [26], la fase de análisis y reflexión fue la que más costó gestionar. Consideramos que este hecho se debió a la

Figura 2. Resultados del cuestionario de autopercepción SE-12 sobre comunicación odontólogo-paciente al inicio y al final de la secuencia formativa para el grupo experimental. Las preguntas 1 a 12 hacen referencia a aspectos relacionados con las habilidades comunicativas, mientras que las 13 a 17 corresponden a resolución de conflictos.



poca experiencia en el método y en la selección de la técnica. Gracias a su simplicidad, el plus-delta se considera el modelo de *debriefing* de elección cuando el/los director/es de la actividad son noveles [27]. Sin embargo, si se quiere obtener un análisis y una reflexión más profundos, es necesario implementar técnicas más elaboradas, como la de tres fases [27]. Asimismo, aunque el *debriefing* se hizo inmediatamente después de terminar la simulación, no hay que olvidar que se basaba en recuerdos y, en ocasiones, se evidenciaron importantes diferencias de percepción según el papel desarrollado (normalmente entre odontólogos y evaluadores). En este sentido, sería de gran interés grabar las sesiones para efectuar un análisis y una reflexión más profundos, disponer de recursos didácticos propios, obtener pruebas fehacientes y minimizar el sesgo de memoria [11].

La teoría del aprendizaje experiencial propone un enfoque constructivista del aprendizaje a través del cual el conocimiento social se crea y se recrea en el conocimiento personal del alumno [28]. En nuestro estudio, el aprendizaje experiencial se aplicó a lo largo de la secuencia formativa. No obstante, es posible que sea necesario aplicarla de forma recurrente para que los estudiantes puedan llevar a la práctica el aprendizaje y retener las habilidades de comu-

nicación necesarias para manejar el alcance completo de la práctica dental y los diversos problemas psicológicos, éticos y culturales asociados a ella.

Conclusiones

La secuencia formativa produjo un incremento significativo de la percepción que tienen los estudiantes sobre sus habilidades comunicativas y de gestión de conflictos, un hecho que refuerza la necesidad de su implementación en los futuros cursos académicos. En consecuencia, los planes de estudio de la titulación deberían incluir programas longitudinales de formación en comunicación para que los estudiantes desarrollen unas habilidades comunicativas que les permitan ser competentes a la hora de afrontar, de forma eficiente, la problemática que habitualmente les planteará su profesión en escenarios reales, complejos y dinámicos.

Bibliografía

1. Bylund CL, Adams KA, Sinha T, Afana A, Yassin MA, Geziry El, et al. The impact of a communication skills workshop on doctors' behavior over time. *Adv Med Educ Pract* 2020; 11: 289-94.
2. Tavakoly Sany SB, Behzad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: A randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 60.
3. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist—update 2009. *Eur J Dent Educ* 2010; 14: 193-202.
4. Murthy V, Sethuraman K, Choudhury S, Shakila P. Developing prosthodontic residents' communication strategies with edentulous patients: a pilot study. *J Dent Educ* 2017; 81: 1351-61.
5. Hannah A, Millichamp CJ, Ayers KMS. A communication skills course for undergraduate dental students. *J Dent Educ* 2004; 68: 970-7.
6. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-61.
7. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 69-77.
8. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-6.
9. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52: 609-20.
10. Fallowfield L, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes in women with early breast cancer. *Br Med J* 1990; 30: 1394.
11. Sangappa SB, Tekian A. Communication skills course in an Indian undergraduate dental curriculum: a randomized controlled trial. *J Dent Educ* 2013; 77: 1092-8.
12. Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ. The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Dent Educ* 2008; 12: 213-8.
13. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international

- consensus statement. *Netherlands Institute of Primary Health Care. Patient Educ Couns* 1999; 37: 191-5.
14. Carey JA, Madill A, Manogue M. Communications skills in dental education: a systematic research review. *Eur J Dent Educ* 2010; 14: 69-78.
 15. Albino JEN, Young SK, Neumann LM, Kramer GA, Andrieu SC, Henson L, et al. Assessing dental students' competence: best practice recommendations in the performance assessment literature and investigation of current practices in predoctoral dental education. *J Dent Educ* 2008; 72: 1405-35.
 16. Khalifah AM, Celenza A. Teaching and assessment of dentist-patient communication skills: A systematic review to identify best-evidence methods. *J Dent Educ* 2019; 83: 16-31.
 17. Kneebone R. Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: a theory-based approach. *Acad Med* 2005; 80: 549-53.
 18. El Tantawi MMA, Abdelaziz H, Abdel-Raheem AS, Mahrous AA. Using peer-assisted learning and role-playing to teach generic skills to dental students: the health care simulation model. *J Dent Educ* 2014; 78: 85-97.
 19. Draper J, Silverman J, Hibble A, Berrington RM, Kurtz SM. The East Anglia Deanery Communication Skills Teaching Project—six years on. *Med Teach* 2002; 24: 294-8.
 20. Axboe MK, Christensen KS, Kofoed PE, Ammentorp J. Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC Med Educ* 2016; 16: 272.
 21. Jiang WK, Wang DY, Liu GC, Gao MQ, Ni LX, Zhang TC, et al. Role-play in endodontic teaching: a case study. *Chin J Dent Res* 2020; 23: 281-8.
 22. Pérez MD, Montanet GC, Sánchez MG. Implantación y evaluación del uso de escenarios clínicos como herramienta de aprendizaje en el grado de odontopediatría. *Revista de Docencia Universitaria* 2017; 15: 113-24.
 23. White JG, Krüger C, Snyman WD. Development and implementation of communication skills in dentistry: an example from South Africa. *Eur J Dent Educ* 2008; 12: 29-34.
 24. Theaker ED, Kay EJ, Gill S. Development and preliminary evaluation of an instrument designed to assess dental students' communication skills. *Br Dent J* 2000; 188: 40-4.
 25. Rüttermann S, Sobotta A, Hahn P, Kiessling C, Härtl A. Teaching and assessment of communication skills in undergraduate dental education—a survey in German-speaking countries. *Eur J Dent Educ* 2017; 21: 151-8.
 26. Bartolomé Villar B, Coro-Montanet G, Torres Moreta L, Mendez Zunino M, Vilar Rodríguez C, Diéguez Pérez M. Cómo mejorar las habilidades comunicativas en alumnos de Odontología. *Científica Dental* 2017; 14: 33-9.
 27. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More than one way to debrief: a critical review of healthcare simulation debriefing methods. *Simul Healthc* 2016; 11: 209-17.
 28. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Creative Education* 2005; 4: 193-212.