

# APRENDER COMUNICACIÓN MÉDICA SIENDO ESTUDIANTE

Roberto Sosa Trotti<sup>a</sup>, Lila. Almirón<sup>b</sup>, Ricardo Simeone<sup>c</sup>, Griselda Abreo<sup>a</sup>

Lugar de trabajo: Facultad Medicina UNNE. <sup>a</sup> Hospital "Dr. José R. Vidal" Corrientes, <sup>b</sup> Centro de Reconocimiento Médico Pcia. de Corrientes. <sup>c</sup> Hospital Escuela "José de San Martín"

Correo electrónico de contacto: [rolisosatrotti@yahoo.com.ar](mailto:rolisosatrotti@yahoo.com.ar).

## RESUMEN

El estudiante en sus años iniciales dispone de poco espacio para la vinculación con pacientes, su padecer y subjetividad. Frecuentemente existe incertidumbre sobre esta habilidad. Objetivo: indagar una estrategia pedagógica reflexiva para la formación en comunicación médica. Justificación: la demanda del estudiante y en la necesidad de mejorar esta herramienta. Método: Como impulsor del proceso de reflexión, 315 estudiantes de medicina UNNE de año 2020, previa capacitación, realizaron a modo entrevista personal una encuesta por conveniencia. Se preguntó sobre habilidades comunicacionales del médico perceptibles por el paciente. El diseño cualitativo fue yuxtapuesto: fenomenológico/emergente/constructivista. Incluyó el estímulo a reflexionar sobre la vivencia de la entrevista con las preguntas ¿cómo se sintió realizando la entrevista personal? y ¿qué aprendizaje logra con esta actividad para su futuro profesional? El análisis con criterios de dependencia y credibilidad. Se expresaron 301 estudiantes con 657 reflexiones. Se coligieron 6 categorías y 15 subcategorías. Se seleccionó: abrir el panorama; sentimientos del estudiante; ¿Sirve este método? la confianza es clave. Se expusieron las reflexiones estudiantiles contextualizándolas teóricamente. Conclusión: explorar la comunicación médico-paciente por estudiantes mediante el análisis reflexivo de entrevistas permite indagar tanto el comportamiento médico como la reacción de los pacientes a estas actuaciones; los estudiantes han logrado transformar su vivencia en una experiencia apropiable, lo que demuestra ser, en la opinión de los participantes, un dispositivo de formación a ser aplicado antes del inicio del ciclo clínico de su carrera; la consideran la mejor manera de aprender RMP, de forma creativa y didáctica.

**Palabras clave:** comunicación médico paciente – estudiantes de medicina - educación médica.

## SUMMARY

The student in his initial years has little space for bonding with patients, their suffering and subjectivity. There is often uncertainty about this ability. Objective: to investigate a reflective pedagogical strategy for training in medical communication. Justification: the student's demand and the need to improve this tool. Method: As a driver of the reflection process, 315 UNNE medical students of the year 2020, after training, conducted a convenience survey as a personal interview. It was asked about communication skills of the doctor perceptible by the patient. The qualitative design was juxtaposed: phenomenological / emergent / constructivist. It included the stimulus to reflect on the experience of the interview with the questions: How did you feel doing the personal interview? And what learning do you achieve with this activity for your professional future? Analysis with criteria of dependency and credibility. 301 students were expressed with 657 reflections. 6 categories and 15 subcategories were collated. The following was selected: open the panorama; student feelings; Does this method work? trust is key. Student reflections were presented, contextualizing them theoretically. Conclusion: exploring the doctor-patient communication by students through the reflective analysis of interviews allows us to investigate both the medical behavior and the reaction of the patients to these actions; The students have managed to transform their experience into an appropriate experience, which proves to be, in the opinion of the participants, a training device to be applied before the start of the clinical cycle of their career; they consider it the best way to learn RMP, creatively and didactically.

**Keywords:** patient doctor communication - medical students - medical education.

## INTRODUCCIÓN

La práctica médica ha problematizado la relación entre médico y paciente (RMP), en particular la comunicación, instrumento o recurso, que funciona como el núcleo/eje de esta diada. Así, quizá, cuidar la salud del prójimo sea el gesto de mayor humanización emprendido por los homínidos<sup>1</sup>. Este gesto humanizante, ocurre al menos entre dos personas o dos subjetividades. El estudiante de medicina ocupa sus primeros años en actividades predominantemente teóricas, con poco espacio para su vinculación con pacientes, su padecer la enfermedad y su subjetividad. Esto, en general provoca incertidumbre sobre su habilidad comunicacional con pacientes<sup>2</sup>. Este problema motiva el tema de este trabajo: la preparación del estudiante de medicina en comunicación médico paciente (CoMPa). La pregunta de estudio: ¿cómo se puede favorecer la preparación del estudiante de medicina en CoMPa? El propósito es considerar una estrategia pedagógica que sume a las existentes. Justificación: la demanda del estudiante<sup>3</sup>, la necesidad de mejorar esta habilidad esencial

del médico para las prácticas y su relevancia en cuanto a riesgo social que posee la profesión médica.

Para la enseñanza de la CoMPa, fuera de los métodos tradicionales, se han desarrollado diversas estrategias pedagógicas para el acercamiento a la práctica de este instrumento: dramatizaciones, pacientes simulados y videograbaciones ad hoc<sup>4</sup>. En este estudio se diseñó una estrategia fundada en la reflexión de estudiantes de tercer año estimulada a partir de la vivencia de realizar una encuesta a modo entrevista personal sobre la CoMPa fundada en la perspectiva del paciente.

La encuesta, en su primera fase, posee una estructura y la meta parcial de recabar datos cuantitativos cuyo análisis se presenta en otro trabajo. En este estudio se la utilizó como un disparador de observaciones, vivencias y reflexiones orientadas a la formación en comunicación médica. Se aplica el pensamiento de Aldous Huxley (1894-1963). “La experiencia no es lo que te sucede, sino lo que haces con lo que te sucede”. Así mismo somos conscientes que existen significados subyaciendo a cada reflexión expuesta, a los que se debe llegar a través de la interpretación de lo que ocurre en cada sujeto en relación al tema en estudio. Esto es, poner de manifiesto qué significa esta vivencia, tornada experiencia, en los estudiantes en su desempeño en CoMPa.

El **objeto de presente trabajo** es analizar la estrategia encuesta-entrevista como un dispositivo de formación en CoMPa y explorar en las reflexiones de los estudiantes de medicina sobre el significado de su formación en este tema.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio con diseño cualitativo sobre el proceso de reflexión surgido luego de la aplicación de la “Encuesta Anónima para Conocer Comunicación del Médico y el Paciente” (EnCoMPa). Esta incluyó las variables que se muestran en la Tabla N°1 y fue aplicada a personas mayores de 15 años que dieron su consentimiento, excluyendo a aquellos con afección del juicio o lucidez.

**TABLA N° 1. DEFINICIONES DE VARIABLES: HABILIDADES DE RELACIÓN/COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

1. <b>Cordialidad:</b>	Evalúa el trato cortés del profesional en toda la consulta.
2. <b>Escucha:</b>	Califica la actitud gestual del médico que demuestra estar prestando atención al paciente.
3. <b>Comprensión / Empatía</b>	Evalúa, si el médico dio validez al sentimiento de la paciente y ,o expresó
4. <b>Confianza</b>	Evalúa el grado de fe (la clara percepción de la experiencia de creer) del paciente en el médico.
5. <b>Respeto al paciente</b>	El paciente evalúa en el médico el reconocimiento o aceptación de las opiniones/ideas del paciente o personas de su entorno íntimo.
6. <b>Lenguaje gestual/no verbal</b>	Califica, en qué medida fueron adecuados los gestos y expresiones faciales y corporales, tono y volumen de la voz del médico (no tomar en cuenta el “texto” de las palabras de éste)
7. <b>Lenguaje escrito</b>	Evalúa la legibilidad y claridad de lo escrito de por el médico.
8. <b>Explicaciones entendibles sobre salud/enfermedad</b>	Se califica en qué medida pudo entender la explicación sobre su estado actual de salud o enfermedad.
9. <b>Explicaciones de procedimientos de diagnóst. y tratam.</b>	Se califica en qué medida pudo entender sobre los estudios o sobre los tratamientos que debe realizar.
10. <b>El médico ayudó para Decidir</b>	Se califica en qué grado el médico colaboró a tomar una mejor decisión sobre sí misma.
11. <b>Concordancia con el médico</b>	Existió la sensación de haberse puesto de acuerdo con el médico, que han consensuado con él.
12. <b>Recomendación al médico</b>	Aconsejar a una persona que consulte a ese médico
13. <b>Responsabilidad del paciente</b>	Compromiso con los propios cuidados de salud de ahora en adelante
14. <b>Satisfacción</b>	Sensación de expectativa cumplida

El estudio se desarrolló de la siguiente manera: se invitó a los estudiantes que habían realizado esta encuesta-entrevista a participar de manera voluntaria a explorar sobre la CoMPa y su experiencia personal; a quienes consintieron se les indicó repensar reflexivamente a partir de las preguntas ¿cómo se sintió realizando la entrevista personal? y ¿qué aprendizaje logró con esta actividad para su futuro profesional?

La dependencia (confiabilidad cualitativa) y la credibilidad se sostuvieron con recomendaciones destacadas por Hernández Sampieri<sup>5</sup> de evitar que las creencias personales afecten la coherencia y sistematización de la interpretación de datos; evitar establecer conclusiones antes del análisis de los datos; considerar todos los datos y participantes a fin de escuchar todas las voces, particularmente los que contradicen creencias propias, evidencia negativa y positiva por igual; triangulación de métodos, complementar con un estudio de tipo cuantitativo. En el diseño del análisis, cabe señalar que las fronteras o límites entre diseños son relativos y que la mayoría de los estudios toma elementos de más de uno; los diseños se yuxtaponen.<sup>6</sup> Se pensó en un diseño fenomenológico, donde se exploran, describen y comprenden las experiencias comunes y las diferentes perspectivas de las personas con respecto a la CoMPa. Se consideró también un diseño emergente, de Glaser (1992), que señala que las teorías emergen de los datos y no de categorías predeterminadas. Se aplicó también el diseño constructivista de K.Charmas (2006), que incluye los significados provistos por los participantes, visiones, creencias, valores, sentimientos e ideologías, tratando de mantenerse muy cerca de las expresiones vivas, sin atarse a ellos. De este modo han emergido categorías y sub-categorías halladas en el proceso de las reflexiones estudiantiles.

Para el análisis se tomaron exclusivamente las reflexiones (no las descripciones). Integradas todas en las expresiones estudiantiles surgieron otras temáticas además de las solicitadas. Del análisis reflexivo se desarrolló un proceso de clasificación en categorías, conscientes de poder encontrar posibles imbricaciones entre ellas<sup>7</sup>. En cuanto a la presentación ofrece el punto de vista de los autores; por esto es preciso enfatizar que las reflexiones estudiantiles resultan de las expresiones de sus entrevistados, las que a su vez son reactivas a las preguntas de la encuesta. Ambos, entrevistado y entrevistador, se pronuncian desde sí mismos. Por ello, pretender un corte neto del origen de las expresiones no siempre será posible.

## RESULTADOS y DISCUSIÓN

Se expresaron 301 estudiantes con un promedio de 2,2 reflexiones por participante; totalizaron 657 reflexiones escritas. A partir de las reflexiones emitidas, y conforme el diseño antes explicado, se propusieron las siguientes categorías (Tabla N°2), las cuales se agruparon en cuatro categorías (Tabla N° 3).

**Tabla N°2:** REFLEXIONES DE 301 ESTUDIANTES SOBRE HALLAZGOS EN ENTREVISTA DE PERSPECTIVA DEL PACIENTE SOBRE LA COMPA. TOTAL DE CATEGORÍAS TRONCALES Y SUS SUBCATEGORÍAS.

n= 657 Facultad Medicina UNNE. 2020

<p><b>1 Hace falta abrir el panorama</b></p>	<p><b>4 Los aprendizajes desde el quehacer de los médicos</b>                      - Nuevo paradigma: Sale: Paternalismo,                      Entra: Responsabilidad Compartida                      - ¿Modelo pasado? Modelo vigente                      - La Confianza es la Llave(la “clave” en cualquier modelo)</p>
<p><b>2 El valor pedagógico la actividad</b>                      -¿Qué aprendí?                      -¿Sirve este método?                      -¡Empezar ya! con CoMPa                      -Entrevistar ¡ya es práctica! (Enlace Teoría/práctica)                      - Letra ilegible: Letra peligrosa                      - RMP Y Adherencia terapéutica</p>	<p><b>5 Los aprendizajes desde de las vivencias de los pacientes</b>                      - Expectativas del paciente: La Otra “Historia clínica”                      - Aprender del error (ajeno) es más inteligente.                      - ¿Importa elegir al médico?                      - Somos los próximos “médicos desconocidos”                      - Usted tiene la palabra</p>
<p><b>3 Sentimientos del Entrevistador</b>                      - ¿Cómo me sentí?                      - ¡Me sorprendió!</p>	<p><b>6 ¿Qué médico me propongo ser?</b></p>

TABLA Nº 3: CATEGORÍAS SELECCIONADAS Y REFLEXIONES

<p style="text-align: center;"><b><u>Categoría 1 - Ampliar el panorama</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudiar en psicología médica sobre RMP, escucha activa, empatía. Las entrevistas que hicimos eran necesarias para abrir el panorama, integrar y comprender ¿qué experimentan cómo se sienten y opinan las personas frente al profesional, lo positivo y lo negativo</li> <li>- Escribir sobre lo que vivimos y que sea recopilada para un trabajo mayor es muy bueno (7)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Categoría 2 - Valor pedagógico ¿Sirve el método?</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fue útil ahondar en la comunicación con pacientes reales. Fue una experiencia valiosa para mi formación. Es la mejor manera de aprender, muy creativa y didáctica. (9)</li> <li>- Es una gran herramienta para la empatía. Me di cuenta qué es sentirse paciente (7)</li> <li>- Un reclamo me hizo reflexionar sobre qué tipo de médico quiero ser (12)</li> <li>- Esto es verdadera práctica de entablar una conversación simulando la RMP. (4)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Categoría 3 - Sentimientos del Estudiante/Entrevistador</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Me sentí expectante con mucha motivación, intrigas y dudas (21)</li> <li>- Es nuevo y raro hacer entrevistas sobre comportamientos médicos. Nunca pensé que haría algo así (15)</li> <li>- A futuro las mismas observaciones que hicieron podrían ser sobre mi propia persona (12)</li> <li>- Me sentí parte de la RMP, visualizarme como la futura médica que quiero ser (12)</li> <li>- Sentí comodidad y satisfacción en ese rol. Me dieron respuestas sinceras(8)</li> <li>- Sentí que la encuesta también estaba dirigida a mí y a toda la comunidad médica (5)</li> <li>- Me sentía médico. Sentí que los entrevistados me percibían como tal sabiendo que todavía soy estudiante (3)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Categoría 4 - Subcategoría: La Confianza es la LLave</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quieren confiar porque creen que el médico solo haría lo que es mejor para ellos (6)</li> <li>- Me di cuenta que un paciente que siente confianza revela datos, está conforme, adhiere y recomienda. (2)</li> <li>- Después de haber conversado sobre sus experiencias, sentí que me depositaron su confianza (1)</li> </ul> <p>* El número expresado entre paréntesis solo indica la cantidad de reflexiones similares</p>
---

La RMP es un vínculo en general, marcado por el significado personal de la enfermedad para el paciente, y no solo por la entidad científica. Interactúan aquí dos subjetividades que, en el mejor de los casos confieren sentido a la experiencia. Pacientes y familiares aprecian una buena comunicación con el médico, de quien, además de ser experto en habilidades clínicas, esperan que muestre compasión en sus acciones y palabras<sup>8</sup>. Ergo, aspiran del médico un vínculo adecuado. Esta habilidad comunicativa no se adquiere por la mera acción clínica, es un aprendizaje intencionado, una conciencia de aquello necesario a desarrollar y practicar en cada contexto y situación, para producir un determinado efecto. Por tanto, al tener conciencia de ello, se prepare desde su formación. Al respecto, un numeroso grupo de estudiantes expresó intriga y perplejidad antes de realizar la tarea prevista: "...Me sentí expectante muy motivado, con intriga y dudas...(...)... Fue interesante, extraño, nuevo y raro indagar sobre comportamientos médicos. Nunca pensé que haría algo parecido".

El aprendizaje en la formación de grado debe orientarse a la capacitación para la acción, para un saber hacer profesional, en escoger adecuadamente en situaciones complejas, singulares e inciertas, con conflicto de valores y que requieren un posicionamiento ético. En consonancia, los estudiantes dicen: "...Al realizar la encuesta... sentí la responsabilidad de tomar las respuestas y comentarios como consejos para la práctica en el futuro". Otro agrega: "Tuve miedo de verme algún día en una situación de mala RMP, olvidando lo que aprendí y mis ideales. Me afecta"

Convencionalmente la práctica médica se sustenta en un modelo biomédico, hoy la sociedad interpela esta praxis y demanda reconocer la necesidad de integrar la subjetividad inmanente de cada persona de la RMP. Esta tendencia se hizo patente en la expresión estudiantil: "reflexionando noté que en mi interior tengo ese 'pequeño médico biomédico'. Pero me gustaría que mis futuros pacientes sientan que los atiendo de un modo integral". Así también, el modelo biomédico<sup>9</sup> aplica al interrogatorio orientado al diagnóstico, administrar la información, asesorar la terapéutica, la prevención e igualmente pretende el apego al tratamiento. Desde un enfoque afectivo se suma el involucramiento relacional de los integrantes, la escucha activa y el comportamiento empático. Expresaban los estudiantes: "... Hasta que no te lo dicen los pacientes no entendí cómo pueden

sentirse, cómo nos ven, como quieren ser tratados, ser escuchados y que prestan atención a cosas que nosotros no. Sus puntos de vista nos enseñan”.

En la CoMPa la educación emocional se aplica en diversas situaciones, comunicación efectiva y afectiva, resolución de conflictos y toma de decisiones. Los métodos de aprendizaje son predominantemente prácticos (dinámica grupal, autorreflexión, razón dialógica: argumentación, etc.). Al respecto esta actividad generó notas: “Esta fue una experiencia muy valiosa para mi formación. Es la mejor manera de aprender RMP. Muy creativa y didáctica”. “La perspectiva sería diferente si no hacíamos esta actividad”. “Es una gran herramienta para lograr empatía: me di cuenta qué es sentirse paciente”. “El reclamo de los entrevistados me hizo pensar en mí, reflexionar sobre qué tipo de médicos quiero ser y en el desafío a futuro”. “Es una experiencia integradora. Nos amplía lo que es la medicina, me di cuenta de un sinfín de consideraciones para nuestro futuro profesional. En el mismo sentido otras reflexiones se sumaron: “Debí asumir la posición de médico aplicando la escucha activa, darle orientación a la conversación. Esto es practicar para el futuro”. “A medida que iban pasando las entrevistas mi práctica fue mejorando. Fui aprendiendo mientras hacía”

La CoMPa cuando enfatiza la humanización de su propia praxis se aproxima a la comprensión de las emociones propias y de los demás, además reconocer y utilizar el lenguaje de las emociones, tanto en la comunicación verbal como no verbal.<sup>10</sup> La introspección que hace un estudiante muestra sus limitaciones previas a esta tarea, y de qué manera la empatía, que en este caso es de los entrevistados a favor del aprendiz a médico: “...Me preocupaba cómo iban a reaccionar mis entrevistados, porque soy bastante brusco. Pero fueron muy amables, y cuando me expresaba mal, ellos hacían el esfuerzo por entenderme, o me decían como tener mejor tacto, no ponerme nervioso y expresarme mejor”. Este tipo de enseñanza emocional es básica para los médicos cuyas habilidades de comunicación con sus pacientes pueden hacer una diferencia importante.

La enseñanza de la CoMPa parte de la premisa de que cada entrevista es singular pues es inherente a problemas de salud específicos en biografías individuales. Los estudiantes hallan estas mismas consideraciones en sus entrevistas: “Entendí la subjetividad, la escucha amplia, la empatía, la importancia de hacer partícipe al paciente, aclarar incertidumbres, y focalizar en el enfermo, en sus sentimientos, su “otra historia clínica”. También hallaron la esencia de la RMP: “Me di cuenta que buscan un profesional en quien confiar y persisten con el médico si confían en él. Y todo lo contrario” De resultas, la estrategia buscó impregnar de una cultura de la reflexión en un sentido amplio. A fin de suscitar la articulación de lo que sabe el médico con los contextos y situaciones del paciente.

## CONCLUSIÓN

En este estudio se probó una estrategia para la enseñanza y el aprendizaje de la CoMPa que integró las subjetividades del paciente y el médico en formación. Se logró un diálogo constructivo que propició al bienestar del paciente, y a la realización del futuro profesional.

La exploración en pacientes sobre CMP hechas por estudiantes de medicina a través de entrevistas y el análisis reflexivo de estas tanto, sobre los comportamientos médicos, como de la reacción de los pacientes a estos comportamientos, han logrado transfigurar su vivencia en una experiencia apropiable, ergo, demuestra ser, en la opinión de los estudiantes, un dispositivo de formación para ellos mismos ya desde antes del inicio del ciclo clínico de su carrera. “Es la mejor manera de aprender RMP. Muy creativa y didáctica”

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACADEMIA NACIONAL de MEDICINA DECLARACIONES: Humanización en la Medicina. 1997. Disponible en: <https://www.acamedbai.org.ar/declaraciones/19.php>
2. Alonso González Maritza, Kraftchenko Beoto Oksana. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. Educ Med Super. 2003 Abr 17( 1 ): 39-46. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412003000100004&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000100004&Ing=es).
3. Sosa Trotti R
4. Hernández-Vaquero ME. La relación médico-paciente en el grado de medicina. Una necesidad formativa vista por los protagonistas [Tesis de doctorado]. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña; 2017. Acceso: 05/01/2019. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/403373>

5. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. (Sexta Edición). México: Mc Graw Hill. 2014:454-456
6. Ibídem: 474-77
7. Schettini, Patricia. Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa / Patricia Schettini ; 1a ed. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2015. E-Book. ISBN 978-950-34-1231-2. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49017>
8. Hamui-Sutton A, Grijalva MG, Paulo-Maya A, et al. Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. Rev CONAMED. 2015; 20(1):17-26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57383>
9. Vicente Odio EF, Almaguer Delgado AJ, García Rodríguez RE. Consideraciones de la enseñanza del método clínico en la formación médica superior. Educación Médica Superior. 2015;29(1):182-90. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412015000100017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100017)
10. BRAVO LÓPEZ, G; JURADO RONQUILLO, M; TEJERA CONCEPCIÓN, J F. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. Revista Cubana de Medicina Militar, [S.l.], v. 48, n. 2(Sup): 471-486, jun. 2019. ISSN 1561-3046. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/401/336>