

PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES DE LA COMUNICACIÓN



El rol de la subjetividad en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales para la interacción médico paciente: Un estudio de caso con estudiantes de 4to y 5to año de medicina de una universidad privada peruana

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Comunicación para el Desarrollo que presenta:

Diana Sofía Medina Bello

Asesora:

Natalia Consiglieri Nieri

Lima, 2022

Agradecimientos

A mi familia, porque no dudaron de mí nunca y siempre confiaron en que llegaría al final sin problemas. Además, siempre que les hablaba de la tesis me escuchaban y sentían curiosidad, a pesar de probablemente no entender nada.

A mi hermano, que fue gran parte de mi inspiración y curiosidad, y quien permitió que pueda introducirme a este tema tan diferente: la educación médica y el sector de salud en Perú.

Estoy muy orgullosa del gran médico en el que se convertirá.

A Nati, mi asesora, porque fue una increíble compañera en el camino. Ella realmente se involucró en la tesis conmigo, y sus ideas siempre me hacían volar sobre el gran potencial que tiene este trabajo.

A los estudiantes de medicina, doctores y profesores de la universidad de la investigación, quienes – a pesar de su apretada agenda- tuvieron la disposición para apoyarme y contarme sus experiencias en torno a su carrera. Espero que les haya gustado ese compartir tanto como a mí.

Resumen

El entrenamiento de habilidades comunicacionales durante la etapa de pregrado de las carreras de la salud aún está en una etapa incipiente en el país y, uno de los aspectos de mejora está alineado a la disposición y compromiso de los estudiantes con respecto a reconocer la importancia del entrenamiento en su desempeño profesional. Por ello, la presente investigación tiene como objetivo describir de qué manera la subjetividad, relacionada a las habilidades comunicacionales y el entorno de aprendizaje, de los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año de la carrera de medicina de una universidad privada peruana puede influir en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales (HC). Teniendo como base este objetivo, se pretende conocer las valoraciones, creencias y experiencias de los estudiantes acerca de la importancia de las HC en el ámbito profesional, la metodología usada para su entrenamiento y su relación con los actores involucrados en el proceso de aprendizaje. Para abordar el tema, se trabajaron conceptos clave como subjetividad, habilidades comunicacionales y aprendizaje significativo. El estudio tiene un enfoque cuantitativo-cualitativo, y se utilizaron las técnicas de entrevista a profundidad y encuesta virtual. El análisis llevado a cabo demuestra que existe una ambivalencia en cuanto a lo que los y las estudiantes conocen, valoran, creen y han experimentado en torno a las habilidades comunicacionales. Por un lado, reconocen la relevancia de ser competente comunicacionalmente en la práctica médica y los beneficios que esto puede traer para el desarrollo de la relación médico-paciente. Por otro lado, aún no se comprende el objetivo del entrenamiento de estas habilidades, puesto que se mantiene la creencia de que son más una cualidad innata de cada persona, que se desarrolla a medida que adquieren mayor experiencia en el entorno médico.

Palabras clave: subjetividad, aprendizaje significativo, habilidades comunicacionales, educación médica, comunicación interpersonal en salud.

Summary

The training of communication skills during the undergraduate stage of health careers is still in an incipient stage in the country and, one of the aspects of improvement is aligned with the willingness and commitment of the students to recognize the importance of training in their professional performance. For this reason, this research aims to describe how subjectivity, related to communication skills and the learning environment, of students in the 4th and 5th year of medical career at a private peruvian university can influence in learning communication skills (CS). Based on this objective, it is intended to know the appreciations, beliefs and experiences of the students about the importance of CS in the professional field, the methodology used for their training and their relationship with the actors involved in the learning process. To address the issue, key concepts such as subjectivity, communication skills and meaningful learning were portrayed in the investigation. The study has a quantitative-qualitative approach, and the techniques of in-depth interview and virtual survey were used. The analysis carried out shows that there is an ambivalence regarding what students know, value, believe and have experienced regarding communication skills. On the one hand, they recognize the relevance of being communicatively competent in medical practice and the benefits that this can bring to the development of the doctor-patient relationship. On the other hand, the objective of training these skills are still not understood, since the belief remains that they are more of an innate quality of each person and are developed as they gain more experience in the medical environment.

Keywords: subjectivity, meaningful learning, communication skills, medical education, interpersonal communication in health.

Contenido

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. MARCO DE ANTECEDENTES	11
1.4. MARCO CONTEXTUAL	16
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. COMUNICACIÓN COMO RELACIÓN: LA BASE DE UNA INTERACCIÓN.....	22
2.1.1. <i>El enfoque de la comunicación relacional.....</i>	22
2.1.1. <i>Comunicación Interpersonal para comprender las relaciones.....</i>	23
2.2. COMUNICACIÓN Y SALUD	25
2.2.1. <i>La comunicación como ‘core’ en el sector salud.....</i>	25
2.2.2. <i>Habilidades comunicacionales y el profesional de la salud</i>	28
2.3. COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE	38
2.3.1. <i>EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO COMO PROCESO DE COMUNICACIÓN.....</i>	38
2.3.2. <i>FACTORES COMUNICACIONALES QUE INTERVIENEN EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO.....</i>	40
CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	51
3.1. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
3.2. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.3. MATRIZ BÁSICA: PREGUNTAS, OBJETIVOS Y SUPUESTO	54
3.4. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	56
3.5. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS – PARTE 1: LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES DESDE LA PERSPECTIVA Y EXPERIENCIAS DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA	60
4.1. LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS, VALORACIONES Y CREENCIAS DE LOS ESTUDIANTES RESPECTO A LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES	60
4.1.1. <i>CONOCIMIENTOS PREVIOS RESPECTO A LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES.....</i>	60
4.1.2. <i>VALORACIONES RESPECTO A LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES.....</i>	66
4.1.3. <i>CREENCIAS RESPECTO A LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES.....</i>	70
4.2. LAS EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES Y SU RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE DE LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES	80
4.2.1. <i>EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES EN EL ROL DE PACIENTES.....</i>	81
4.2.2. <i>EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES EN EL ROL DE ESTUDIANTES</i>	86
4.2.3. <i>EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES EN EL ROL DE MÉDICO (ATENDIENDO PACIENTES).....</i>	99
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS – PARTE 2: EL ENTRENAMIENTO Y APRENDIZAJE DE LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES DESDE LA PERSPECTIVA DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA.....	116
5.1. 	116
5.1. VALORACIONES Y EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES EN TORNO A LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	116
5.1.1. <i>VALORACIONES EN TORNO A LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES COMUNICACIONALES.....</i>	116
5.1.2. <i>EXPERIENCIAS DURANTE LAS SESIONES DE ENTRENAMIENTO DEL PEHC</i>	121
5.2. LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES APRENDIDAS Y NO APRENDIDAS DE LOS ESTUDIANTES HASTA EL AÑO 2020 ..	133
5.2.1. <i>HABILIDADES COMUNICACIONALES APRENDIDAS Y ASPECTOS DE MEJORA</i>	133
5.2.2. <i>RAZONES DETRÁS LAS VALORACIONES DE LOS ESTUDIANTES SOBRE LAS HC APRENDIDAS Y ASPECTOS DE MEJORA</i>	139

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	143
6.1. CONCLUSIONES.....	143
6.2. RECOMENDACIONES.....	147
REFERENCIAS	154
ANEXOS	166



Introducción

Desde pequeña he sido muy saludable. Si me comparan con mis otros tres hermanos, se puede decir que soy “la que nunca se enferma”. De hecho, muy rara vez tuve que ir al médico, con las excepciones de algún caso muy grave, como algún accidente o infección fuerte. Si alguna vez me enfermaba (una fiebre, dolor de cabeza o estómago), bastaba con descansar un día, tomar una pastilla y seguir mi rutina de siempre. Incluso, a veces sólo sentía malestar por el síndrome pre-menstrual y no por alguna enfermedad. Así continué creciendo, siempre jactándome de lo saludable que era y que nunca necesitaba ningún tratamiento o ir al médico.

Ahora que lo pienso, realmente nunca pude experimentar lo que era ir al médico: contar tu historia y tus síntomas –sin que tu mamá lo haga por ti-, conversar con el doctor, sentirte vulnerable al tener que depender de otro para sentirte mejor, y acostumbrarte a que no puedes sanar de un día para otro, sino que debes comprometerte a un tratamiento. En la actualidad –y sobretodo en los dos últimos años- en que he necesitado ir al médico de forma más recurrente, realmente no he sabido cómo actuar y no esperaba que sea algo tan complejo.

Primero, debes buscar tu cita en algún lugar y confiar- si no tienes ninguna referencia- en que el médico que te tocará es bueno. Segundo, tienes que asistir a esta cita y relatar tu malestar de la forma más específica posible: con fechas o tiempos estimados y con descripción de tus síntomas en cada momento clave. Tercero, escuchar detalladamente todo lo que diga el doctor (por más complejo que lo explique), para que entiendas la lógica de tu malestar y sepas que hay (o no) una solución. Cuarto, prestar atención a cada medicamento que te receten y cómo usarlo, el tiempo de duración del tratamiento, y -si es necesario- las pruebas adicionales que te indiquen para confirmar el diagnóstico. Y, claro, recordar todos

los nombres y cantidades que puedas, porque esa receta nunca podrás leerla. Quinto, salir de la cita, ver cómo consigues hacer todo lo que te pidieron y empezar tu tratamiento. Entonces, este proceso implicaba tener que estar atento a ti mismo cada vez que tuvieras un malestar, ser capaz de revivir todo en la consulta con el doctor, y luego asegurarte de comprender qué tienes que hacer.

Como mencionaba antes, estos últimos años han sido los que más he ido al médico y la verdad es que no la he pasado nada bien. Doctores que no te escuchan, que son demasiado serios y que incluso pueden llegar a maltratarte, procedimientos administrativos largos y pesados, citas interminables, indicaciones tediosas, una gran inversión de dinero, y otros problemas más que van en esa línea: profesionales de la salud que no saben relacionarse con su paciente, y un sistema de salud engorroso y pesado. El punto al que quiero llegar es que cada vez que he salido de una consulta, siempre ha sido decaída, molesta, incómoda, triste y, sobre todo, reticente a todo lo que me indicó el doctor. De hecho, siempre llegaba a preguntarme ¿así son todos los doctores y citas médicas?, ¿cuándo encontraré un doctor que realmente me haga sentir satisfecha con su consulta?, ¿debería olvidarme de cómo me trataron sólo porque el tratamiento funcionó? Y siempre llego a la misma conclusión: mejor evito pasar un mal rato e iré al médico si realmente es algo muy grave.

Sin embargo, no todo en la historia es malo. Mi hermano mayor es estudiante de medicina, y las últimas veces me ha ayudado a prepararme para las citas (hasta me busca doctores recomendados o conocidos suyos), porque sabe que no quiero hacerlo y conoce todas las malas experiencias que he tenido. Él es una persona muy amable, con un gran corazón y creo que se convertirá en un gran médico. Lamentablemente, esas citas no fueron bien y nos hicieron cuestionar acerca de esos doctores, quienes son los modelos a seguir de los estudiantes de medicina. Creo que desde entonces siento gran curiosidad por realmente

entender qué les enseñan a los estudiantes sobre el trato con el paciente, y me pregunto constantemente por qué hay este tipo de doctores atendiendo en los hospitales o clínicas.

A partir de este cúmulo de experiencias, presto especial atención a todo lo que mi hermano cuenta sobre sus anécdotas en la universidad y el hospital, y, cada vez que se puede, conversamos acerca de lo que le enseñan. Fue una de esas veces en las que me enteré de que la universidad sólo tiene unas cuantas sesiones para instruir a los estudiantes sobre cómo comportarse con sus pacientes, lo cual incluye practicar sus habilidades comunicacionales. Esto me llevó a suponer que tal vez a los doctores (mayores), que ahora atienden en los hospitales y clínicas, nunca les enseñaron o entrenaron acerca de cómo deberían establecer la interacción con su paciente. Probablemente, hayan ido moldeando su forma de hacerlo a medida que han ido avanzando en la profesión y según lo que percibían como más conveniente.

Esta suposición fue muy importante para mí y captó mi interés de forma casi inmediata. Por ese tiempo, justo estaba por llevar el primer curso de Seminario de investigación y buscaba un tema: todo calzó perfecto. Empecé a introducirme en el problema, encontré mucha información relacionada al entrenamiento de las habilidades comunicacionales, y pude tener una primera reunión con un profesor de una universidad privada peruana, quien introdujo el entrenamiento de habilidades comunicacionales en la formación de los estudiantes de medicina de aquella universidad.

Esa conversación fue muy interesante e importante para la etapa de búsqueda del problema, pues él me contó cómo fue el proceso de crear e introducir un Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales (PEHC) en dicha universidad. Además, me relató los diferentes resultados que ha obtenido y los retos que tuvo que enfrentar. Él entiende lo

sensible y complejo de este tema en la formación médica, y ha sido capaz de introducirlo en los cursos de la carrera de medicina. Uno de los retos que me contó, se vinculaba a cómo los estudiantes se acercan a las sesiones del programa de entrenamiento, es decir, su actitud, disposición e interés. Esta información, no sólo encajó con lo que había leído sobre el tema, sino que se relacionaba con algunas historias de mi hermano: la comunicación no es una prioridad para los estudiantes de medicina, y es percibida como una cualidad que depende de cada persona y que se desarrolla con la experiencia.

Después de analizar todas las experiencias comentadas, y vincularlas con la educación médica durante el pregrado, surgen preguntas como: ¿cómo se entrena a los estudiantes en habilidades comunicacionales para el trato con pacientes?, ¿qué piensan los estudiantes acerca del entrenamiento de HC?, ¿por qué el profesor percibe desinterés o desestima del entrenamiento por parte de los estudiantes?, ¿cómo se vincula este entrenamiento con el futuro desempeño profesional del estudiante?, ¿qué ejemplos a seguir tienen los estudiantes para desarrollar sus HC? Para dar respuesta a estas preguntas, la presente investigación tiene como objetivo describir de qué manera la subjetividad, relacionada a las habilidades comunicacionales y el entorno de aprendizaje, de los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año de la carrera de medicina puede influir en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales. Teniendo como base este objetivo, se pretende conocer las valoraciones, creencias y experiencias de los estudiantes acerca de la importancia de las HC en el ámbito profesional, la metodología usada para su entrenamiento y su relación con los actores involucrados en el proceso de aprendizaje de las HC, y cómo estos elementos influyen en el aprendizaje de las HC. El estudio tiene un enfoque cuantitativo-cualitativo, y se utilizaron las técnicas de entrevista a profundidad y encuesta virtual.

El documento se divide en 6 secciones. El primer capítulo contiene el planteamiento del problema, la justificación, el marco de antecedentes, y marco contextual. El segundo capítulo está constituido por el marco teórico, el cual se divide en tres subcapítulos. El primero aborda el enfoque relacional de la comunicación y la comunicación interpersonal. El segundo inserta el concepto de comunicación en el ámbito de la salud, y desarrolla las principales habilidades comunicacionales de un profesional de la salud. El tercero se centra en comprender el aprendizaje significativo como un proceso de comunicación, y los diferentes factores (comunicacionales) que pueden influir en este. Sobre este punto, se abordará específicamente la subjetividad como uno de los factores comunicacionales principales, debido a su influencia durante el proceso de aprendizaje.

El tercer capítulo explica el diseño metodológico de la investigación, lo cual incluye el enfoque y tipo de investigación; el alcance del estudio, y el método, técnicas e instrumentos aplicados.

El cuarto y quinto capítulo desarrollan el análisis de resultados. El primero está enfocado a comprender los conocimientos previos, valoraciones, creencias y experiencias de los estudiantes con respecto a las habilidades comunicacionales *per se*. El segundo está enfocado en conocer las valoraciones y experiencias en torno al entrenamiento realizado en el PEHC de la universidad. En esta sección, también se desarrollan las habilidades comunicacionales aprendidas y no aprendidas, tanto a partir de sus experiencias personales, como del entrenamiento durante el PEHC. Finalmente, el sexto capítulo expone las conclusiones de la investigación, las recomendaciones que surgen a partir de estos resultados y las reflexiones finales.

Capítulo 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

“The care is expressed in the interpersonal relations and constitutes means of communication since it involves the contact among human beings through speech, facial and body expressions, hearing, smell, touch, and intervening in the body of others.”

(Karime et al., 2018, p. 2448)

La atención médica está basada en la relación médico-paciente y se establece en un contexto complejo, bajo el cual una persona queda ‘en manos’ de la otra. Como lo explican Hamui et al. (2015): “La relación entre quien padece y quien tiene el potencial de ayudarlo a superar la enfermedad, aunque no siempre lo logre, constituye un vínculo especial” (p.18); es decir, son dos personas que se reúnen en una consulta médica y forman una especie de pacto en el cual uno cede total confianza al otro. Por ello, cuando se habla de la atención médica, siempre se habla de cómo en una interacción, lo que se dice y de qué forma se hace, será decisivo para el bienestar del paciente (Erazo, 2012).

La calidad de la atención médica y, por ende, la satisfacción de los pacientes en los establecimientos de salud está intercedida por diferentes aspectos. Como explica Mira (como se citó en González, 2013):

La satisfacción tiene su origen no solo en los aspectos relacionados con la competencia profesional o la organización sino que es fruto también de las vivencias, las actitudes y las creencias personales del paciente y todo ello conforma sus expectativas. (p. 536)

Entonces, la experiencia de un paciente se verá influenciada por diferentes temas, tales como: los resultados favorables y aseguramiento del menor riesgo para los pacientes, el respeto de

sus derechos, la accesibilidad económica y burocrática, la calidad técnica y expertise del médico(a), infraestructura del establecimiento, calidad de la asistencia (rapidez, confort, entre otros), etc. En adición y de forma transversal a cada una de estas categorías, se encuentra la competencia comunicacional de los actores involucrados, y, sobre todo, la comunicación médico-paciente (Domínguez, 2018; González, 2013; Ugarte 2019).

Así, el nivel de satisfacción y el compromiso en el tratamiento de los pacientes está directamente relacionado con las habilidades comunicacionales de los médicos y otros actores dentro de la atención del establecimiento de salud. Tal y como mencionan Chirino y Hernández (2015): "...quienes se proponen ofrecer un servicio de salud efectivo tendrán que considerar el papel decisivo que juega el adecuado establecimiento de la relación: profesional de salud- paciente y la comunicación como la vía esencial para tal propósito" (p. 874). Entonces, para desarrollar confianza con el paciente y ofrecerle una experiencia placentera, con la cual se sienta cómodo y comprometido con su tratamiento, será indispensable que el profesional de la salud priorice su desempeño comunicacional durante toda la interacción.

En el contexto peruano, todo lo relacionado a las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud aún está en una etapa incipiente. Para ahondar sobre este punto, se presenta el caso de una investigación -realizada en un hospital reconocido de Lima-, por los autores Tsuchida et al. (2003). Los resultados indicaron que, si bien la satisfacción de los pacientes en cuanto a la atención es alta, esta disminuye cuando se trata de factores psicosociales. Por ejemplo, sólo el 21,9% de los médicos se preocupa por conocer datos personales e intereses sobre el paciente, el 18,8% indaga acerca de los sentimientos y pensamientos que tienen los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento, y el 15,6% aún utiliza jerga médica para dar explicaciones. Además, los médicos tienen algunos comportamientos negativos como, por ejemplo, ignorar los sentimientos y las preguntas del

paciente o actuar con un tono de superioridad (Tsuchida et al., 2003). Estos datos evidencian que existe una carencia de habilidades comunicacionales en los profesionales de la salud, lo cual genera interrogantes como: ¿por qué no se han logrado desarrollar estas habilidades?, ¿cómo se incentiva el aprendizaje de habilidades comunicacionales en la educación médica?, ¿qué enseñanzas se priorizan para los estudiantes de las carreras de salud?

En base a este cuestionamiento, para entender las causas detrás de la carencia de habilidades comunicacionales en los profesionales de la salud, será importante conocer el rol que cumplen las instituciones educativas que forman a los futuros profesionales de la salud (médicos, enfermeros, gestores de salud, entre otros) en entrenarlos en habilidades comunicacionales. La carrera de medicina es conocida por su gran complejidad y exigencia, y el foco del entrenamiento médico siempre ha estado en adquirir conocimientos técnicos y científicos requeridos para comprender la causalidad de las enfermedades y poder proponer un diagnóstico adecuado que resuelva en la curación del malestar del paciente. Por esta razón, desarrollar las habilidades comunicacionales o el manejo de emociones de los profesionales de la salud, se ha mantenido en segundo plano (Ali et al., 2017; Choudhary y Gupta, 2015; Sari et al., 2014).

Ser un buen doctor(a) no implica sólo conocimientos y habilidades técnicas, sino también de comunicación. Entre las expectativas que se tienen de un médico, se encuentra la capacidad para mantener relaciones adecuadas con sus pacientes, la honestidad y la formación de confianza (Stern et al., como se citó en Davis et al., 2012). Cada una de estas expectativas tendrá un impacto en los resultados finales de la atención del paciente, tanto en satisfacción como en el compromiso con el tratamiento de la enfermedad. Tal y como mencionan Choudhary y Gupta (2015):

Better communication between doctor and patient builds confidence, improves compliance, and reduces mistakes and mishaps, thereby reducing malpractice suits. If knowledge of medicine, surgical skill, and clinical acumen is the craft of medical practice, the communications skills are the fine arts! (p. 42)

Además, las personas no tienen habilidades comunicacionales innatas y aprenderlas es posible a través de un entrenamiento o proceso de aprendizaje (Fong y Longnecker, 2010) que se enfoque en entender cómo funciona una buena relación médico-paciente, y practicar (o mejorar) cada una de las HC con la que se cuenta o de la que se carece. Esto podría darse, por ejemplo, a través de un programa de entrenamiento o cursos dirigidos aplicados al contexto médico.

A pesar de la evidente relevancia de las habilidades comunicacionales para el desarrollo profesional de los médicos, en el caso específico de Perú la formación en el tema aún se está introduciendo en las facultades de carreras de la salud, por lo que existe una carencia de cursos o programas que estén dirigidos al tema. Tal y como mencionan Quispe et al. (2018), esto se debe a que no se solicita de forma explícita que las universidades o institutos —con carreras relacionadas al ámbito de la salud— trabajen las HC en sus estudiantes. Este punto es clave para entender una de las causas principales de la carencia de habilidades comunicacionales en los profesionales de la salud: la educación médica peruana no prioriza el entrenamiento de habilidades comunicacionales.

No obstante, algunas de las instituciones que cuentan con carreras del rubro de salud han abordado el tema de distintas maneras. En este caso se centrará la atención en una universidad privada peruana, que ha desarrollado un Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales (PEHC) para los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la carrera

de Medicina¹. En el marco de un contexto retador, que requiere de diversas condiciones para lograr cumplir con los objetivos de aprendizaje, el Programa aún está realizando adaptaciones y mejoras en su estructura.

Estas condiciones están inscritas en lo que se conoce como el ‘entorno de aprendizaje’, el cual implica el contexto físico, social y psicológico en el que se da el proceso de aprendizaje (Dunham et al., 2017), y este entorno incluye tanto factores comunicacionales como no comunicacionales. Por un lado, en cuanto a los factores comunicacionales, Alfaro (1993) reconoce algunos como la subjetividad de la persona (opiniones sobre las habilidades comunicacionales, su uso y aprendizaje), sus condiciones de vida (educación, niveles de atención en los centros de salud), los sistemas culturales de la sociedad (por ejemplo, roles y enfoques de género que se reflejen en la atención del paciente) y las relaciones que se dan con otros sujetos (médicos, personal de salud, residentes, internos² y externos³). Por otro lado, algunos ejemplos de factores no comunicacionales son la infraestructura (hospital, clínica, universidad), o las condiciones académicas (currículo, facultad, instructores capacitados) (Sengupta et al., 2017; Dunham et al., 2017). Como se puede notar, los factores son diversos y complejos, y cada uno tiene un impacto (directo o indirecto) que limita o incentiva el cumplimiento del objetivo de aprendizaje del programa. El foco de la investigación se centra en los factores comunicacionales, y se decidió priorizar uno de los estructurales: la subjetividad propia de los estudiantes.

Para esta investigación, se entenderá la subjetividad como el producto, propio de cada sujeto, que nace de la interacción con su contexto histórico y sociocultural, así como de las experiencias y otros momentos clave de sus vidas (Briuoli, 2007). Está constituida por

¹ El PEHC será abordado de forma más extensa en el subcapítulo 1.4 Marco Contextual, dentro de la presente sección.

² Estudiante de medicina que se encuentra en el séptimo y último año de la carrera universitaria.

³ Estudiante de medicina que se encuentra en el sexto y penúltimo año de la carrera universitaria.

pensamientos, conocimientos, valoraciones, sentimientos, creencias o significados en relación a un tema o situación específica, los cuales se han ido formando a lo largo del tiempo (Alfaro, 1993; Aquino, 2013; Blackman et al., 2008; Patiño y Rojas, 2009). Esta subjetividad es la que les permite actuar, expresarse, relacionarse e involucrarse, y será lo que defina su comportamiento (Aquino, 2013; Briuoli, 2007; Guinsberg, 1996; Henguemüle, 2005).

En ese sentido, y ajustando el concepto al tema de la investigación, es primordial conocer la subjetividad de los estudiantes de medicina en torno a las HC, porque será determinante para la aceptación del nuevo aprendizaje. Es decir, qué piensan, conocen, sienten, creen y opinan los estudiantes acerca del tema en cuestión (HC), así como qué, cómo o quién —desde su perspectiva— los llevó a decir, pensar y sentirse de esa manera. Como menciona Guinsberg (1996):

[...] los comunicólogos no llegarán muy lejos si persisten (como ocurre de manera dominante) en ignorar el mundo de una subjetividad que determina —en función de deseos, carencias, necesidades, etc—, la búsqueda, elección o rechazo de programas y propuestas, la lectura de los mismos y las significaciones que les dan. (p.70)

En otras palabras, conocer las subjetividades de las personas puede permitir determinar las razones detrás de la aceptación o rechazo de una acción, actividad o proyecto. A partir de lo señalado, el objetivo de la presente investigación es describir de qué manera la subjetividad, relacionada al aprendizaje de las habilidades comunicacionales, de los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año de la carrera de medicina puede influir en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales durante el pregrado. Teniendo como guía este objetivo, se pretende conocer las valoraciones y creencias de los estudiantes acerca de la importancia de

las HC en el ámbito profesional y de la metodología de trabajo del PEHC, así como sus experiencias personales y con otros actores relevantes, y cómo estos elementos pueden influir en su aprendizaje de las HC enseñadas por el programa.

1.2. Justificación

El entrenamiento en habilidades comunicacionales ha sido reconocido como competencia fundamental de los profesionales de la salud. Es por ello que, a nivel internacional, se han introducido cursos orientados a mejorar las habilidades comunicacionales de los futuros profesionales de las Facultades relacionadas al ámbito de la Salud (enfermería, medicina, administración de salud, entre otros). Sin embargo, aún existen limitaciones para la enseñanza y aprendizaje de las habilidades comunicacionales, que abarcan desde la colocación explícita del tema en el currículo de las carreras de salud, hasta las formas para evaluar la transferencia del aprendizaje de habilidades comunicacionales en el ejercicio profesional.

Además, las habilidades comunicacionales del profesional de la salud son la base para diferentes momentos claves de la atención al paciente, tales como la entrevista médica, el asesoramiento del paciente, brindar información para procedimientos, obtener consentimientos informados, entre otros (Choudhary y Gupta, 2015). Estas habilidades implican la empatía, la escucha activa, la retroalimentación, explicaciones claras y simples, comprensión y validación de las emociones, etc. Como explican Fong y Longnecker (2010): “Good doctor-patient communication has the potential to help regulate patients’ emotions, facilitate comprehension of medical information, and allow for better identification of patients’ needs, perceptions, and expectations” (p.38). En otras palabras, contar con estas habilidades permitirá fortalecer la confianza con el paciente y tener resultados positivos en cuanto al cuidado de su salud, ya que será más fácil para ellos comprender la información, y satisfacer sus necesidades y expectativas.

Es importante recordar que las interacciones se dan entre personas y el éxito de una relación está en cómo te comunicas con el otro. En ese sentido, todas nuestras acciones están relacionadas con la forma en la que nos comunicamos, lo cual influye en el clima de la relación y definirá cómo se desarrolla el resto de la interacción (Goffman, 1997; Rodríguez et al., 2002). Si pensamos en la comunicación en el ámbito de la salud, se aplica la misma idea. Es decir, sin una buena comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, no será posible entablar una relación de confianza, lo cual puede generar que se rechace el cuidado médico. Como mencionan Rider et al. (2006), hay evidencias de que las habilidades comunicacionales e interpersonales efectivas se relacionan directamente con mejoras en la salud de los pacientes, mientras que las inefectivas están vinculadas a la mala praxis y denuncias médicas. En el primer caso, el impacto se puede evidenciar en la reducción de errores y mayor precisión en los diagnósticos médicos, pacientes bien informados y comprometidos con su tratamiento, y mayor confianza hacia el centro de salud y sus profesionales (Schroeder, 2017; Sogi et al., 2006). En cuanto a la ausencia de habilidades comunicacionales, el impacto se puede visibilizar, por ejemplo, en los casos de violencia obstétrica, en el agotamiento profesional, el desentendimiento de los pacientes, la discriminación (género, raza, lengua, otros), entre otros (Boissy et al., 2016; Di Matteo, 1998; Dusek, 2005; Haussman et al., 2008).

Según lo comentado, se puede evidenciar la relevancia social de contar con profesionales de la salud que sean competentes comunicacionalmente. Por ello, es pertinente prestar especial atención a la forma en la que se instruye a los profesionales de la salud en el desarrollo de sus habilidades comunicacionales. A pesar de que en el país no se exige la implementación de cursos dirigidos al entrenamiento de HC, hay algunas universidades que están desarrollando programas relacionados, como es el caso de la universidad seleccionada para la investigación.

El Programa desarrollado por la universidad, como se mencionó anteriormente, está en constante cambio y aspirando a ser cada vez mejor, por lo que realizan adaptaciones, ajustes y mejoras. En ese sentido, la investigación puede aportar a la mejora continua del programa, y brindar insumos que permitan plantear una mejor estrategia de acercamiento a los estudiantes y lograr su compromiso con el entrenamiento de HC. Entonces, a partir del estudio se podrán conocer las valoraciones, creencias y experiencias de los estudiantes, y cómo pueden influir en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales. Con estos resultados, se podrían reformular los puntos necesarios en el programa y mejorar su estrategia de sensibilización para los estudiantes. Adicionalmente, algunas de las principales conclusiones del estudio, contribuirían a brindar sustento o visibilizar la necesidad de agregar nuevas partes a la estructura del programa, como, por ejemplo, la extensión a más especialidades o la capacitación a los doctores que realizan las evaluaciones.

Como se mencionó previamente, los estudios acerca del entrenamiento en habilidades comunicacionales (HC) a profesionales de la salud han sido trabajados desde diferentes perspectivas, tales como conocer la satisfacción del paciente para resaltar la necesidad de trabajar en las HC del médico, dar a conocer resultados de la aplicación de programas de entrenamiento en HC, evaluar la calidad de las HC de los profesionales de la salud en determinados hospitales, y evaluar las percepciones y actitudes que tienen los estudiantes y entrenadores acerca de los programas de entrenamiento de HC. Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones han sido en países diferentes al Perú y el enfoque que se ha priorizado ha sido desde la opinión y satisfacción de los pacientes, mas no desde cómo se forma a los profesionales de la salud y las percepciones de los propios estudiantes con respecto a las habilidades comunicacionales. La diferencia del presente estudio radica en entender una de las causas estructurales de por qué aún existe bajo desempeño en HC en los centros de salud,

que es la carencia de una formación sólida durante el pregrado de la carrera de medicina. Por esta razón, la investigación significará un gran aporte a literatura académica acerca del tema, e incluso puede incentivar nuevas investigaciones que trabajen en la misma línea de la educación médica.

Por último, el interés e inspiración para abordar el tema de la investigación se encuentra en mi experiencia personal y entorno familiar. En cuanto a mi experiencia personal, está vinculada a que no he tenido la ocasión de ser atendida por un médico que realmente me haga sentir satisfecha con la atención, y siempre me pregunté el porqué. En cuanto a mi entorno familiar, mi hermano mayor estudia la carrera de medicina en la universidad en cuestión — actualmente cursa el último año de la carrera—, y él constantemente comparte anécdotas vinculadas no sólo a su formación académica (clases, profesores, compañeros, dinámicas de trabajo, entre otras), sino también acerca de las situaciones cotidianas que experimenta durante sus prácticas médicas, tanto con pacientes como con otros médicos y actores relevantes dentro del establecimiento de salud. De esta manera, he podido conocer acerca de diferentes problemas que enfrentan los estudiantes de medicina, como la sobrecarga académica, la afección a la salud mental de los estudiantes (depresión, estrés, ansiedad, etc.), la escasez de doctores-profesores que puedan ser vistos como modelos a seguir (*role model*), entre muchos otros temas.

Para sintetizar, el entrenamiento de habilidades comunicacionales es un tema relevante dentro del rubro de la educación médica, puesto que tiene un impacto en la formación de la relación médico-paciente. Sin embargo, aún es necesario aportar a la mejora de la forma en que se entrena en habilidades comunicacionales a los futuros profesionales de la salud.

1.3. Marco de Antecedentes

Existe amplia documentación acerca de las habilidades comunicacionales y evaluación de resultados de programas en el logro de sus objetivos. A pesar de ello, las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud es aún un tema reciente, sobre todo en países del extranjero. Entre los temas que abarcan estas investigaciones se destacan los siguientes: metodologías de enseñanza de habilidades comunicacionales, beneficios del entrenamiento de HC, evaluaciones de desempeño comunicacional de médicos, entre otros. La mayoría de estas son usualmente trabajadas desde el ámbito de la medicina (educación médica), y no de las comunicaciones.

En relación a las investigaciones locales, Dusek (2005), en su tesis de maestría en comunicaciones, explica de forma breve acerca de la relevancia de trabajar las habilidades comunicacionales de los médicos especializados en gineco-obstetricia. Su investigación se basa en el análisis de las percepciones de las usuarias acerca de la comunicación que tienen con el médico, específicamente qué factores son los que podrían limitar o dificultar esta relación. Dentro de los resultados se obtuvo que las usuarias no se sentían escuchadas, notaban que los médicos no hacen contacto visual con ellas, usan explicaciones complejas y no llegan a sentir confianza realmente en quien las atiende. Debido a ello, prefieren no atenderse en ese centro de salud para un tema tan delicado como lo es el embarazo.

Así como Dusek, otra investigación, titulada “Impactos de la comunicación interpersonal en la autonomía de la gestante durante los controles prenatales en el Centro de Salud ‘Siete Cuartones’ (Cusco) entre enero y febrero del 2018” de Navarro (2019), analiza la relación médico-paciente desde la comunicación interpersonal. Es decir, se centra en el proceso comunicativo interpersonal que se da entre la gestante y el médico al momento de realizar las consultas. La autora resalta que el problema radica en que no se realiza el entrenamiento en

habilidades comunicacionales en profesionales de la salud que se ubican en las zonas rurales del país, donde es más importante concentrar esfuerzos de atención médica. Si bien no ahonda en la observación de las habilidades comunicacionales de los profesionales involucrados en el proceso, la autora realiza una evaluación desde la percepción de los pacientes, que evidencia que existe una falta de entrenamiento en habilidades comunicacionales en el país.

Siguiendo esta línea de investigaciones que se centran en medir la calidad de atención desde las perspectivas de los y las pacientes, Domínguez (2018) en su investigación titulada “Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina del Centro de Salud Surquillo, Lima-Perú, 2015” evidencia que los pacientes catalogan la atención médica como ‘deficiente’ o ‘regular’ en términos de la comunicación interpersonal con el médico a cargo del servicio. Así como Domínguez, existen otros investigadores —tales como Agurto et al. (2019), Quispe et al. (2018), Ramos (2006) y Tsuchida et al. (2003)— que investigan sobre el nivel de satisfacción de los pacientes según sus percepciones acerca de la relación médico-paciente que tienen durante sus visitas al centro de salud.

En las investigaciones mencionadas, no se evalúa un programa de entrenamiento en habilidades comunicacionales. Sin embargo, permiten conocer que el enfoque que se ha tenido para investigar en habilidades comunicacionales ha sido desde la percepción de los pacientes en relación a su atención en distintos centros de salud en el Perú. Esto evidencia la necesidad de realizar investigaciones en el contexto peruano que evalúen cómo se enseñan estas habilidades y dónde está el problema de fondo.

En investigaciones europeas y estadounidenses, se puede encontrar mayores perspectivas de análisis en relación a las habilidades comunicacionales. Por ejemplo, en una investigación

como la de Rider y Keefer (2006), se trabajó con un grupo de médicos que decide de qué formas les gustaría que se les enseñe acerca del tema de habilidades comunicacionales; es decir, en relación a su experiencia previa o nula, cómo preferirían que se les enseñen determinadas habilidades.

También, hay investigaciones en las que se aplica un determinado programa de entrenamiento en habilidades comunicacionales y se evalúa sus resultados, entre estas encontramos autores como Choudary y Gupta (2015), Shield et al. (2011) y Ali et al. (2017). En estos estudios, se hacen pruebas acerca de cómo funcionan metodologías como discusiones sobre videos, juegos de roles, retroalimentación inmediata, trabajo con pacientes reales, y se evalúa si los participantes lograron obtener los ‘conocimientos’ esperados, si estaban satisfechos con la metodología y sus opiniones acerca de qué debería mejorarse o cambiar.

Es importante resaltar que, hay estudios que tienen un enfoque similar al que propongo en esta investigación, estos son las que evalúan programas existentes, conocen su metodología y comprueban si está funcionando o evidencian la falla, por ejemplo, la investigación que realiza Sogi et al. (2006) titulada “Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados”, en la cual se conoce acerca de la percepción de los médicos graduados acerca de la formación que tuvieron en cuanto a habilidades comunicacionales, junto con una observación durante las consultas médicas para identificar qué habilidades tenían más desarrolladas. En esta investigación, se exploran las percepciones relacionadas a la formación en habilidades comunicacionales, pero con un público objetivo diferente al que se propone en la presente investigación (estudiantes de pregrado).

De todas formas, existen investigaciones que describen las percepciones y emociones que tienen los estudiantes de medicina en relación a la formación en habilidades comunicacionales. En Colombia, González et al. (2015) realizaron una investigación titulada “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”, en la cual se realiza un diagnóstico del estado de las habilidades comunicativas en una universidad de dicho país, a través de grupos focales y encuestas sobre percepciones con los estudiantes, revisión de mallas curriculares para ver cómo es el programa educacional relacionado a las habilidades comunicativas, revisión del perfil del egresado, revisión del reglamento clínico, revisión de la metodología de cada curso en el que se vea el tema y conocer el sistema de evaluación.

Entre otras investigaciones, principalmente europeas y estadounidenses, que también abordan el tema desde la perspectiva del estudiante de medicina, se encuentran las de Ruiz et al. (2019), Nogueira et al. (2006), Rees et al. (2002), Rees y Sheard (2002) y Malhotra et al. (2009). En estas, se aborda cuáles son las opiniones de aquellos estudiantes que suelen tener tanto una actitud más negativa hacia el entrenamiento de habilidades comunicacionales como las de aquellos que tienen una actitud más positiva. Incluso, algunas de las investigaciones los agrupan según otras variables (género, entorno familiar, y demás factores socioeconómicos). Entre los principales resultados de estas investigaciones, se menciona que los estudiantes con una actitud más negativa frente al entrenamiento son aquellos que no lo reconocen como académico o que pueda ser enseñado. También, se puede deber a que si el estudiante sabe o piensa que se desempeña bien comunicacionalmente, no reconoce la necesidad de un entrenamiento adicional. Estas investigaciones servirán de guía para el análisis de resultados, puesto que tienen hallazgos similares a los de la presente investigación.

A partir de la identificación de los diversos factores que interceden en el entrenamiento y enseñanza de las habilidades comunicacionales, un grupo de investigadores realizaron una revisión sistemática y los dividieron en 4 ejes: el entrenado, el entrenador, el entrenamiento y el entorno (Junod et al., 2015). Según esta revisión, hay investigaciones que evidencian que los factores que influyen de forma negativa en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales están relacionados a que quienes reciben el entrenamiento poseen una actitud negativa respecto a aprender sobre el tema y tienen creencias relacionadas a que ya cuentan con las habilidades de forma innata y que estas no pueden ser enseñadas.

En relación al segundo eje que proponen Junod et al. (2015), referido a quienes se encargan de entrenar en habilidades comunicacionales, se encontró que no tienen una adecuada metodología de enseñanza durante las sesiones prácticas en clínica, no actúan como modelos a seguir, y no están capacitados para enseñar y evaluar habilidades comunicacionales. Con esto se puede evidenciar que también existen investigaciones que analizan los entrenamientos en habilidades comunicacionales desde las percepciones y emociones de los mismos entrenadores.

Asimismo, para el tercer y cuarto eje, Junod et al. (2015) mencionan que existen investigaciones relacionadas a cómo la metodología es lo que permite o dificulta el desempeño en habilidades comunicacionales de los entrenados, y también mencionan cómo el entorno en el que se dan estas interacciones médico-paciente podría ser desfavorable. Estas investigaciones demuestran que para el correcto funcionamiento de un entrenamiento en habilidades comunicacionales se requiere trabajar desde diferentes ejes de acción para poder lograr un verdadero cambio en los profesionales de la salud y mejorar la calidad de su atención.

En añadidura, Sanson-Fisher et al. (2018) realizan una revisión sistemática que reafirma la existencia de una gran cantidad de investigaciones que relatan cómo han evaluado programas de entrenamiento en habilidades de comunicación. Sin embargo, los autores rescatan que la mayoría son estudios descriptivos y aún es necesario que aumenten las investigaciones que determinen cómo el comportamiento de los médicos ha cambiado; es decir, que evidencien la efectividad o no del entrenamiento y cómo se da la progresión de enseñanza a lo largo de los años.

Por último, se han realizado investigaciones que evalúan la eficacia de ciertos programas en lograr o no la transferencia del aprendizaje de las habilidades comunicacionales al campo de trabajo, entre ellas están la de Lienard, et al. (2010), Heaven et al. (2010) y van den Eertwegh et al. (2013). En estas o se aplica un programa o se mide los resultados de uno específico. En ambos casos, se evalúa cómo se evidencian los resultados durante las consultas médicas, por ejemplo, en la investigación de Lienard, et al. (2010), se encuentra que existe una relación directa en cuanto a participar en el curso y mejorar su desempeño en habilidades comunicacionales.

1.4. Marco contextual

La educación médica en el Perú se cimentó desde mediados del siglo XIX, y ha ido evolucionando en cuanto a estructura curricular y enfoque de enseñanza hacia una mirada más humanística y centrada en el paciente (Bermúdez et al., 2020; Olivera, 2010; Penny y Collins, 2018). Sin embargo, aún falta un largo camino por recorrer, y cada vez se hace más notoria la necesidad de cambiar la metodología que se ha cimentado en las carreras de la salud: la enseñanza a través de la humillación. Cuando se habla de este tema, se hace referencia principalmente a la forma en que los doctores-profesores tratan a sus estudiantes, ya que, con la justificación de “enseñar”, recurren al maltrato, acoso, gritos e insultos (Barrett y Scott,

2015). Este tipo de enseñanza, no sólo legitima el abuso y las relaciones de poder como parte de la experiencia del aprendizaje, sino que afecta el futuro desempeño profesional de los estudiantes en cuanto a aspectos personales (salud mental) y comportamiento social (trato con pacientes) (Barrett y Scott, 2015; Guevara et al., 2011; Munayco et al., 2016).

Para comprender un poco más acerca de la educación médica, es necesario conocer el camino que recorren los estudiantes de medicina para obtener su título médico. La carrera de medicina en el Perú consta de siete años de pregrado, para conseguir el título de Médico General; un año adicional de Servicio Rural (SERUMS) –en caso desee desempeñarse en el sector público-; y tres años de entrenamiento en un programa de especialización o residencia médica para conseguir el título de médico especialista (Penny y Collins, 2018). Los últimos dos años del pregrado son el externado e internado respectivamente, en los cuales el estudiante trabaja directamente con un hospital escogido o, si cuentan con las posibilidades económicas y/o de contactos, pueden llevar electivos en establecimientos de salud del sector privado.

Por lo tanto, durante el cuarto y quinto año de la carrera, los estudiantes empiezan a ser introducidos progresivamente en el entorno médico, y realizan más sesiones en el hospital. Para ello, les presentan a los estudiantes la gama de especialidades en las que pueden desempeñarse en el futuro. Cada uno de estos cursos implica rotaciones en el hospital, para lo cual se divide a los estudiantes en pequeños grupos y tienen un doctor-profesor encargado. En ese sentido, el día a día de los estudiantes está dividido en un primer momento de visita al hospital, y otro momento de sesiones teóricas-prácticas en la universidad. La carga académica de los estudiantes estará determinada tanto por sus tareas durante las sesiones prácticas, como su preparación para sus rotaciones en el hospital y sus evaluaciones.

En el marco temporal de la investigación, que aborda a los estudiantes que cursaron cuarto y quinto año en el 2020, es necesario mencionar el contexto de la pandemia por el COVID-19. Este significó la pérdida de la oportunidad de llevar a cabo un año presencial, en el cual, los estudiantes de cuarto habrían podido iniciar/continuar su inserción en el entorno hospitalario y los de quinto habrían podido adquirir más experiencia. Por un lado, los estudiantes de cuarto año tuvieron la oportunidad de visitar el hospital algunas veces durante los primeros dos meses del año 2020. Por otro lado, los alumnos de quinto cuentan con sus experiencias de su cuarto año, y de los primeros dos meses del año 2020. Para la investigación, este factor significó la limitación de las experiencias de los estudiantes a las pocas oportunidades que tuvieron para desenvolverse con pacientes.

Durante estos años de pregrado, la exigencia va variando y aumenta significativamente cuando empiezan las prácticas clínicas, lo cual tiene impacto en su estilo de vida (Agurto et al., 2019). Algunos de los cambios más evidentes son el tiempo libre y las ocasiones para socializar fuera del entorno médico y académico, lo cual puede impactar también en la salud mental del estudiante. En varias investigaciones se aborda cómo el currículo médico involucra una gran cantidad de materiales de estudio, exámenes, y evaluaciones, generando ansiedad y estrés por la sobre exigencia constante a los estudiantes (Selvaraj y John, 2021).

Además, la educación médica se caracteriza por ser rigurosa y tener altos estándares en cuanto a la adquisición de conocimientos técnicos y teóricos, enfocados en el saber científico. A pesar de ello, en los últimos años ha estado en boga la comunicación como habilidad clínica ‘core’ del profesional de la salud, y su pertinencia para la educación médica. Su relevancia e impacto en la calidad de la atención médica ha sido de reconocimiento internacional, por lo que, en varios países extranjeros, se han establecido pautas para las

facultades de carreras de la salud y han insertado dentro del currículo programas dirigidos al entrenamiento de las habilidades comunicacionales (Quispe et al., 2018).

En el caso particular de Perú, se puede encontrar que no se han establecido reglas y no se solicita explícitamente que las facultades de carreras de la salud dediquen programas o cursos dirigidos al entrenamiento de habilidades comunicacionales. Por ello, en la gran mayoría de facultades de Medicina no se ha incorporado el tema en su plan curricular, y aún no se define de forma objetiva cómo enseñar el tema (Guillén et al., 2017). Esto se debe, principalmente, a que aún existe la creencia de que las habilidades de comunicación son innatas de toda persona y, por lo tanto, no pueden ser enseñadas ni aprendidas (Ferreira et al., 2014).

En este contexto particular, un grupo de docentes en la universidad seleccionada para la investigación propuso la creación e implementación de un Programa de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación, que se inserta en ciertos cursos de cuarto y quinto año de la carrera. Este tiene como objetivo fortalecer los conocimientos, actitudes y habilidades comunicacionales relevantes para la atención de pacientes de los estudiantes de medicina. Hasta el momento, el programa ha sido introducido satisfactoriamente en los cursos de clínica y de pediatría, y se aspira introducirlo también a otros como gineco-obstetricia. Vale aclarar que, cuando se habla de 'introducir al curso', se hace referencia a que se incluye un módulo específico donde se aborden las sesiones del programa, y también se añaden algunos ítems dentro de la evaluación que están vinculados al factor comunicacional. Entre las razones por las cuales el programa está insertado solo en algunos cursos de la carrera, se encuentra la poca oferta de instructores capacitados y especializados en el tema. También, porque es necesario conversar con el encargado de especialidad para ver cómo introducir el módulo mencionado sin afectar el contenido total del curso, lo cual requiere de tiempo y, sobretodo, disposición.

En cuarto año, el programa está enfocado en la entrevista médica. Para ello, se basan en la Guía Calgary Cambridge y el Modelo Clínico Centrado en el Paciente. En quinto año, se enfoca en la atención de pacientes difíciles y el protocolo S.P.I.K.E.S. para brindar malas noticias. Para trabajar en estos temas, el programa trabaja con una metodología que implica el autoaprendizaje (lecturas y videos), y las sesiones prácticas en el Centro de Simulación. Las promociones se dividen en grupos de trabajo y se les asigna una fecha para llevar a cabo sus sesiones durante el año. Por un lado, en cuarto año, se realiza un Taller de juego y comunicación no verbal, y prácticas de entrevista médica en el Centro de Simulación. Por otro lado, en quinto año, se realizan simulaciones de la atención de pacientes difíciles y de cómo brindar malas noticias. Para las sesiones de simulación, se presentan situaciones que deben ser resueltas a través de la aplicación de las guías Calgary (cuarto año) y S.P.I.K.E.S. (quinto año). Adicionalmente, los médicos y compañeros observan toda la interacción para brindar retroalimentación una vez finalizada la actividad. En esta parte de la actividad, el paciente-actor también tiene la oportunidad de brindar su opinión acerca de la interacción.

Sobre estas actividades, cabe recordar nuevamente el contexto por la pandemia de COVID-19, puesto que la modalidad de las sesiones se tuvo que adaptar la virtualidad. Para la investigación, este punto es importante puesto que surgen varias valoraciones que giran en torno al factor conexión a internet y otros temas tecnológicos. A pesar de ello, por temas metodológicos y prácticos, no se hará hincapié a este punto durante el análisis de resultados.

Para finalizar, el éxito del programa de entrenamiento se verá una vez se logre la transferencia del aprendizaje, momento en el cual el estudiante cambia de comportamiento y lo aplica en su lugar de trabajo de forma sostenible a lo largo del tiempo (Dickson et al., 1997). Actualmente, el PECH de la universidad no se ha expandido a los demás años de la carrera, y no ha habido la ocasión de evaluar el desempeño comunicacional de los estudiantes de los últimos años o

recién egresados. Una vez más, esto evidencia cuánto falta para reconocer la importancia del entrenamiento de habilidades comunicacionales en la educación médica.



Capítulo 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Comunicación como relación: la base de una interacción

2.1.1. El enfoque de la comunicación relacional

La comunicación, según Alfaro (1993), tiene dos formas de comprenderse: como difusión y como relación. Por un lado, la primera refiere al uso de los medios de comunicación para impactar de forma no recíproca a las personas que reciben el mensaje, teorías como la aguja hipodérmica surgen en el marco de esta definición. Por otro lado, la segunda refiere a cómo es que a través de la comunicación se forman y establecen las relaciones entre sujetos. En la presente investigación, se priorizará la última definición de comunicación, porque recalca y expresa cómo la forma de comunicarse puede permitir o no que un vínculo se desarrolle.

Asimismo, Marta Rizo (2006) sostiene que la comunicación es la base para la vida social y las relaciones sociales. Ella entiende a la comunicación como el “proceso básico para la construcción de la vida en sociedad, como mecanismo activador del diálogo y la convivencia entre sujetos sociales” (p. 1); es decir que, para formar relaciones y poder vivir en sociedad es necesaria la comunicación. En este proceso, influyen varios factores comunicacionales, los cuales definen cómo se recibirá o no un mensaje. Según Alfaro (1993), estos factores son la subjetividad de la persona, sus condiciones de vida, los sistemas culturales que existen en la sociedad y las relaciones que se dan con otros sujetos. Entonces, al momento de darse una acción comunicativa, todos estos elementos están interactuando entre sí, influyendo unos más que otros en cómo se recibirá y responderá un mensaje.

Por ejemplo, en una conversación entre un médico y su paciente, puede suceder que este último no se sienta en la confianza de mencionar sus problemas de salud a detalle debido a que cree que su enfermedad no es grave. También, puede interceder el factor económico, en el que el paciente vive de su trabajo del día a día, y no puede perder horas de trabajo atendiendo su enfermedad. En la situación presentada, el paciente cree que su salud no es

importante si va a limitar su trabajo, además sus condiciones de vida no le permiten tomarse días libres, ya que requiere de sus ingresos económicos. Esto puede crear una barrera en el desarrollo de la relación con el médico, y podría ocasionar que se realice un diagnóstico erróneo o se evite la continuación del tratamiento.

Para sintetizar, la comunicación es un proceso que permite la interacción de unos con otros, y será determinante para la evolución de sus relaciones. De la misma forma, cuando se da este proceso, las personas se encuentran en un constante intercambio y es inevitable que se influyan mutuamente.

2.1.1. Comunicación Interpersonal para comprender las relaciones

Dentro del campo de estudio de la comunicación relacional, se desarrolla la teoría de la comunicación interpersonal, la cual estudia los vínculos entre las personas. Rizo (2009) menciona que “El abordaje de la comunicación interpersonal [...] se centra en la comprensión de la comunicación como intercambio, como acción de compartir valores, establecer vínculos y relaciones entre sujetos” (p. 32). En otras palabras, la comunicación interpersonal se da entre sujetos e implica establecer vínculos, relaciones e intercambios unos con otros a través de un acto comunicativo.

El intercambio del que habla Rizo (2006) está relacionado a la forma en la que las personas se comunican entre ellas. Tal como lo mencionan Littlejohn y Foss (2009): “At its most basic, IPC examines how people in relationships talk to one another, why they select the messages they select, and the effect the messages have on the relationship and the individuals” (p. 546). Como se menciona, el objetivo de la comunicación interpersonal es comprender cómo las personas se comunican entre ellas y cómo los mensajes que intercambian tienen efecto en la otra parte, ya que es a través de la comunicación que creamos significados. Esta idea se inserta en la corriente del interaccionismo simbólico, el cual explica la importancia de la

comunicación y la interacción cotidiana en el desarrollo de la sociedad, personalidad y cultura (Rizo, 2011).

Para considerar un proceso de comunicación como interpersonal, existen ciertas características o 'requisitos'. Como explica Wood (2007): "[...] we can define interpersonal communication as selective, systemic, unique, processual transactions that allow people to reflect and build personal knowledge of one another and create shared meanings" (p. 23).

Según el autor, la comunicación es un proceso selectivo porque no nos comunicamos de forma íntima con todos y es sistémica porque ocurre en diferentes contextos que influirán en cómo se desarrollará el evento. Además, es única porque cada relación que establecemos es diferente y es un proceso continuo porque se da a lo largo del tiempo. Finalmente, es a través de las transacciones con otras personas que podemos crear o formar los conocimientos propios y compartidos.

Según lo explicado, la comunicación interpersonal es un proceso que se da entre dos personas que se encuentran en un mismo tiempo y espacio, en la que ninguna tecnología media la comunicación:

Interpersonal communication concentrates upon communication which is non-mediated (or face to face), takes place in a dyadic (one-to-one) context or small group, with participants being essentially unconstrained in the form and content of their interaction by other than normal personal characteristics and the dictates of the situation within which they find themselves. (Hartley como se citó en Dickson et al., 1997, p.11)

Como menciona la cita, la comunicación interpersonal se concentra en estudiar aquellas acciones de comunicación que suceden entre dos personas o pequeños grupos que se

encuentran en un mismo espacio físico, las cuales están influenciadas por las características propias de cada persona y el contexto de la situación en la que se encuentran.

Al conocer las bases teóricas que fundamentan la comunicación aplicada al estudio de las relaciones, será posible trasladar el concepto al ámbito de la salud. Asimismo, se necesita hablar de comunicación en el contexto de la salud, porque relación médico-paciente es un proceso de comunicación interpersonal que se desarrolla en un determinado espacio (hospital) e implica ciertas normas y roles específicos (médico, paciente, administrativo, parientes).

2.2. Comunicación y salud

2.2.1. La comunicación como 'core' en el sector salud

La comunicación es un tema transversal a diferentes ámbitos personales y profesionales; sin embargo, en el contexto de la salud toma un rol muy importante, ya que hace referencia a un entramado de relaciones entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus parientes, otros médicos, estudiantes y administrativos de salud. De todas ellas, la relación principal es entre el médico y el paciente. Como mencionan Hamui et al. (2015):

Se trata de una relación simultáneamente asimétrica y simétrica, asimétrica porque una de las partes tiene conocimientos de los que el otro adolece, pues pasó por un proceso de formación profesional para comprender, interpretar y diagnosticar, así como para practicar estrategias terapéuticas capaces de aliviar al paciente. [...] Pero en el fondo, más allá de los saberes y usos del poder de aquellos involucrados en el encuentro, se trata de seres humanos capaces de relacionarse profundamente, simétricamente, con el objetivo de luchar contra la enfermedad. (p.18)

En ese sentido, durante una consulta médica nace una relación entre una persona que se demuestra vulnerable, y otra que tiene el conocimiento y habilidades para poder resolver el padecimiento de la primera. Esta característica es aquello que hace especial al contexto de la

salud y demuestra el rol de la comunicación durante este momento, tal y como comenta Thompson (1994): “The health care context is, in some ways, a relatively unique one. Few other interpersonal contexts are characterized by the urgency or life-death nature that can exist in health care interactions” (p. 698). Como se menciona, la razón principal por la cual la comunicación es de suma importancia en el ámbito de la salud es porque implica una situación de vida o muerte, ya que dependiendo de cómo se lleve a cabo el proceso de interacción médico-paciente, es que se define el futuro del último.

Giorgianni (como se citó en Sogi et al., 2006) explica que la relación médico-paciente es una acción en la cual una persona (paciente) ‘pone su vida’ en manos de otra (médico), y que es una relación que implica confianza, esperanza y respeto, porque el paciente cree en el médico para recibir el mejor trato. Entonces, el vínculo médico-paciente es un momento de suma importancia para no traicionar la confianza, esperanza y respeto que esperan los pacientes de parte del médico, para obtener el mejor resultado. Cabe destacar que, durante esta relación surgen diferentes relaciones de poder, en la que el médico es el experto, quien maneja los conocimientos y técnicas, y tiene el control de la interacción, mientras que el paciente es aquella persona enferma que debe estar dispuesta a dejar que el médico dirija la conversación y resuelva el padecimiento (Dörr, 2004).

En esta relación médico-paciente, cómo se dé la interacción entre los participantes tendrá efecto directo en cómo los pacientes mejoran o empeoran su situación, así como menciona Robinson (como se citó en Erazo, 2012): “Lo que los médicos y los pacientes se dicen unos a otros, y cómo lo dicen, afecta de manera decisiva el bienestar de estos últimos” (p.6); es decir, cómo se comunica durante la consulta médica impactará en los resultados de esta.

Hay diversas investigaciones que evidencian el impacto de las habilidades comunicacionales en el desarrollo de la relación médico-paciente. En la gran mayoría de ellos se coincide en que tiene una relación directa con las mejoras en la salud del paciente, porque construye confianza y mejora la conformidad con el tratamiento. Incluso, mejora la calidad de la atención médica y la precisión del diagnóstico, así como reduce las denuncias por malas prácticas y genera mayor adherencia a los planes de tratamiento (Choudhary y Gupta, 2015; Moore et al., 2010; Rider y Keefer, 2006; Sogi et al., 2006).

Siguiendo esta línea, la comunicación es una habilidad base con la que debería contar un profesional de la salud, y puede ser enseñada y aprendida (Rider y Keefer, 2006). Es necesario entender la comunicación en salud de manera estratégica, porque está relacionada a la habilidad con la que se comunica el profesional de la salud, y, por ende, a cómo se relaciona con sus pacientes. Como explica Schroeder (2017), “Si entendemos la comunicación como un proceso estratégico inherente a la toma de decisiones, cuando hablamos de comunicación estratégica en salud pensamos en una gestión que tiene como fin mejorar la salud de las personas y de los colectivos sociales” (p. 45). En otras palabras, como el fin del sector de la salud es generar un impacto positivo en la vida de las personas, la comunicación debe ser estratégica. Esto debido a que abarca diferentes habilidades, tales como el buen trato, escucha activa, empatía y entendimiento mutuo con los pacientes que se tratan.

La comunicación efectiva en medicina implica pensar en el paciente durante toda la consulta. Según Kurtz (como se citó en Moore et al., 2010), deben primar cinco principios: a) generar intercambio y retroalimentación, b) reducir la incertidumbre del paciente durante la consulta, c) planificar el desarrollo de la interacción, d) ser flexible y adaptarse al paciente, y e) ser reiterativo y aclarar la información clave. Cada uno de estos principios se expresa en las

habilidades comunicacionales con las que debe contar un profesional de la salud, lo cual se desarrollará en el siguiente subcapítulo.

Para sintetizar, en el contexto de la salud se entiende a la comunicación como aquella herramienta que permitirá el desarrollo adecuado de las relaciones dentro del centro de salud. Además, esta debe ser estratégica porque se depende de ella para lograr que los pacientes estén satisfechos, y se cumpla el objetivo final (que se adhieran a su tratamiento y se recuperen de su enfermedad o padecimiento).

2.2.2. Habilidades comunicacionales y el profesional de la salud

Cuando se comprende la relevancia de la comunicación en el ámbito de la salud, empieza a priorizarse la enseñanza de técnicas y el desarrollo de habilidades comunicacionales de los estudiantes de las carreras de salud. La necesidad de aprender y mejorar las habilidades comunicacionales nace porque se reconoce que tanto las acciones verbales como no verbales se pueden interpretar y tienen un impacto en la otra persona. Como mencionan Karime et al. (2018): “The care is expressed in the interpersonal relations and constitutes means of communication since it involves the contact among human beings through speech, facial and body expressions, hearing, smell, touch, and intervening in the body of others” (p.2448).

Las habilidades comunicacionales son estudiadas dentro del campo de la comunicación interpersonal, ya que para desarrollar las relaciones es necesario ser competente comunicacionalmente. Las habilidades comunicacionales (HC) son ocho y de estas es que se desprenden habilidades específicas dependiendo del contexto en el que se necesiten. Como explican Pérez et al. (2019): “La competencia comunicativa tiene un carácter transversal, dado que se puede aplicar en los distintos contextos sociales y es necesaria para el desarrollo y la generación de conocimiento desde las diferentes competencias específicas” (p.2).

Para esta investigación se considerará a una persona competente comunicacionalmente si ha desarrollado sus habilidades comunicacionales. Tal y como explican Spitzberg y Cupach (como se citó en Dickson et al., 1997): "...skills typically represent the specific components that make up or contribute to the manifestation or judgement of competence" (p. 16). Entonces, dependiendo de las habilidades que se tengan desarrolladas es que se definirá el nivel de competencia que tenga la persona. En ese sentido, una 'competencia comunicativa' engloba las habilidades comunicacionales.

Según esta idea, una habilidad comunicacional es la capacidad o calidad del desempeño ('performance') comunicativo de una persona (Littlejohn y Foss, 2009). Esta habilidad implica saber cuándo, cómo, a quién y por qué hablar. Así como, tomar en consideración el espacio o personas con las que se esté interactuando (Aguirre como se citó en González et al., 2015).

En el contexto de la salud, existen diversas formas en las que se ha establecido con qué habilidades debería contar un profesional de la salud, las cuales están evidenciadas en las diferentes guías de habilidades comunicacionales del profesional de la salud como la Guía Calgary, el Modelo REDE o la escala CICAA. En estas se describe no sólo el proceso de atención al paciente, sino que explica qué acciones comunicativas se deben realizar en cada uno de los pasos.

A grandes rasgos, lo que abarcan las habilidades comunicacionales del profesional de la salud va desde la presentación con el paciente hasta el cierre de la consulta médica. Como explican Choudhary y Gupta (2015) acerca de las habilidades comunicacionales:

It is a backbone over which lot of areas of patient care rests such as, first contact patient interviews, probing for associated and additional problems, counseling the

patient, explaining treatment options, its complications and advising follow-up. It is also necessary for explaining risks to the patient, counseling in case of bereavement or mishap, providing information about a surgical procedure its complications, taking an informed consent, and lot more other areas of patient care. (p. 41)

Como se evidencia, la comunicación del profesional de la salud es transversal a las principales actividades relacionadas al cuidado del paciente. Entre ellas se encuentran las entrevistas médicas, el asesoramiento médico, la toma de muestras, la explicación de tratamientos, complicaciones, procedimientos o riesgos, así como consejos de seguimiento y la aplicación del consentimiento informado.

Todos estos momentos están englobados en ciertos componentes clave, los cuales varían según el desglose que se les da a las habilidades comunicacionales. En la presente investigación se usará la Guía Calgary, ya que es en la que se basa el “Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicativas” de la universidad de la investigación. Silverman et al. (2013) son los creadores de esta guía, en la cual dividen el proceso de comunicación con el paciente en 6 partes:

- a) Iniciar la sesión: Incluye el saludo, presentación, demostración de respeto, identificación del problema, escucha de las ideas del paciente y negociar una agenda.
- b) Recolección de información: Implica animar al paciente a contar su historia, escuchar activamente, facilitar respuestas del paciente, recoger señales verbales y no verbales, aclarar las ideas del paciente, resumir periódicamente, preguntas y comentarios sencillos, establecer secuencia y fechas de los hechos, entender lo que siente el paciente y animarlo a expresar sus emociones.

- c) Proveer estructura: Se refiere a resumir el final para confirmar que entendió lo que el paciente quiso decir, darle secuencia lógica a la entrevista y ser capaz de mantener la conversación.
- d) Construcción de la relación: Implica el comportamiento no verbal apropiado, demostrar confidencialidad, legitimar sentimientos de los pacientes, usar la empatía, proveer soporte, manejar la sensibilidad, compartir el pensamiento con el paciente, explicar la justificación, explicar procesos y pedir permisos durante el examen físico.
- e) Explicación y planteamiento: Se refiere a dar información por partes y revisar el entendimiento, descubrir cuánta información quiere recibir el paciente y qué desea saber, organizar la explicación, usar métodos visuales y lenguaje fácil de entender, relacionar explicaciones del paciente con el diagnóstico, permitir al paciente contribuir a la conversación con sugerencias, comentarios o preferencias, obtener creencias y sentimientos del paciente, compartir pensamientos propios, negociar un plan de acción, ofrecer opciones, y confirmar con el paciente.
- f) Cierre de la sesión: Implica coordinar con el paciente, darle seguridad con el plan acordado, resumir la sesión y hacer una última revisión.

Cada uno de los momentos clave en una sesión médica implica el uso de las habilidades comunicacionales. Como se mencionó anteriormente, las habilidades comunicacionales son ocho: el comportamiento no verbal, el cuestionar, el reforzamiento, el reflejo o reflexión, el explicar, la auto-divulgación, el proceso de escuchar y el humor (Hargie, 1997). A continuación, se explicará brevemente cada habilidad comunicacional y se evidenciará su necesidad en el contexto de la salud, específicamente durante las consultas médicas.

La primera habilidad es la comunicación no verbal. Según Rozelle et al. (1997), es una forma de responder de forma automática a una emoción o un estímulo, sea con lenguaje corporal (kinesis), el paralenguaje (patrones de discurso), la proxémica (uso del espacio), el contacto físico, características físicas propias de la persona, artefactos o adornos, y factores del entono. Una persona que desarrolla esta habilidad es capaz de reconocer sus reacciones y controlar sus acciones corporales, expresiones, y entonaciones o tonos de voz. Además, entiende la importancia del espacio en relación con el otro, de la influencia de su entorno en el desarrollo de la interacción. Incluso, tomará en consideración las reacciones no verbales de la persona con la que interactúa para modificar las propias y hacer sentir más cómoda a la otra parte.

Durante una sesión médica, controlar la comunicación no verbal es necesario en cada uno de los momentos clave, ya que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad en la cual debe sentir que está siendo escuchado y que su historia está siendo creída o respetada. Tener posturas de relajación, expresiones de disgusto o burla, no hacer contacto visual, estar en una posición en la que no se ve al paciente cara a cara, usar un tono de voz imperativo, son algunos ejemplos de comportamientos no verbales que pueden afectar el desarrollo de la interacción con el paciente. Es importante que el profesional de salud esté consciente de sus reacciones durante la interacción y que sepa controlarlas para evitar incomodidades o disgustos en su paciente.

La segunda habilidad es el cuestionar. Para Dillon (1997), el cuestionar implica una necesidad o suposición, que luego será expresada verbalmente como una pregunta. Estas preguntas pueden tener diferentes estructuras, las cuales dependen del propósito que se desea lograr. Una persona que desarrolla la habilidad de cuestionar es capaz de definir el objetivo por el cual realizará el cuestionamiento y puede manejar la forma en la que lo dice, desde la formulación hasta la actitud con la que lo realiza.

En el contexto médico, la habilidad de ‘cuestionar’ se utiliza constantemente, sobre todo durante el momento de recolección de información, ya que se necesita indagar qué problema tiene el paciente, cómo se siente y otros datos importantes para conseguir la historia médica. Con esta habilidad desarrollada, el profesional de la salud sabrá qué, cómo, cuándo y de qué forma preguntar para hacer mejor el proceso de recojo de información para determinar el diagnóstico del paciente. Al mismo tiempo, permitirá que el paciente ejerza agencia, puesto que le brinda la oportunidad de explicar cómo se siente respecto a su enfermedad.

La tercera habilidad es el refuerzo, el cual se expresa como un premio, halago o retroalimentación. Cairns (1997) explica que este refuerzo es la consecuencia necesaria para definir el curso de un acto de comunicación, porque permite percibir que la interacción está funcionando y se puede continuar con ella. En otras palabras, es una forma de validar que lo que uno está diciendo está siendo escuchado, comprendido o cumpliendo su objetivo inicial. El refuerzo es considerado una habilidad porque define cómo evolucionará el flujo de la conversación y puede evitar que haya complicaciones u objetivos no deseados.

Esta habilidad se puede observar cada vez que el paciente termina de contar algo. De todas maneras, el momento más importante podría ser para proveer la estructura a la conversación, porque el profesional de la salud debe estar atento a cuándo se espera que intervenga para mantener el diálogo. El hecho de retomar frases o ideas que haya mencionado el paciente durante su historia, o dar comentarios que reafirmen que se está siguiendo la conversación, demuestra al paciente que está siendo escuchado y tomado en consideración. El refuerzo no sólo se expresa verbalmente, sino que está relacionado a la comunicación no verbal, sonreír durante una anécdota curiosa del paciente o hacer una seña de que continúe con lo que dice son formas de reforzar la interacción.

La cuarta habilidad es la reflexión o el reflejo (*'reflecting'*). Rogers (como se citó en Dickson, 1997) explica que el reflejo es un “[...] method of communicating an understanding of the interviewee’s concerns and points of view and of ‘being with’ that person” (p. 160); en otras palabras, es la forma en la que se expresa que se considera y comprende a la otra persona durante una interacción. Es la habilidad que permite aclarar o recordar la información que se está dando, y reconocer o validar lo que el otro está sintiendo o expresando; por ejemplo, esta habilidad se evidencia cuando se refrasea lo que el otro dice. Una persona que desarrolla esta habilidad demuestra empatía, ya que da a entender que escucha, respeta y comprende lo que el otro está expresando.

En el contexto médico, el reflejo implica que el médico sepa cómo responder de forma empática y manejar las emociones que surgen durante la interacción. Esta habilidad se puede evidenciar sobre todo durante la construcción de la relación, ya que se busca legitimar sentimientos de los pacientes, manejar las sensibilidades y demostrar empatía. Por ejemplo, cuando un paciente cuenta cómo se siente al respecto de su problema, validar su emoción es importante para que sienta que es comprendido. Además, aclarar o recordar alguna información que dio el paciente, también demuestra que hay reciprocidad en la interacción.

La quinta habilidad es explicar, la cual está relacionada a permitir o facilitar el entendimiento de algún problema a otros (Brown y Atkins, 1997). Entonces, explicar consiste en brindar una serie de aclaraciones que permitirán que se entienda sobre un determinado aspecto, las cuales se pueden hacer a través de diferentes herramientas como metáforas, resúmenes, ilustraciones o ejemplos. Además, es de suma importancia asegurarse de que la explicación ha sido entendida, mediante una pregunta o pidiendo a la otra persona que repita lo dicho. Una persona desarrolla esta habilidad para mejorar el método que utiliza para esclarecer lo que menciona y asegurarse de que está siendo comprendido.

Durante la interacción médico-paciente, constantemente el médico maneja la información técnica y solución al problema que tiene el paciente, entonces debe saber cómo hacer llegar ese mensaje a la otra parte. El momento clave de la sesión es el que se necesita esta habilidad es la explicación y planteamiento del tratamiento a seguir por el paciente. No es necesario que el médico use su lenguaje técnico o información compleja que pueda desincentivar al paciente a continuar con el procedimiento, sino que lo ideal es usar un lenguaje simple, con ejemplos y adaptar su explicación según las características del paciente.

La sexta habilidad es la auto-revelación (*'self-disclosure'*), que es el proceso por el cual una persona revela datos o información propia con un determinado objetivo (empatía o intimidad). Tardy y Dindia (1997) explican que la auto-revelación es la habilidad que se utiliza para poder iniciar y desarrollar relaciones, pero debe ser regulada y controlada para evitar problemas por la información que se revela sin cuidado. En otras palabras, la persona debe ser estratégica, porque es necesario meditar previamente la revelación que se desea hacer según el objetivo que se desea lograr en la interacción. De esa forma, puede hacer que la relación con la otra persona evolucione a un nivel más íntimo, personal y de confianza.

Esta habilidad se puede usar para la construcción de la relación con el paciente. Algunos ejemplos son contar anécdotas similares a las del paciente y validar algunos de los puntos que este incluyó en su explicación de su problema de salud. También, se puede usar esta habilidad para facilitar el primer acercamiento con el paciente, por ejemplo, con la presentación y el saludo. Al saber manejar esta habilidad, el profesional de la salud podrá hacer que su vínculo con el paciente sea más personal y esté en un nivel de confianza mayor.

La séptima habilidad es el proceso de escuchar. Según Bostrom (1997): “The best definition of listening is the *acquisition, processing, and retention of information in the interpersonal*

context” (p.247). En otras palabras, escuchar es un proceso complejo que implica atención, procesamiento e interpretación de información, la cual luego será utilizada para continuar con la interacción. La escucha no sólo implica el contenido informativo de un mensaje, sino también interpretación emocional, debido a los cambios de tono y variaciones de la voz, y de la actitud o comportamiento que se tiene durante el proceso, lo cual indica si se está escuchando o no el mensaje. Una persona que desarrolla esta habilidad demuestra disposición y respeto, permite que fluya la conversación y puede comprender toda la información que se quiere brindar.

Esta habilidad es usada durante toda la interacción con el paciente, cada vez que este intervenga, sobre todo en los primeros momentos de la sesión en que se necesita escuchar al paciente para entender por qué recurre a la atención médica. Desarrollarla es de suma importancia porque sin ella no se puede dar el mejor trato ni solución al paciente, ya que no se procesaría toda la información y podría llegar a haber malentendidos al momento de proponer el tratamiento a seguir. El profesional de la salud debe desarrollar su habilidad de escucha para demostrar su disposición a ayudar al paciente y poder brindarle la mejor solución.

La octava habilidad es el humor y la risa. Para Foot (1997), el humor usado estratégicamente puede permitir modular el mensaje que se quiere dar, desde poder negar lo que se dijo hasta decir lo contrario a lo que realmente se quiere decir. Según el autor, esta habilidad se puede usar de diferentes formas, por ejemplo, para buscar o dar información. Una persona puede usarla para el beneficio de su discurso, ya que lo hace más persuasivo, interesante, entretenido y fácil de recordar para quienes lo escuchan.

Si bien esta habilidad puede parecer no importante o necesaria de desarrollar, usada de forma estratégica puede permitir entablar una mejor relación con el paciente, en la que se sienta más cómodo y entretenido. El inicio o el cierre de la sesión médica son buenos momentos para usar el humor, ya que se inicia y termina con un ambiente agradable. Además, si se usa de forma adecuada, puede servir para dar a entender a un paciente cuándo puede estar equivocado o necesita cambiar su forma de pensar para que funcione el tratamiento. Asimismo, puede ser útil para el manejo de temas sensibles o tabú durante las entrevistas médicas, como, por ejemplo, las relaciones sexuales o la orientación sexual.

Las habilidades comunicacionales necesarias para un profesional de la salud se evidencian en momentos clave durante la entrevista médica. De todas maneras, algunos autores han decidido agruparlas y es importante mencionarlo. En la conferencia Bayer-Fetzer (como se citó en Rider et al., 2006), se discutieron 7 habilidades clave: construir la relación médico-paciente, abrir la discusión, recolectar información, entender la perspectiva del paciente, compartir información, llegar a acuerdos respecto a problemas y planes, y proveer un cierre. Existen varias investigaciones que detallan al por menor cada una; sin embargo, se agrupan en estas habilidades.

En resumen, las habilidades comunicacionales – estudiadas desde la rama de la comunicación interpersonal – pueden ser trasladadas a diferentes ámbitos de desarrollo profesional, entre ellos, el ámbito de la salud. Así, cada habilidad comunicacional se ve evidenciada en los momentos clave durante la interacción principal que se da en un centro de salud (médico-paciente).

2.3. Comunicación y Aprendizaje

2.3.1. El aprendizaje significativo como proceso de comunicación

El aprendizaje y la comunicación van de la mano, ya que para que una persona aprenda un determinado conocimiento o comportamiento nuevo son necesarios una serie de procesos comunicativos. Así como la comunicación, antes se pensaba que el aprendizaje era un proceso unilateral en el que el sujeto sólo recibe información; sin embargo, con el paso de los años se comenzó a pensar en el sujeto como un personaje activo en el proceso de aprendizaje, tal y como menciona Hengemüle (2005):

Ese referencial de ser humano redimensionó las reflexiones sobre el proceso de educación que, de un paradigma en que el sujeto es apenas un reproductor del contexto, evoluciona, ahora, para otro, en el cual el sujeto pasa a tener vida cultural, social, histórica, trascendental, con la dimensión individual, característica de cada persona. (p. 66)

Entonces, se comenzó a pensar en el sujeto como un portador de diversos factores que influyen durante su proceso de aprendizaje, más que un ‘depósito’ de conocimientos o ideas que no interactúa con la nueva información que recibe. Según esta idea, en la presente investigación se entenderá el aprendizaje como un “proceso de construcción, que implica una profundización comprensiva y no una adquisición de información” (Sánchez et al., 2017, p.122); en otras palabras, durante el proceso de aprendizaje el sujeto cuestiona y elabora la información que recibe para generar nuevos conocimientos.

En base a la idea de que el sujeto cumple un rol activo en el proceso de aprendizaje, surge la teoría del aprendizaje significativo, la cual es trabajada a profundidad por Ausubel. Este autor lo define como “un proceso a través del cual un conocimiento nuevo establece una relación no arbitraria y sustantiva con la estructura cognitiva (previa) del que aprende” (como se citó

en Sánchez et al., 2017, p.122). Entonces, el aprendizaje significativo implica reconocer la interacción que se da entre lo que ya se conoce con la información nueva.

En base a lo mencionado, el argumento principal del aprendizaje significativo puede resumirse en que el sujeto que aprende no absorbe todos los conocimientos, ideas y pensamientos que le enseñan, sino que los procesa según lo que ya conoce y ha experimentado. Esta idea será importante para entender el aprendizaje a lo largo de la investigación, ya que permite relacionar este concepto con la teoría de la comunicación, en el sentido de que es una actividad que nace de las acciones comunicativas. Tal y como evidencian Torres et al. (2016) en su revisión sistemática, varios autores coinciden en que el proceso de enseñanza es principalmente comunicativo.

Siguiendo esta línea, antes se mencionó que la sociedad existe debido a la interacción entre personas, y esta interacción se da gracias a acciones comunicativas que permiten intercambiar ideas y conformar sentidos comunes. Por consiguiente, para que exista un sentido común, una actividad o la sociedad misma, han sido necesarios varios procesos de comunicación en los que se forman consensos y sentidos.

Los autores Rodríguez et al. (2002) defienden esta idea: “cualquier actividad o elemento de la sociedad se puede ver como resultado de un proceso de comunicación entre seres humanos” (p.9). Esto quiere decir que, las actividades que realizamos, cómo nos comportamos, lo que vemos y todo lo que conforma la sociedad, son productos de los procesos de comunicación. En ese sentido, se puede decir que el aprendizaje se enmarca en un proceso de comunicación y sus resultados están alineados con todos los factores que intervienen en este proceso.

Para caracterizar mejor un proceso de comunicación y entender cómo el aprendizaje se adecúa al concepto, los autores Rodríguez et al. (2002) explican que “lo que se da en la vida

cotidiana son procesos comunicativos entre personas de carne y hueso, en un tiempo y en un espacio determinados” (p. 10). Es decir, que un proceso de comunicación no se da de forma aleatoria, sino que se enmarca en un tiempo y espacio específico, y usualmente persigue un objetivo. Por lo tanto, es posible entender el aprendizaje como un proceso de comunicación.

En síntesis, el aprendizaje significativo consiste en reconocer al educando como un actor activo en su proceso de aprendizaje y tomar en consideración sus ideas y conocimientos para brindarle nuevos. Además, este proceso no sería posible sin la comunicación, ya que el resultado final de este se logra gracias a diferentes acciones comunicativas. En otras palabras, el aprendizaje es un proceso de comunicación, que se da en un espacio y tiempo determinado, y sucede gracias a la interacción entre un educador y el educando.

2.3.2. Factores comunicacionales que intervienen en el aprendizaje significativo

El aprendizaje sucede en un espacio-tiempo determinados e involucra a diversos actores, tales como los profesores y los estudiantes. Además, como se mencionó antes, es importante pensar al estudiante como un sujeto activo durante el proceso de aprendizaje, lo cual implica que tiene sus propias ideas y sentimientos que definirán cómo recibirá las enseñanzas que le imparten. Cada uno de estos aspectos influye de una forma u otra en cómo sucederá el aprendizaje.

Como se mencionó previamente, un proceso de comunicación se puede ver influenciado por diversos factores comunicacionales (subjetividad, condiciones de vida, sistemas culturales, relaciones interpersonales), los cuales pueden limitar, interrumpir o permitir el cumplimiento de este proceso. De igual manera, el aprendizaje, que es un proceso de comunicación, se puede ver influenciado por estos factores. Estos están enmarcados en lo que se conoce como “entorno de aprendizaje”.

Según los autores Dunham et al. (2017), el entorno de aprendizaje o *learning environment* es el contexto físico, social y psicológico en el que se da el proceso de aprendizaje. En este ámbito pueden influir tanto los factores comunicacionales –que ya se mencionaron- como los no comunicacionales, por ejemplo, la infraestructura, el currículo académico, la facultad, entre otros. Es el entorno de aprendizaje lo que determinará que el estudiante se sienta bien, cambie sus comportamientos, y, sobre todo, se logre el objetivo de la enseñanza.

Además, si se habla específicamente del entorno de aprendizaje en el que se desenvuelven los estudiantes de medicina —quienes son parte del estudio en la presente investigación— este entorno abarca diversas partes. Tal y como explican Sengupta et al. (2017): “Learning or educational environment is not only limited to the environment of the classroom, wards, library or the medical school as a whole, but also includes the teacher-student relationship, co-operation among classmates, attitude of senior students” (p. 1). En otras palabras, el entorno de aprendizaje para un estudiante de medicina se ve influenciado por diversos factores, desde el hospital o clínicas en las que realizan sus prácticas, y la variedad de personas con la que se relacionan, como los profesores, doctores, otros estudiantes de grados mayores, pacientes o administrativos del centro de salud.

Como se puede evidenciar, el proceso de aprendizaje se ve influenciado por varios y diversos factores comunicacionales y no comunicacionales, que pueden ser propios de la persona o del exterior. Sin embargo, como se mencionó previamente, el foco de esta investigación será en el factor comunicacional de la subjetividad propia de los estudiantes en torno al aprendizaje de las habilidades comunicacionales. Como mencionan Sánchez et al. (2017): “En definitiva, para que el aprendizaje sea significativo, la información nueva debe ser relacionada y conectada personalmente por cada alumno con su propia estructura cognitiva previa” (p.123).

En otras palabras, la primera barrera para iniciar un nuevo aprendizaje es si está vinculado con lo que el estudiante piensa, cree y siente con respecto al tema.

Para comprender la esencia de la investigación es necesario ahondar en el concepto de subjetividad, el cual guía su análisis y objetivo. Este término ha sido abordado desde diferentes especialidades, tales como, la filosofía y las comunicaciones. Por esta razón, ha sido prioritario indagar sobre las diferentes definiciones y establecer una propia.

Desde la perspectiva filosófica, se presenta la subjetividad como aquella característica o elemento propio de una persona, que define sus propias concepciones del entorno que lo rodea. Como mencionan los autores Patiño y Rojas (2009):

La subjetividad habla del sujeto y se opone al objeto, no lo niega pero lo trasciende. Define al individuo en relación con sus propias concepciones de mundo, a partir de la presunción de autonomía y libertad. Cumple simultáneamente funciones cognitivas, prácticas e identitarias. (p.94)

Según lo citado, la subjetividad es una característica propia e interna de cada persona, y será aquello que defina su forma de pensar, sentir y actuar, tanto sobre sí mismo como también respecto a todo aquello que le rodea y acontece. Teniendo como base esta idea, se debe entender de qué manera se construye la subjetividad. Tal y como menciona Henguemüle (2005): “Como seres humanos, traemos en nuestro mundo subjetivo la nuestra historia cultural, social, histórica y trascendental, a partir de los cuales constituimos nuestra individualidad [sic]” (67). Esto quiere decir que la subjetividad es el resultado de un proceso de construcción social, y depende de las experiencias, cultura y significados que uno va adquiriendo a lo largo de su vida (Brioli, 2007).

Al ser la subjetividad una característica interna y propia de cada persona, que se va formando según las interacciones que esta tiene con el mundo que la rodea, es necesario definir una serie de elementos que la reflejen. Por esta razón, se entenderá la subjetividad como un conjunto de modos de percepción, afecto, pensamiento, deseo, temor y otros elementos, que guiarán el comportamiento de un sujeto (Ortner como se citó en Aquino, 2013). Esta idea la comparte Alfaro (1993) desde las comunicaciones, ya que menciona que cada persona enlaza el contenido del proceso de comunicación con sus propias experiencias, conocimientos o valoraciones, y, según estas es que pueden seleccionar y elegir contenidos, asociarlos y asimilarlos, o apropiarlos y usarlos en su vida. En ese sentido, habrá una mayor probabilidad de lograr el objetivo de comunicación si este se alinea con los elementos internos de la persona.

Tal y como mencionan las autoras Aquino y Alfaro, la subjetividad se puede ver reflejada en distintos elementos, como los modos de pensar sobre un tema o las propias valoraciones que se le dan a este. Si bien se puede observar la subjetividad desde diferentes variables, para esta investigación, se consideran los siguientes elementos como los principales: las experiencias (personales o con otras personas), las valoraciones u opiniones, los significados o el ‘deber ser’, y los pensamientos o conocimientos, que una persona puede tener con respecto a un tema o situación. Más adelante en la sección, se desarrollará cada uno de estos elementos.

Para consolidar la definición de subjetividad y poder continuar con la siguiente parte de esta sección, se utilizará un ejemplo basado en la temática de la investigación. En el “Diario de un interno de medicina” de Daniel Rojas (2019), se relatan las experiencias vividas por el autor en las diferentes rotaciones que realizó en su último año de la carrera de medicina. En este, el autor expone diferentes casos, conversaciones y pensamientos propios que surgieron durante

su internado, y cómo cada uno de estos influyó en su comportamiento como médico y cambió su percepción de la relación con el paciente.

Para los estudiantes de medicina, el internado es conocido por ser la recta final de la carrera y el momento clave para aprender sobre los procedimientos médicos que tendrán que realizar en el futuro. Lo que se conoce acerca del internado es que es el momento más duro de la carrera, y es necesario ir al ritmo que exigen los médicos de turno, aunque esto implique exceso de horas de trabajo y otros tipos de prácticas que atentan contra el bienestar integral de los estudiantes. Por esta razón, es que el comportamiento que prima es uno mecanizado; es decir, en que lo relevante es generar historias clínicas, prestar atención al doctor y cumplir con las tareas del día, más que pensar en el paciente. En un caso particular, el autor explica cómo tuvo que continuar su rutina diaria, en la que el doctor explica un caso y pide intervenciones de los internos, a pesar de que una señora —a la que le acababan de dar una noticia de fallecimiento de su familiar— estaba llorando en el mismo consultorio (Rojas, 2019).

En este caso, la subjetividad gira en torno a la idea del internado. Se puede notar que existe un conocimiento o pensamiento previo acerca de las tareas y el objetivo del internado. Asimismo, se entiende lo que significa ser interno, donde se tiene una serie de reglas implícitas que demandan un determinado comportamiento. También hay ciertas valoraciones, como el hecho de que es la etapa más dura de la carrera y donde los y las estudiantes sufrirán más maltratos. Esta concepción del internado se va forjando y normalizando a medida que el estudiante avanza en la carrera y, según esta es que saben cómo deberán actuar y desempeñarse. Aunque en este caso particular haya implicado hacer caso omiso de una paciente vulnerable y en llanto. Como se puede evidenciar, prima y se ha internalizado una concepción negativa acerca de lo que significa ser interno. Cabe recordar que, este periodo es

el 'paso final' para acabar la carrera y ser considerado un médico, por lo que, si bien se comprende su complejidad y exigencias, se afronta como un reto y sacrificio necesario para lograr completar su carrera.

Una vez entendido el concepto de subjetividad, es importante comprender de qué manera influencia o intercede en diferentes aspectos de la vida de cada persona. La subjetividad es uno de los factores que determina cómo se asimilarán los estímulos externos y de qué manera se reaccionará o actuará ante ellos. Estos estímulos pueden ser la interacción con otras personas, la participación en una actividad e incluso el mismo proceso de aprendizaje de la persona. Por esta razón es tan importante conocer o tomar en consideración la subjetividad de las personas involucradas al momento de plantear algún aprendizaje.

Como explica Alfaro (1993), para que un programa o proyecto sea bien recibido por su público objetivo es necesario conocer las subjetividades de los destinatarios, ya que de estas dependerá cómo se recibirán los contenidos o enseñanzas del programa:

De esa manera, al interior de las diversas relaciones establecidas durante acciones y discursos de desarrollo y sus respectivas interlocuciones, se van construyendo consensos, acuerdos, valoraciones, pero también se establecen, disensos y resistencias espontáneas, diversos malosentendidos, todo lo cual delimita un campo comunicacional que justifica una intervención educativa realmente importante. (p. 24)

Por lo tanto, no estar en constante búsqueda y comprensión de las subjetividades del público objetivo que forma parte del programa puede generar que se establezcan ciertas resistencias, malentendidos o disensos con respecto al mensaje que se está tratando de dar. Para conocer

estas subjetividades, es necesario estar en permanente comunicación con el público objetivo, y así poder comprender qué piensan respecto al programa o proyecto que se lleva a cabo.

En esta investigación, se abordará de qué manera la subjetividad en torno a las habilidades comunicacionales que requiere un médico, puede influenciar en el aprendizaje de estas durante la carrera de medicina. Por ello, a continuación, se desarrollará cada uno de los elementos que constituyen la subjetividad, y cómo se vinculan específicamente con el aprendizaje de las habilidades comunicacionales. Como mencionan Ruiz et al. (2019), “variables such as attitudes towards communication learning, its perceived value, opinions about how it is assessed, the experiences of students when practising in simulated or clinical contexts, or socio-demographic factors can all influence the effectiveness of the programmes” (p.91). Según lo mencionado, es posible comprender que intervienen distintos elementos cuando se desea aprender sobre HC, y las opiniones o valoraciones respecto al tema trabajado, son un factor clave que puede influir en la efectividad del programa. En el caso de estudio, si una opinión es negativa respecto a lo que significan las habilidades comunicacionales o cómo se enseña sobre ellas, es más probable que haya menos interés o involucramiento con el tema.

Esto está relacionado a qué tan significativo es este aprendizaje para la persona. Si esta persona considera valioso este aprendizaje y tiene buenas opiniones al respecto, será más probable que se desenvuelva bien y aprenda sobre el tema: “Aprendizaje significativo es un proceso que presupone que tanto el aprendiz presente una actitud de aprendizaje significativo como que el material a ser aprendido debe ser potencialmente significativo para él/ella” (Ausubel citado en Moreira, 2017, p.3).

Otro elemento de la subjetividad está relacionado a las experiencias de la propia persona, las cuales influyen en si adoptará o no la nueva información. El autor von Glasersfeld (como se citó en Littlejohn y Foss, 2009) explica lo siguiente: “people attribute meanings to words by interpreting the signals of language, translating them in the context of their experiences, and constructing communication structures that are both syntactical and semantic” (p.182). Esto quiere decir que, para darle significado a la información o mensajes que reciben, primero los relacionan con sus propias experiencias y según ellas es que decidirán cómo se comportarán en la nueva situación. Además, dependiendo de cómo impacta esta experiencia en su vida y cómo la interpreta, puede convertirse en un incentivo o una barrera para adquirir un nuevo aprendizaje.

La experiencia es uno de los elementos clave de la subjetividad, sobre todo cuando esta se da con otras personas. Es importante recordar que, durante el proceso de aprendizaje uno no está sólo, sino que interactúa con otros, tales como, los profesores y compañeros de clase, y, en este caso en particular, también con pacientes y otros miembros del staff de salud. Se podría decir que, por un lado, las experiencias propias impactan en cómo la persona percibe o se siente respecto a un determinado tema, y, por otro lado, la interacción constante que tiene con otros actores involucrados en el proceso de aprendizaje, irá consolidando o limitando la aplicación de este nuevo aprendizaje.

Los autores Choudhary y Gupta (2015) explican que:

Students develop communication skills by observing their seniors, teachers and mentors and then practice. Though systematic teaching of these skills is challenging during formative years, training in communication during clinical

posting can bring these skills to life and allow students and faculty to see their relevance. (p.43)

En otras palabras, la interacción con otros actores involucrados en el proceso de aprendizaje es un punto clave para mejorar las habilidades y fortalecer el aprendizaje adquirido. Esto, no sólo porque se aprende de la observación, sino que también esperan la validación de los otros sobre sus acciones.

En adición a las valoraciones y las experiencias, otro elemento de la subjetividad son los pensamientos o conocimientos previos, porque influyen en el aprendizaje en cuanto permiten tener mayor o menor disposición al nuevo tema. Como menciona Moreira (2017), “el conocimiento previo es la variable que más influencia el aprendizaje. Su efecto facilitador del aprendizaje significativo es enorme, pero a veces, puede ser también inhibidor. En otras palabras, no permite que el sujeto perciba nuevos significados, nuevas relaciones” (p.12). Por ejemplo, si un estudiante piensa que las habilidades comunicacionales sólo sirven para compartir información de forma efectiva y que es algo innato de cada persona, hay menos probabilidades de que estén dispuestos a entrenar en el tema. Incluso podrían predisponerse a pensar que sólo si tienen un talento especial al momento de hablar será posible desarrollarlas correctamente.

La última variable que conforma la subjetividad está relacionada a los significados que se atribuyen a una acción, situación o aprendizaje, en base a lo que uno cree con respecto a un tema. Los autores Littlejohn y Foss (2009), explican que:

Because ideologies are found in the language, texts, and signifying practices, what those things mean comes to reside in people. [...] A person's relationship to a particular text is thus a product of a range of cultural processes that are heavily

infused with specific ideologies about who they are and how they should be. (p. 271)

En otras palabras, los significados o sentidos pertenecen a cada persona, y cuando se da un proceso de comunicación, se vienen a la mente una serie de creencias o significados acerca de lo que es o debería ser. En la investigación, esto estaría relacionado a cómo debe comportarse un médico, qué cualidades debe tener y cuál es su rol en la relación médico-paciente.

En síntesis, la subjetividad es el producto, propio de cada persona, que nace de la interacción con nuestro contexto histórico y sociocultural, de categorías sociales que nos constituyen como personas (género, edad, clase social, características étnicas, entre otros), así como de nuestras experiencias (personales y con otros) y otros momentos clave de nuestras vidas. Está constituido por nuestros pensamientos o conocimientos, valoraciones, experiencias, y creencias o significados en relación con un tema o situación específica. Esta subjetividad es la que nos permite actuar, expresarnos, relacionarnos e involucrarnos, y será lo que define nuestro comportamiento e identidad. Asimismo, será aquello que establece la disposición y aceptación de un nuevo aprendizaje. En ese sentido, la subjetividad ante nuevos estímulos y experiencias se refuerza y/o transforma; no es algo estático.

Para fines de la investigación, la subjetividad en torno a las habilidades comunicacionales de los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de medicina se conforma de pensamientos o conocimientos acerca de lo que son las HC, las valoraciones acerca de su utilidad y relevancia para el desempeño médico, así como de la forma de enseñanza del Programa de Entrenamiento. También, está conformada de las experiencias que han tenido como pacientes, como estudiantes y cómo médicos, en las que se ha evidenciado el uso de HC. Por último, se conforma de las creencias o significados que tienen los estudiantes acerca de lo que significa

ser un médico y el rol que cumple el ser competente comunicacionalmente para este ideal. A su vez, esto está construido por lo que su propio entorno de aprendizaje (institución educativa, docentes, plan de estudios, pares, etc.) transmite en torno a lo que es ser un ‘buen médico’, y a los posibles discursos contradictorios en torno a ello.



Capítulo 3. CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque y tipo de investigación

La investigación es de carácter exploratorio, debido a que el tema que se aborda ha sido poco estudiado, tanto en el campo de la medicina, como en de las comunicaciones. En el Perú, más que realizar investigaciones acerca del estado de las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud o sobre cómo se da el proceso de enseñanza de habilidades comunicacionales durante el pregrado de las carreras de salud, se ha priorizado investigar acerca de las percepciones de los pacientes, médicos o estudiantes en torno a la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de salud.

En este grupo de investigaciones, como el foco de trabajo es recoger las opiniones de los pacientes (y otros actores relevantes) sobre la calidad de atención, es sólo dentro de sus conclusiones que los investigadores reconocen la necesidad de trabajar en las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud. También, se considera que la investigación tiene un eje exploratorio porque el entrenamiento de habilidades comunicacionales aún no está completamente asentado en las carreras del rubro de la salud en Perú, siendo la universidad seleccionada para la investigación, una de las principales universidades que optó por la creación de un programa de entrenamiento formal y obligatorio para los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de medicina. Entonces, todavía se está definiendo de qué manera es mejor introducir y enseñar el tema a los estudiantes, buscando las mejores herramientas para lograr su completo involucramiento con estas actividades.

Además, la investigación tiene un corte descriptivo y correlacional, debido a que prioriza cómo se da el proceso de aprendizaje de las habilidades comunicacionales y cómo la subjetividad afecta o no en el desarrollo de estas. En otras palabras, se busca describir la relación que se da entre la subjetividad de los estudiantes en torno al aprendizaje de la HC y su interés o disposición para considerar su enseñanza durante el desarrollo de la carrera.

3.2. Alcance de la investigación

El universo de la investigación comprende a los alumnos, que estuvieron en 4to y 5to año de la carrera de Medicina de una universidad privada peruana durante el año 2020. Esto se debe a que es durante estos años que cursan el Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales. En la promoción de 4to año hay 181 estudiantes y en la promoción de 5to año, 152.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es importante hacer mención a las medidas sanitarias que se implementaron desde marzo 2020 por la pandemia del COVID-19, ya que implicaron que la modalidad de trabajo del Programa de Entrenamiento sea virtual. Mientras que los estudiantes de quinto año tuvieron sus primeras actividades del programa de forma presencial —las correspondientes a su cuarto año—, varios de los estudiantes de cuarto año no pudieron tener la misma experiencia. Por lo tanto, algunas valoraciones en torno a la metodología de enseñanza destacan la dificultad para cumplir todos los objetivos de las dinámicas de simulación por temas de conexión a internet y la complejidad para interpretar las reacciones de los actores simulados a través de la pantalla. Sin embargo, se evidenció que este factor es independiente a sus valoraciones y creencias en torno al aprendizaje de las habilidades comunicacionales *per se*, por lo que no se desarrolló el hallazgo en el análisis de la investigación.

Entre otras limitaciones, se debe mencionar la dificultad para conseguir el involucramiento de los estudiantes de medicina en el estudio. Como se describirá posteriormente en la investigación, el entorno en el que se desenvuelven los estudiantes de medicina está cargado de prácticas, evaluaciones, tareas, lecturas, entre otros. Entonces, cuando pueden encontrar tiempos libres, prefieren utilizarlos para ellos mismos y evitan involucrarse en más actividades, entre ellas, invitaciones para apoyar en investigaciones. Por esta razón, no se

logró conseguir la mayoría de participación en la encuesta virtual, sobre todo en quinto año. De todas maneras, no se considera que esto afecte los resultados de la investigación, puesto que se encontró una tendencia marcada en las opiniones de los estudiantes.



3.3. Matriz básica: preguntas, objetivos y supuesto

PREGUNTA	OBJETIVOS	SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN
<p>Principal: ¿Cómo puede influir la subjetividad, relacionada a las habilidades comunicacionales y el entorno de aprendizaje, de los estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de medicina en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales durante el pregrado?</p>	<p>Describir de qué manera la subjetividad, relacionada a las habilidades comunicacionales y el entorno de aprendizaje, de los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año de la carrera de medicina puede influir en el aprendizaje de las habilidades comunicacionales durante el pregrado.</p>	<p>La subjetividad de los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año de la carrera de medicina, que está relacionada a las habilidades comunicacionales y el entorno de aprendizaje, es uno de los factores clave para el aprendizaje de las habilidades comunicacionales. En algunos casos puede limitar el aprendizaje dependiendo de si priman valoraciones y creencias negativas, tales como, que no es necesario entrenar las habilidades comunicacionales porque se aprende en la práctica, o que las actividades que realizan para entrenar sus habilidades comunicacionales son insuficientes o deberían cambiar de metodología.</p>
<p>¿Cuáles son los conocimientos previos, opiniones y creencias que tienen los estudiantes de la promoción del 4to y 5to año respecto a las habilidades comunicacionales y su aprendizaje?</p>	<p>Identificar los conocimientos previos, valoraciones y creencias de los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año respecto a las habilidades comunicacionales y su aprendizaje</p>	<p>-</p>

PREGUNTA	OBJETIVOS	SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN
¿De qué manera las experiencias de los estudiantes con los actores involucrados en el proceso de aprendizaje (pares, instructor, tutores y doctores) pueden influir en las opiniones, valoraciones y creencias de los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año acerca del aprendizaje de las HC?	Comprender de qué manera las experiencias de los estudiantes con los actores involucrados en el proceso de aprendizaje pueden influir en las valoraciones y creencias de los estudiantes de la promoción de 4to y 5º año acerca del aprendizaje de las HC.	-
¿Cuáles son las valoraciones y experiencias que tienen los estudiantes de la promoción del 4to y 5to año en relación a la metodología de enseñanza y entorno de aprendizaje del “Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales”?	Identificar las valoraciones y experiencias de los estudiantes de la promoción del 4to y 5to año en relación a la metodología de enseñanza del “Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales”.	-.
¿Cuáles son las habilidades comunicacionales aprendidas y no aprendidas por los estudiantes de la promoción del 4to y 5to año a partir del “Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales”?	Identificar las habilidades comunicacionales aprendidas y no aprendidas por los estudiantes de la promoción de 4to y 5to año a partir del “Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales”.	-

3.4. Método, técnicas e instrumentos de investigación

El enfoque de la investigación es mixto, porque se aplicó una metodología cualitativa y cuantitativa. Los instrumentos principales que se usaron en la investigación son: encuesta (virtual) y entrevistas semi-estructuradas (virtuales) con estudiantes de medicina de cuarto o quinto año que cursaran la carrera de medicina durante el 2020 en la universidad peruana privada seleccionada para la investigación⁴. Además, se realizaron conversaciones casuales con el encargado del PEHC, algunos estudiantes de medicina de años mayores (6to y 7mo año), y profesionales de la salud que ejercen actualmente en el sector público y privado. Por último, se tomaron en consideración experiencias personales y de otros conocidos como referencia para aspectos vinculados al trato al paciente, y se reflexiona en torno a estas y los diferentes hallazgos.

En cuanto a las conversaciones casuales, fueron 2 y tuvieron como objetivo conocer un poco más acerca de dinámica estudiante de medicina y profesor/doctor, y el contexto de la atención médica en el sector público y privado. Además, se estuvo en contacto constante con el encargado del programa de entrenamiento (3 reuniones y contacto constante por mensajería instantánea), tanto al inicio de la definición de la investigación, como también durante la implementación de los instrumentos.

La encuesta consistió en un cuestionario de 8 preguntas para cuarto año y 11 preguntas para quinto año. Esta se envió a todos los estudiantes de las promociones de 4to y 5to año de la carrera de medicina, y estuvo enfocada en recolectar las valoraciones (positivas o negativas) en torno al tema en cuestión y la metodología de enseñanza del Programa, así como se buscó identificar algunos conocimientos previos sobre el tema. Para gestionar el envío, se coordinó directamente con los delegados del año y con el profesor encargado de la ejecución del

⁴ Para revisar las herramientas, ver el Anexo 1.

programa. Asimismo, se recurrió al apoyo por parte de compañeros que están en la misma carrera y año de estudio para que compartieran la encuesta virtual. El principal medio de difusión de la encuesta fue el correo electrónico y la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp.

En relación a las entrevistas, se diseñó una guía de preguntas que consistía en 10 preguntas. Se tuvo como meta lograr 12 entrevistas como mínimo y 20 como máximo, entre estudiantes de 4to y 5to año. Estas tuvieron como objetivo indagar sobre las experiencias personales vinculadas a las habilidades comunicacionales o al trato con el paciente, y a las sesiones de entrenamiento en el programa. Adicionalmente, se buscó abordar las creencias y opiniones (importancia e interés) en torno a la temática y el Programa de Entrenamiento, e indagar sobre el aprendizaje adquirido en cuanto a habilidades comunicacionales.

Es importante mencionar que, se diferenció la encuesta de cuarto año con la de quinto. En el primer caso no se realizaron preguntas referentes a la metodología del Programa porque son sus primeras sesiones y, en el periodo en que se envió la encuesta, no todos los estudiantes habían tenido sus actividades del programa. Mientras que en el caso de 5to, si se consideró preguntar sobre la metodología y aspectos de mejora del Programa de Entrenamiento. En contraste, en las entrevistas, sí se logró ahondar sobre la metodología de ambos años, puesto que los estudiantes que participaron sí habían llevado a cabo todas las actividades del programa.

A continuación, se presenta un breve resumen de los resultados obtenidos con ambos instrumentos:

Año	Instrumento	Alcance	Universo	Periodo de Ejecución
Cuarto año	Encuesta virtual	94	181	junio-julio 2020
	Entrevistas semi-estructuradas	11		agosto 2020
Quinto año	Encuesta virtual	34	152	junio-julio 2020
	Entrevistas semi-estructuradas	6		agosto 2020

3.5. Ética de la investigación

En base al código de ética establecido, se utilizó un consentimiento informado para la aplicación de cada una de las herramientas⁵. En el caso de las entrevistas, previamente se envió el consentimiento mediante correo electrónico y se recibió firmado. Asimismo, antes de iniciar la entrevista y su respectiva grabación, se informó nuevamente acerca del objetivo de la investigación y se reconfirmó el consentimiento. En cuanto a las encuestas, antes de empezar el llenado de estas, los estudiantes debían marcar si deseaban participar en el estudio o no, accediendo al uso de sus datos para fines únicamente académicos. En el caso de no desear participar, el cuestionario se cerraba de forma inmediata. Por último, durante las conversaciones más casuales, para salvaguardar el vínculo generado siempre se mencionaron

⁵ Se puede revisar el formato en el Anexo 2.

los objetivos de la investigación y el uso de la información brindada, a partir de lo cual los involucrados dieron su consentimiento de forma verbal.



Capítulo 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS – PARTE 1: Las habilidades comunicacionales desde la perspectiva y experiencias del estudiante de medicina

4.1. Los conocimientos previos, valoraciones y creencias de los estudiantes respecto a las habilidades comunicacionales

4.1.1. Conocimientos previos respecto a las habilidades comunicacionales

Cuando una persona se relaciona con otra sigue su propio sentido común y actúa en respuesta de los estímulos de la otra parte (Berger, 2005; Goffman, 1997; Rizo, 2006). Este sentido común está guiado por ciertas normas sociales y patrones culturales (Rizo, 2009), pero sigue implicando las reglas básicas de una interacción: intercambiar y negociar significados. En ese sentido, para que una persona pueda relacionarse con otra, no necesariamente requiere de conocimientos teóricos acerca de las habilidades comunicacionales que debe manejar, puesto que es un proceso natural de la vida en sociedad. Sin embargo, cuando se trata de interacciones efectivas en el contexto profesional, se requiere tanto de conocimientos teóricos —de su respectiva disciplina— como de ponerlos en práctica. Es por esta razón, también, que existe una gran oferta de cursos o talleres que tienen como objetivo que la persona pueda expresarse mejor, por ejemplo, cursos de comunicación asertiva, oratoria, media training, entre otros. Varias teorías señalan que la forma en que se desempeña una persona, a nivel comunicacional, está influenciada por su conocimiento y motivación. En otras palabras, una persona que sabe cuáles son las habilidades comunicacionales, por qué debe desarrollarlas y cuándo debe utilizarlas, será más competente comunicacionalmente (Sari et al., 2014).

Siguiendo esta línea, se decidió evaluar los conocimientos con los que cuentan los estudiantes de medicina en cuanto a las HC. Entre los resultados, se identificó que la mayoría de estudiantes, tanto de cuarto como de quinto año, considera que tiene un conocimiento regular en cuanto a habilidades comunicacionales. Por un lado, como se evidencia en el gráfico 1 de los estudiantes de 4to año, el 71% expresa que lo conoce a nivel “regular”, el 15% que conoce “bastante” y un 14% expresa conocer “poco” acerca de las HC. Por otro lado, los estudiantes de 5to año (Gráfico 2) expresaron similares opiniones respecto a su conocimiento sobre el

tema. El 64% expresó que lo conocen a nivel “regular”, el 19% que conoce “bastante”, el 17% que conoce poco y muy poco.

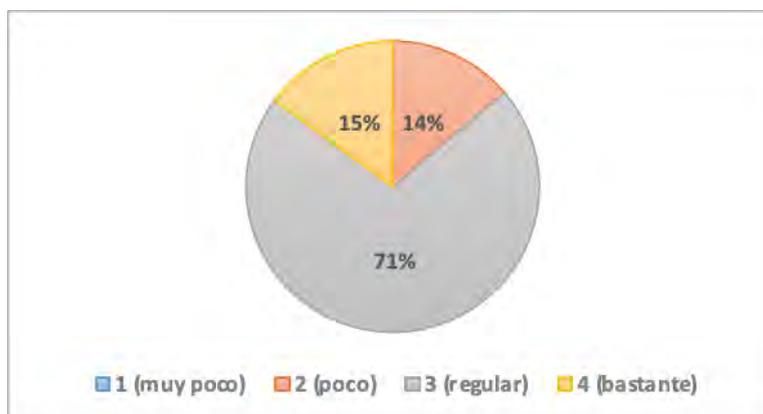


Gráfico 1: Conocimiento acerca de HC (4to año)

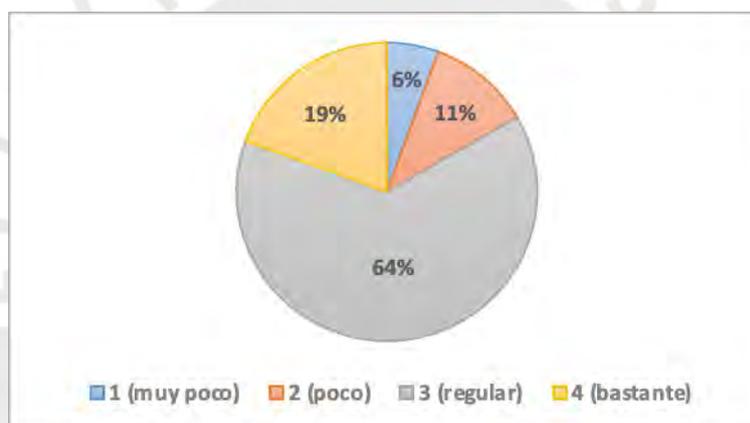


Gráfico 2: Conocimiento acerca de HC (5to año)

En cuanto a la definición de habilidades comunicacionales, gran parte de los estudiantes —en ambos años— expresó que eran capacidades o herramientas que una persona tiene, las cuales le permiten interactuar con otros, transmitir correctamente sus mensajes y poder entablar una relación con otro (paciente). Las palabras más usadas para la definición fueron: efectiva, transmitir, información, comunicarse⁶. A continuación, se destacan algunas de estas definiciones:

⁶En la encuesta se solicitó una definición general de las habilidades comunicacionales, no específicamente de un profesional de la salud.

“Capacidad y competencia de uno mismo para relacionarse de la mejor manera con otras personas”

“Habilidades que tiene una persona tanto para comunicar algo efectivamente como para recibir información”

“Estrategias de comunicación para lograr una buena relación médico paciente”

Una habilidad comunicacional es la forma en la que una persona se desenvuelve comunicacionalmente, lo cual implica saber qué decir, cómo y cuándo, tomando en consideración a los participantes de la interacción y el lugar donde sucede (Aguirre como se citó en González et al., 2015). En línea con ello, los estudiantes de medicina de 4to y 5to año son capaces de expresar nociones básicas sobre el concepto de HC, y estas no necesariamente tienen un fundamento teórico, sino que son definiciones que provienen de su propio sentido común. Estas definiciones están principalmente vinculadas a la capacidad de transmitir información de forma efectiva, lo cual no refleja lo que abarcan las habilidades comunicacionales en su totalidad. Ser una persona competente comunicacionalmente tiene diferentes líneas de acción, tales como la recolección de información, la comprensión de la perspectiva del otro (paciente), llegar a acuerdos, la construcción de una relación, entre otras (Rider et al., 2006).

De igual manera, las definiciones brindadas aluden a que las HC son propias de cada persona, lo cual puede dar a entender que se ven estas habilidades como un conocimiento innato que depende de cada uno, y no necesariamente como algo que puede ser aprendido. En las investigaciones vinculadas al entrenamiento de habilidades comunicacionales y las percepciones de los estudiantes respecto al tema, se discute bastante acerca de este punto,

pues varios estudiantes rechazan los entrenamientos en HC, ya que no consideran que esto se pueda aprender (Choudhay y Gupta, 2015; Junod et al., 2015).

En adición a lo expuesto, los estudiantes tuvieron la oportunidad de enumerar las habilidades comunicacionales que conocen y consideren más relevantes (Gráfico 3 y Gráfico 4). En ambos años, las habilidades más mencionadas fueron la empatía, respeto, escucha activa y lenguaje no verbal; mientras que otras habilidades como la comprensión, claridad, amabilidad, y evitar el uso del lenguaje técnico fueron mencionadas menor cantidad de veces.

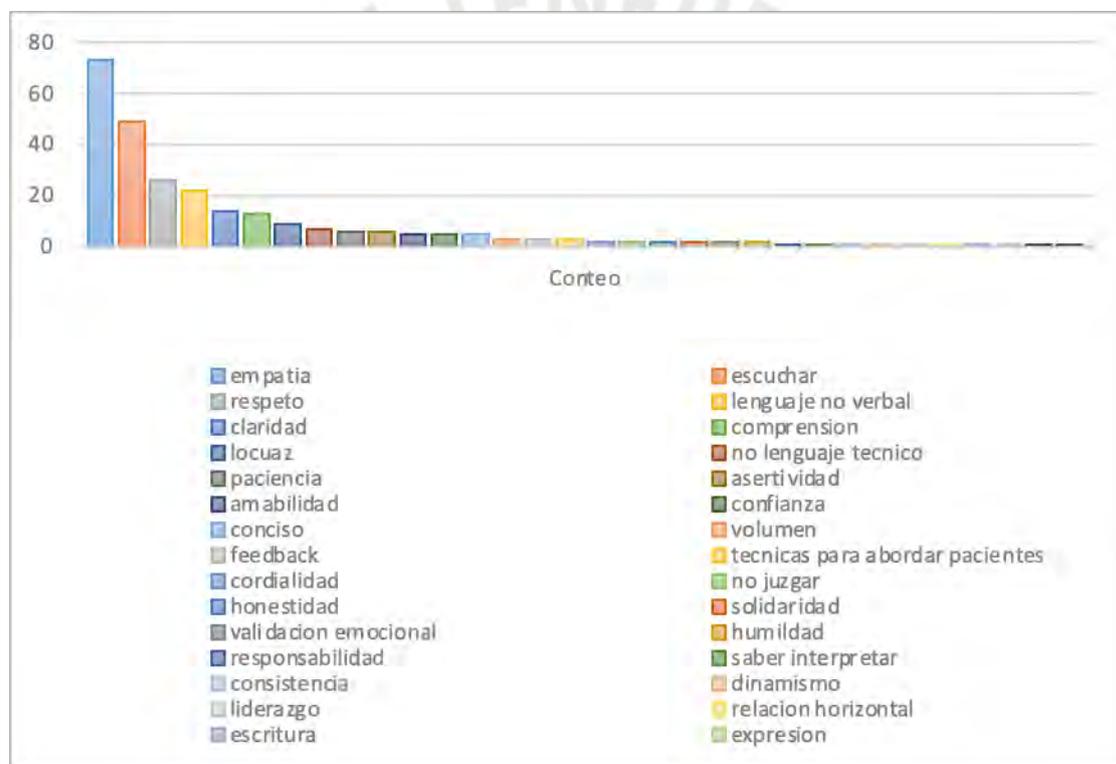


Gráfico 3: Habilidades Comunicacionales (4to año)



Gráfico 4: Habilidades Comunicacionales (5to año)

El hecho de que se mencionen en menor proporción habilidades como el manejo del lenguaje corporal (comunicación no verbal) o la habilidad de poder explicar correctamente, podría significar que los conocimientos en torno a las habilidades comunicacionales no se comprenden en su totalidad. En los gráficos 3 y 4 también se puede visualizar que se hace mención constante de valores como la responsabilidad, honestidad, respeto, etc., que podrían ser vistos más bien como resultados de una buena comunicación o como un rasgo de la personalidad, más que una habilidad de comunicación per se. Por ejemplo, se puede hablar de ser empático; sin embargo, para serlo se debe contar con una serie de habilidades comunicacionales como la comunicación no verbal, la reflexión o reflejo, la escucha y la auto-revelación ('self-disclosure'), que permitirán entender la perspectiva del paciente, compartir información y llegar a acuerdos, y, por ende, 'ser empático'.

El punto de quiebre para que los estudiantes realmente entiendan qué implica entrenar sus habilidades comunicacionales está en que conozcan y entiendan cada una de ellas, para poder practicarlas y utilizarlas en la práctica. Continuando el ejemplo, si un estudiante cree que, para mejorar su trato al paciente, sólo le falta 'ser más empático' y no 'mejorar su forma de explicar' o 'estar más atento y escuchar al paciente', tendrá más dificultades para poder

desarrollar su empatía. Para esta reflexión, es importante recordar que las habilidades comunicacionales son una serie de capacidades o técnicas que definirán la calidad del desempeño comunicativo de una persona (Dickson et al., 1997; Littlejohn y Foss, 2009). En otras palabras, son los elementos necesarios para ser competente comunicacionalmente, y, para poder entrenarlos se debe conocer al respecto de cada uno.

Un aspecto adicional que captó el interés dentro de esta discusión está vinculado a la similitud entre los resultados de cuarto y quinto año, puesto que el último grupo ya cursaba el segundo año del PEHC. Esto representa un resultado inesperado, porque evidencia que los estudiantes aún no tienen una definición clara de lo que son las habilidades comunicacionales. Esto podría indicar que la sección teórica del programa de entrenamiento no está teniendo tanta acogida dentro de los estudiantes. Sin embargo, esto no necesariamente significa que no reconozcan la relevancia e impacto de las HC en su relación con el paciente, ni que no cuenten con el interés para aprender sobre estas. Este punto se discutirá en las siguientes secciones del análisis.

Para sintetizar, poder conocer y entender cada habilidad comunicacional es lo que permitirá que los estudiantes identifiquen sus fortalezas y debilidades en cuanto a su comunicación con el paciente. Hasta el momento, se pudo identificar que los estudiantes tienen nociones básicas de lo que es una habilidad comunicacional, pero aún es comprendida como la capacidad de poder transmitir información y como una cualidad propia de cada persona. Asimismo, los estudiantes demostraron no tener claridad sobre cuáles son las habilidades comunicacionales, y esto puede generar problemas en cuanto al reconocimiento de lo que exactamente están entrenando. Los hallazgos encontrados en esta sección pueden indicar que los estudiantes aún no comprenden en su totalidad lo que abarcan las habilidades comunicacionales y el rol que juegan en su futuro desempeño médico.

4.1.2. Valoraciones respecto a las habilidades comunicacionales

Dentro de los factores de comunicación que influyen en el aprendizaje, se encuentran las valoraciones que tienen los estudiantes con respecto a la importancia de las habilidades comunicacionales para su desempeño médico. Como se mencionó previamente en el marco teórico, cuánto un estudiante valora un tema puede influir en el proceso de aprendizaje, puesto que determina qué tan significativo es para él o ella, si lo reconocerá como una prioridad dentro de su aprendizaje, y la actitud con la que participará en este.

Al momento de plantear la presente investigación, se supuso que los estudiantes no demostrarían interés en aprender sobre las habilidades comunicacionales. En contraposición a esta idea, la mayoría de los estudiantes expresó tener interés en aprender sobre el tema. Como se ve en el Gráfico 5, en cuarto año el 79% indicó que tiene “bastante” interés y el 21% “regular”, mientras que en quinto año (Gráfico 6) el 69% manifestó tener “bastante” interés y el 31% “regular”.

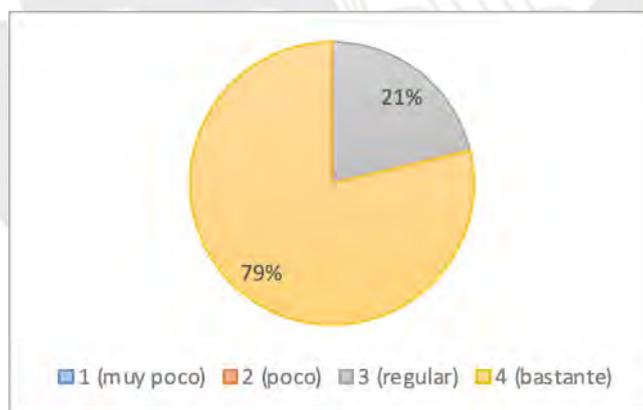


Gráfico 5: Interés en aprender sobre HC (4to año)

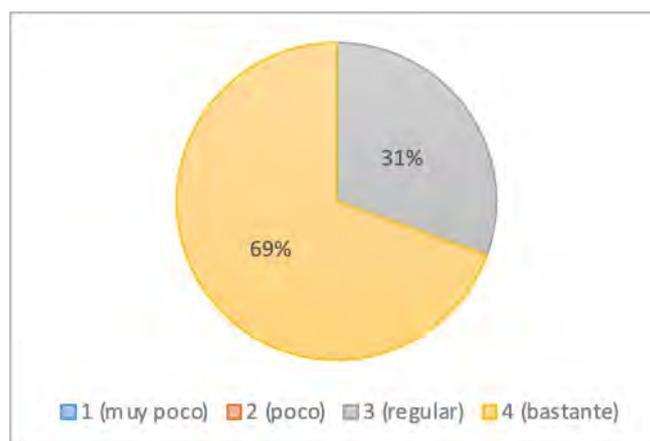


Gráfico 6: Interés en aprender sobre HC (5to año)

Asimismo, en cuanto a la relevancia del aprendizaje de las HC, el 95% de los estudiantes de cuarto año (Gráfico 7) opina que es “bastante” relevante, y sólo el 5% que es “regular” relevante. En el caso de los estudiantes de quinto año (Gráfico 8), los resultados son similares, puesto que el 94% opina que es “bastante” relevante y sólo el 6% que es “regular” relevante.

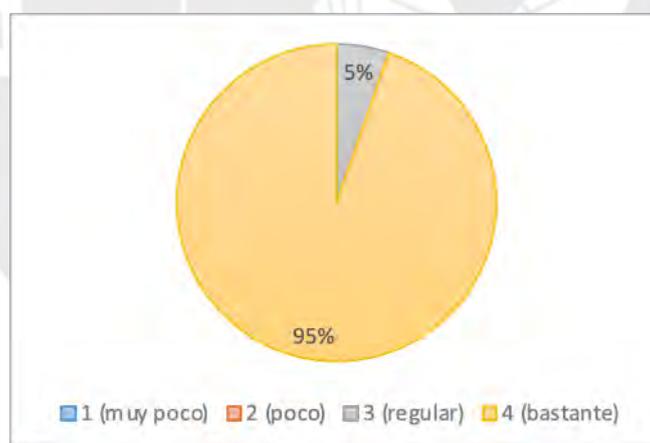


Gráfico 7: Relevancia de aprender sobre HC (4to año)

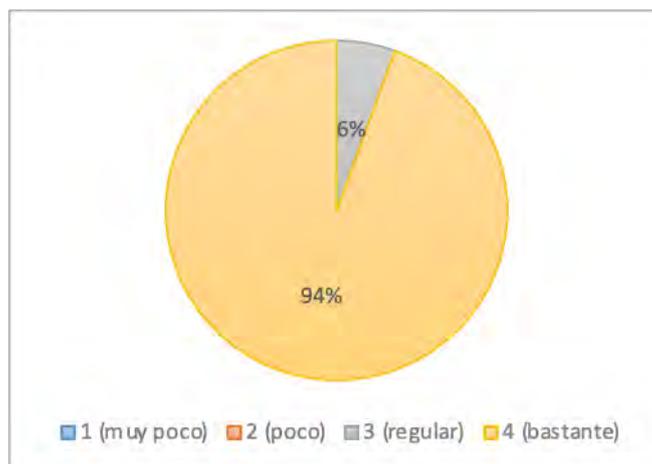


Gráfico 8: Relevancia de aprender sobre HC (5to año)

Para complementar esta información, se solicitó a los estudiantes que, de 4 opciones que hacen referencia a las diferentes razones por las que se enseña sobre HC, señalaran cuáles consideran que son las principales. El orden que primó en ambos años fue: 1) lograr que el paciente se comprometiera al tratamiento, 2) que los pacientes estén satisfechos con la atención, 3) entablar una buena relación con el paciente, 4) mantener una buena reputación. Sobre el primer punto, durante las entrevistas se pudo evidenciar que es uno de los temas que más reiteran los estudiantes, debido a que dependiendo de cómo trates al paciente y le expliques cómo debe proceder para curar su enfermedad, este estará mucho más comprometido con aplicar y continuar el tratamiento.

“Yo creo que tratar bien hace la adherencia al tratamiento. Cuando he visto que el paciente está feliz, sigue con la consulta. He visto que se agradan también. La interacción si es importante.”

Estudiante de medicina de quinto año

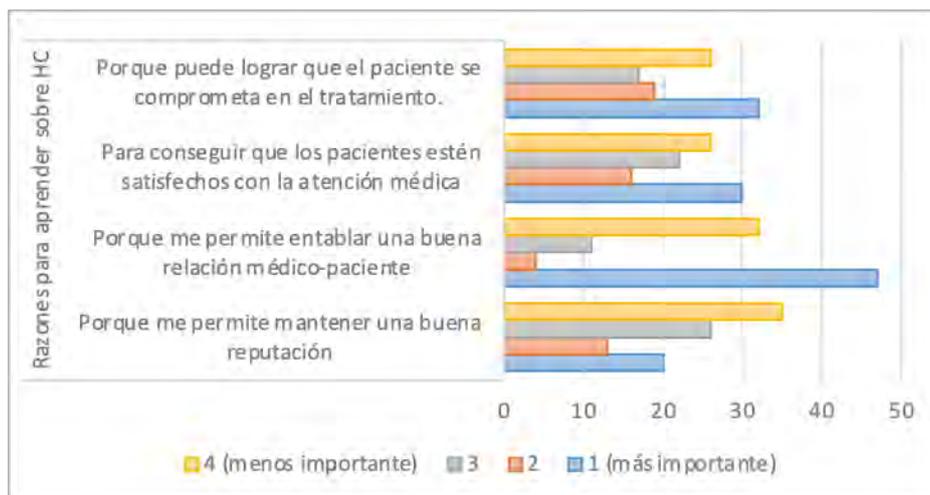


Gráfico 9: Razones para aprender sobre HC (4to año)

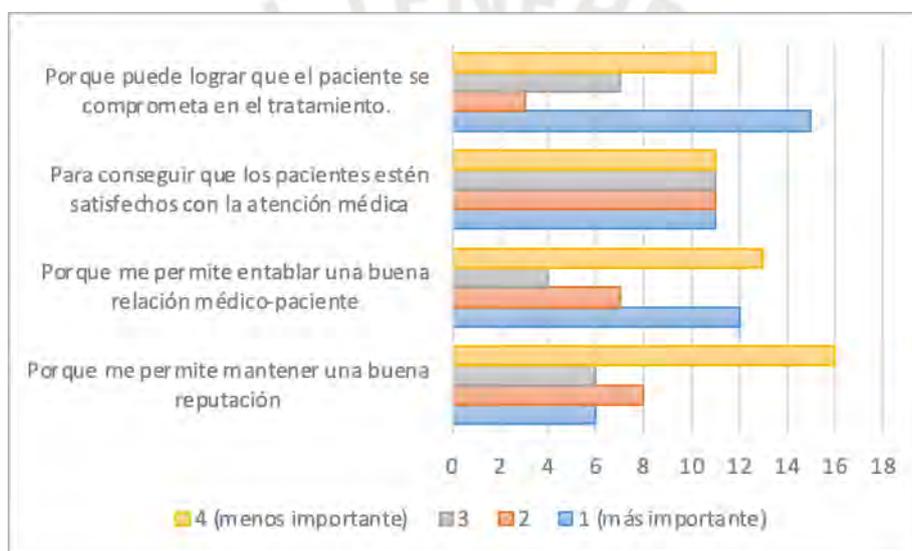


Gráfico 10: Razones para aprender sobre HC (5to año)

Como se evidencia en los gráficos 9 y 10, los estudiantes tienen una perspectiva que prioriza al paciente, y demuestran interés en que pueda recuperarse de la dolencia que tiene. En cambio, razones más vinculadas al beneficio propio, como la reputación del médico o de la calidad de atención del centro de salud, fueron consideradas en menor cantidad. Este hallazgo puede indicar que existe una valoración positiva acerca de la necesidad de entrenar las HC; así como, brinda una primera creencia en torno a lo que significa ser un buen doctor. Este resultado se retomará en la siguiente parte del análisis, referente a las creencias de los estudiantes en torno a las habilidades comunicacionales.

A pesar de que la mayoría de los y las estudiantes expresa interés en las habilidades comunicacionales, y las considera relevantes para su desempeño médico y la relación con el paciente, al momento de indagar a profundidad sobre sus valoraciones, se pudo descubrir que consideran pertinente aprender sobre el tema, siempre y cuando este pueda ser aplicable en la práctica. Además, prima una valoración vinculada a que aprenderán más sobre el tema al momento de tratar con pacientes, más que con una clase. Este punto se verá en la siguiente sección, donde se detallarán las valoraciones de los estudiantes en torno a la enseñanza de la HC.

“La he pasado bien, si siento que funciona, es bastante bueno y es bastante aplicable. Hay experiencias que me han ayudado a mí o si no me ayudan a mí a otros compañeros si los han ayudado.”

Estudiante de medicina de quinto año

Siguiendo el análisis de esta sección, es importante recordar que para lograr el aprendizaje significativo es necesario que exista algún tipo de disposición por parte del estudiante para que acepte el nuevo conocimiento o comportamiento que le enseñan, ya que lo procesa según lo que conoce, piensa y ha experimentado (Sánchez et al., 2017). En esta primera parte del análisis, se puede concluir que, tanto los estudiantes de cuarto año como los de quinto año demuestran una valoración positiva con respecto a la importancia de las habilidades comunicacionales. Esto permitirá que haya mayor disposición e involucramiento para el aprendizaje de las HC, y, por tanto, obtener buenos resultados en cuanto a la efectividad del entrenamiento.

4.1.3. Creencias respecto a las habilidades comunicacionales

La carrera de medicina no sólo implica una parte científica, de conocimientos técnicos e investigación, sino también trabajar con una gran diversidad de personas que enfrentan una

condición de salud complicada. Esta profesión implica el relacionamiento con pacientes y la búsqueda de soluciones médicas para ayudar a una persona a superar una enfermedad. Como mencionan Stern et al. (como se citó en Davis et al., 2012):

Among the many qualities expected of a physician, maintaining appropriate relationships with patients, being honest with patients, and maintaining patient trust are essential for a medical student to master. Being a good doctor requires not only knowledge and technical skills but also communication and professional behavior skills. (p.1)

La mayoría de estudiantes de medicina ingresan a la carrera teniendo esta idea en mente: que desean ayudar a personas a través del cuidado de su salud. Esta reflexión es un primer indicador de que el acercamiento de los estudiantes a la carrera de medicina va más allá de gustos temáticos y tiene un corte filántropo, pues se considera que la profesión es una de las que más impacta en la vida de una persona. Este hecho se pudo observar de forma superficial en la sección anterior, donde se evidencia que la perspectiva que tienen los estudiantes con respecto a la atención médica está centrada en el paciente y en lo que será mejor para este. Según esta primera idea, se puede decir que ser considerado un ‘buen médico’ involucra un deseo por generar un impacto positivo en la vida de la persona.

“El hecho de poder ayudar a las personas es increíble, esta te permite llegar más allá. El paciente te está dando ‘parte de él’, y tienes que ayudarlo de la mejor manera posible, siempre tienes que dar lo mejor. Ayudar y no esperar nada a cambio, no hay nada mejor que el paciente se fue feliz.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“La carrera es para dar. Es una de las carreras con las que más puedes impactar más en la persona [...] Si haces algo mal, es una repercusión en la vida de la persona, entonces siempre debes tener cuidado.”

Estudiante de medicina de quinto año

Como se puede notar en los testimonios, los estudiantes de medicina creen que el médico es aquel personaje que tiene la capacidad —o el ‘poder— de repercutir en la vida de otra persona, y quien tiene la responsabilidad de la vida del paciente. Como explican Espigares y Orden (2010), a partir de los conceptos de Goffman y Conrad, dentro de lo que viene a ser el ‘rol del médico’, se tienen ciertas expectativas en cuanto a su comportamiento. Así, se le atribuye el ‘deber imaginario’ de ser quien soluciona una enfermedad, a través de la aplicación de un ‘saber experto’. Esto quiere decir que el ser médico implica un sentido de responsabilidad hacia el paciente y su enfermedad, y los estudiantes validan esta idea a través de sus creencias en torno a lo que significa ser un médico o cómo debería ser uno.

Siguiendo esta línea, en cuanto al cómo ‘debe ser’ un médico, los estudiantes argumentan que debe ser una persona experta en su especialidad (conocimientos y experiencias) y, al mismo tiempo, una persona que tenga la capacidad de empatizar con sus pacientes y crear un espacio de confianza, en el que no juzga e incentiva una relación horizontal con ellos.

“Primero que lo sepa todo, que sea el master de todo. [...] Amabilidad y paciencia, que sea demasiado empático [...]. No juzgar al paciente.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Lo primero es que tiene que ser empático, muchas veces se ve que no te pones en el lugar del paciente. [...] Escucha activa, a veces se escapan cosas muy importantes...Asertivo, tienes

que llevarle el mensaje si o si, por más duro que sea de dar el mensaje, tiene que llegar al paciente de todas maneras.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Sobre este hallazgo, vale la pena ahondar un poco más en la característica del buen doctor que está vinculada a la humildad y el hecho de no juzgar a los pacientes. La razón para detenerse en este punto es que los estudiantes demostraron una actitud crítica con respecto a la presencia de esta cualidad en un doctor, y se basaban en sus experiencias personales para proponerse no repetir estos comportamientos que ven como negativos. Este tema ha sido estudiado en el campo de la medicina, y se habla de la humildad como una virtud que deberían tener los profesionales de la salud; sin embargo, esta idea no es tan popular en el campo, porque el término se asocia con ser débil o contraproducente, e incluso con engaño (falsa modestia), por lo que no es una cualidad que los profesionales de la salud busquen desarrollar (Coulehan, 2011). En base a ello, el mismo autor propone su interpretación de la humildad en el contexto profesional de la salud y explica que consta de cuatro atributos: a) apertura sin pretensiones, b) evitar la arrogancia, c) revelación honesta de uno mismo (‘self disclosure’), y d) modulación del interés propio. Estas características buscan contraponerse a la idea de la arrogancia médica, otro tema constantemente discutido en el campo de la medicina.

La arrogancia médica está fuertemente vinculada a la creencia de que todo depende y es responsabilidad de la decisión del médico, lo cual, de alguna u otra manera, crea la idea de que el médico tiene ‘cualidades divinas y es el único que tiene la razón en la interacción (Aird, como se citó en Egelmeer, 2014). Esta idea es interesante, sobre todo porque los propios estudiantes reconocen y resaltan que un buen doctor es aquel que evita mostrarse arrogante y se interesa genuinamente por el paciente. De esta manera, acepta que puede

equivocarse y permite que el paciente pueda dar su voz respecto a su problema de salud, sin juzgarlo o maltratarlo. Este hallazgo es interesante en cuanto permite profundizar en cómo ‘debe ser’ un doctor, y en qué aspectos se concentran los estudiantes para desarrollarse como buenos médicos.

“La humildad, porque los pacientes nos pueden ver como deidad, pero de ahí a que tú te la creas, porque hay doctores que le falta eso. A veces te dan información o no aceptan que están en duda y eso puede ser algo equivocado y con eso perjudicas la cadena del diagnóstico.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Ella pedía ciertas preguntas y los doctores se hacían los desentendidos, no se involucran con el paciente, no tienen un poco de empatía. Tienen esta actitud de ‘yo soy el doctor y tú eres el paciente, y yo soy el que da órdenes’.”

Estudiante de medicina de quinto año

Retomando el análisis de la sección, la imagen idealizada que tienen los estudiantes acerca de lo que significa ser un profesional de la salud genera que tengan altas auto-expectativas, y se propongan ser cada vez mejores. Uno de los deseos que tienen para cuando sean médicos es poder terminar sus consultas con pacientes contentos y cómodos con su atención. Además, destacan tener cualidades como la amabilidad, la empatía, la capacidad de crear un espacio de confianza, y la habilidad de saber expresar sus conocimientos de forma adecuada. Sus aspiraciones están muy vinculadas a las características que destacan de sus experiencias personales (como pacientes, estudiantes y médicos), en las cuales lograron identificar qué comportamiento o actitud les permitió obtener buenos resultados en su relación con el paciente. Incluso, se puede decir que retoman estas experiencias para aplicarlas en su práctica como médicos.

“Quisiera que digan que soy una doctora amable y que se preocupa mucho por cómo está el paciente. Que se deja entender o te explica las cosas para que sepas que vas a hacer. Aparte de preocupada, que se preocupa también por la parte teórica y que te de esa confianza para volver, que te va ayudar.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Me gustaría que dijeran que les doy tranquilidad, que soy empática, me gustaría que digan ‘supo calmar todas mis dudas’, me gustaría que dijeran que soy graciosa, me gusta meterle el chistecito, sacarle una sonrisa al paciente, nunca está de más.”

Estudiante de medicina de quinto año

Cabe resaltar que, siempre se menciona poder contar con todos los conocimientos necesarios para resolver cualquier enfermedad. La razón por la cual nunca se dejan de mencionar el conocimiento técnico y la experiencia es porque será lo que necesitan para poder llevar a cabo la consulta o sesión médica. Desde luego, un médico que no tiene conocimientos podría terminar dando un tratamiento erróneo, y esto podría resultar en terribles consecuencias para la vida del paciente.

“Pero el paciente viene con un objetivo de que le soluciones el problema. El objetivo de la consulta es establecer confianza para poder tener un diagnóstico y ayudar al paciente Si no tienes la base teórica no vas a saber hacerlo, pero también por el otro lado debes saber llegar al paciente no sabes cómo establecer un clima de confianza y de respeto.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Una persona que entienda, informe bien al paciente y tenemos que tratar bien al paciente, porque él acude a nosotros para ayudarlo, por más que hayamos tenido un día difícil, carga laboral, siempre tratar bien al paciente porque es nuestra responsabilidad cuidar de ellos. [...]

Obvio un buen medico es quien también cuide el aspecto del conocimiento. De nada te sirve saber mucho si no sabes cómo expresarlo o canalizarlo ni cómo llegar al paciente, porque al final eso no va quedar.”

Estudiante de medicina de quinto año

Al mismo tiempo que tienen la imagen del médico ideal, son capaces de reconocer que existen muchos profesionales de la salud que rompen con este esquema, ya que son personas con aires de superioridad e incapacidad de tratar respetuosamente a un paciente. Este factor es relevante en cuanto les permite discernir un doctor ‘bueno’ de un doctor ‘malo’, y, en muchos casos, es la razón por la cual dejarían de admirar a este profesional. Por ejemplo, una estudiante comentó que llegó a tener una experiencia en que logró tener una rotación con una doctora que era conocida por ser muy buena en su rubro y siempre les había enseñado temas muy interesantes. Sin embargo, al momento de realizar las consultas con pacientes, empezó a notar que la doctora no tenía tacto ni explicaba bien las indicaciones e, incluso, una vez la paciente llegó a quejarse de la atención que recibió.

“Mi concepto se me cayó de la doctora. Admirar a alguien que era muy buena y todo, pero no sabe comunicarse con el paciente.”

Estudiante de medicina de quinto año

Como se puede evidenciar, dentro de lo que implica la carrera de medicina y la imagen que se ha conformado de lo que significa ser un buen doctor, prima una creencia de que su esencia es la atención y cuidado de una persona; es decir, velar por el bienestar de otro e impactar en la continuidad de su vida. Alineado con esa idea, se tiene un fuerte sentido de responsabilidad, que implica comprender el impacto que tienen sus decisiones en la vida de la persona. Asimismo, se destaca la relevancia de la capacidad en cuanto a conocimientos para poder

facilitar el entendimiento del paciente y, finalmente, conseguir la cura de su malestar. Adicionalmente, se presenta a esta persona como competente comunicacionalmente, pues debe saber expresarse correctamente e interesarse por el paciente. Todo lo mencionado indica una creencia vinculada a que el éxito de un profesional de la salud se encuentra en su relación con sus pacientes. Tal y como indica Giorgianni (citado en Sogi et al., 2006):

Esta relación es inherentemente una acción benevolente, en la que una persona pone su vida en manos de otra, un acto de notable confianza, esperanza y respeto. Confianza, que a su vez, se basa en la creencia de que el médico lo tratará buscando su mejor interés. (p.31)

Como se mencionó antes, los estudiantes, además de poder reconocer las buenas prácticas en cuanto al trato al paciente, son capaces de identificar aquellas que no lo son. El ejemplo más citado es cuando el médico trata al paciente 'como una enfermedad'; en otras palabras, cuando olvida el hecho de que el paciente es una persona que llega con sus propias ideas y sentimientos, y solo se concentra en el problema de salud que enfrenta. Cuando explican un poco más sobre este temor, dan a entender que se trata de perder la sensibilidad y el buen trato con el paciente. En muchos casos, los estudiantes resaltan que no desean olvidar su 'lado humano'. Este temor, está en gran parte vinculado al aumento de la dificultad y exigencia de la carrera de medicina, pero también a que se suele priorizar el conocimiento técnico en relación al desarrollo de habilidades comunicacionales (Stewart y Roter, 1989).

Además, como mencionan Ali et al. (2017): "Historically, the focus in medical training has been on acquiring knowledge and mastering practical skills. Less attention has been focused on developing the humanistic side of physicians" (p.337). Al priorizar los conocimientos técnicos, indirectamente se crea una idea de que esto será lo que tenga más peso en su futuro

como profesionales y el hecho de ser competente comunicacionalmente pasa a un segundo plano. Es decir que, mientras el conocimiento técnico es algo que se ‘debe’ seguir adquiriendo constantemente y es indispensable para su labor médica, las habilidades comunicacionales no necesitan esa exhaustividad y fortalecimiento (o actualización). Incluso, podría estar asociado a la idea de que son habilidades innatas de cada persona y no requieren de un entrenamiento o aprendizaje formal, lo cual significa que puedes o no tenerlas.

Otra razón por la cual expresan miedo a no poder mantener esta sensibilidad por la persona se debe a que creen que el entorno en el que se desenvolverán en el futuro no se los permitirá, por las condiciones críticas en las que se encuentra el sistema de salud. Esto refiere al personal administrativo y técnico, el sector público de la salud, y la exigencia de ajustar los tiempos de consulta (tener tiempos determinados para atender a cada paciente). Durante los últimos años en el sector de la salud, si bien el interés ha sido mejorar y mantener la satisfacción del paciente durante la atención médica, a través del fortalecimiento de la comunicación médico-paciente, no se pueden dejar de lado ciertas condiciones en cuanto a gestión e infraestructura de los servicios de salud. Tales como la accesibilidad a las prestaciones de salud, la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, la coordinación entre niveles de atención, la formación de recursos humanos en función a las prioridades sanitarias (Domínguez, 2018).

“Luego, cuando avancen más los años, la carga se va a hacer más pesada y, de repente ahora me puedo demorar mis 40 minutos, porque era el objetivo del curso, pero luego va a tener que formar parte de tu lista, hay más responsabilidades que hacer. No puedo asegurar que lo voy a hacer siempre, pero me gustaría mantenerlo y conservar esas cosas, más que nada por las experiencias previas que me dicen, cuando llegues al internado es diferente, cambian las cosas.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Estas tres cualidades, lo que me gustaría sería mantener esa opinión, porque definitivamente en mi lugar de estudiante es fácil criticar a un doctor, pero ruego al señor poder mantenerlas.

[...] el hecho de que veas los mismos casos en la misma practica que trates de crear una barrera y no tomarte las cosas personales, que te afecten menos.”

Estudiante de medicina de quinto año

En síntesis, las creencias de los estudiantes giran en torno a la imagen de un médico ideal, y su anhelo por llegar a cumplir este estándar cuando se desempeñen en el futuro. En esta sección, se pudo evidenciar que un ‘buen doctor’ se caracteriza por ser capaz de formar una buena relación con su paciente y contar con los conocimientos necesarios para poder atender cualquier problema de salud. Además, se pudo visualizar un miedo latente en cuanto a no perder su sensibilidad, y la esperanza de ser capaces de cumplir estas expectativas a pesar de los contratiempos que puedan presentarse, especialmente los relacionados a la deficiencia del sistema de salud peruano. En relación con la capacidad de congeniar con sus pacientes, se hace hincapié en las diferentes habilidades comunicacionales con las que debe contar un profesional de la salud, como el hecho de ser una persona que escuche a sus pacientes y sea capaz de lograr que entiendan todo respecto a su malestar.

Las creencias que tienen los estudiantes acerca de lo que significa ser un buen médico, sus ideales y miedos son aquello que guiará su aprendizaje y promoverá su interés en ciertos temas. Por ejemplo, los estudiantes que consideran que un buen médico es aquel que sabe cómo relacionarse con su paciente, y puede hacer que este entienda su enfermedad y se comprometa con su tratamiento, podrían tener mayor disposición a desarrollar las habilidades comunicacionales que les permitan lograr ese objetivo. Como mencionan Hurwitz et al.

(2013), conocer esta información permitirá plantear o dirigir el aprendizaje hacia lo que desean o aspiran los propios estudiantes.

En la presente sección, se desarrollaron los conocimientos previos, valoraciones y creencias en torno a las habilidades comunicacionales, lo cual brinda un primer acercamiento a la subjetividad de los estudiantes en torno al aprendizaje de las habilidades comunicacionales. En primera instancia, se descubrió que, si bien los estudiantes no tienen una idea clara de lo que son las habilidades comunicacionales, son capaces de reconocer los resultados de una buena comunicación en la relación con el paciente. Asimismo, cuando destacan las cualidades de cómo debe ser un profesional de la salud, mencionan aspectos vinculados a una persona que es competente comunicacionalmente, puesto que es capaz de intercambiar mensajes de forma auténtica, precisa y apropiada (Littlejohn y Foss, 2009). En adición a estos conocimientos y creencias, los estudiantes valoran de forma positiva la necesidad de entrenar sus habilidades comunicacionales, ya que permitirán que los pacientes puedan solucionar su problema de salud y este se sentirá satisfecho con la atención, comprometiéndose así con el tratamiento.

4.2. Las experiencias de los estudiantes y su relación con el aprendizaje de las habilidades comunicacionales

Cada estudiante experimenta diferentes situaciones que pueden promover o limitar su interés en cuanto al aprendizaje de habilidades comunicacionales e impactar en su subjetividad en torno al tema. Estas experiencias van desde su rol como pacientes, hasta su rol como estudiantes y aspirantes a médicos. En términos generales, podemos decir que sus experiencias tienen un impacto directo en su futuro comportamiento y trato con el paciente. Como bien explican Choudhary y Gupta (2015), los estudiantes desarrollan sus habilidades al observar a sus colegas, profesores y doctores que se desempeñan en su entorno, y a partir de

ello es que pueden identificar la relevancia de practicar y mejorar sus habilidades comunicacionales.

4.2.1. Experiencias de los estudiantes en el rol de pacientes

En cuanto a sus experiencias como pacientes (propias o de un familiar cercano), estas han sido tanto positivas como negativas y han servido como incentivo para ser mejores. En el caso de las experiencias negativas, promueven la necesidad de querer buscar un cambio y no permitir que otros tengan que pasar por la misma experiencia. Mientras que, toman las experiencias positivas como admirables y modelos a seguir.

“Uno de los doctores nos lo dijo súper frío y sin empatía, mientras que el otro fue mucho mejor. Eso me llamó bastante la atención y sentirlo también de la otra parte, del enfermo, de la familiar, me hizo pensar que yo no quería que nadie más tenga una mala noticia y que se sienta bien.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Yo tenía una cardióloga, acudí al médico me toco una buena médica, me explico desde cero cómo funcionaba el corazón y me gustó bastante. Yo ingrese con la idea de estudiar esa especialidad, cardiología.”

Estudiante de medicina de quinto año

Sus experiencias positivas suelen darse cuando el doctor se muestra amable y permite que se cree un ambiente de confianza, en el que pueden preguntar y contar su historia sin problemas. Además, se resalta mucho cuando el doctor dedica parte de su tiempo a explicar a detalle sobre la enfermedad o el tratamiento, y demuestra genuino interés en el paciente.

“Y ahora tengo un traumatólogo que ve la terapia física. Bastante cordial, me explicó cómo era, me dijo que no era tan grave, pero en todo momento si sentí que me trató bien. El examen

físico no fue brusco, evaluaba y me explicaba lo que iba haciendo. Le dije que estudiaba medicina y me explicó algunos signos incluso.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Y solo con el hecho de hablar, de mirarte, de expresarte, los gestos, esto hizo que nosotros sintiéramos un poquito más de alivio, porque el doctor les dio todas las opciones, las explicó detalladamente, los informó bien y podrían expresar todas las dudas, él las resolvía, es mucho más tranquilo.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Las experiencias negativas suelen manifestarse cuando el doctor/a tiene un trato cortante y frío con el paciente, así como cuando no explica a detalle sobre la enfermedad o tratamiento, y no se interesa por conocer la historia del paciente. Además, se critica cuando el médico tiene una personalidad altanera y se burla o juzga al paciente.

“El doctor no es que hable bastante, son bien secas y directas [...] Te decía lo que tenías, y no te preguntaba si sentías algo más o te preguntaba cómo te sientes, para que sea un trato quizás más cordial. La forma era súper cortante.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Cuando siguió la entrevista, siguió con lo físico. También me preguntó qué estudio, qué hago, y me dijo ‘y así estas describiendo tu enfermedad’... me incomodé y ya no quería decirle algunas cosas, ya no le quise decir de otros dolores que tenía, no le di muchos detalles.

Incluso me dijo ‘ya bastante para tu edad, qué pasa contigo’. Me hizo el examen físico un poco brusco.”

Estudiante de medicina de quinto año

Como se pudo evidenciar, los estudiantes tienen una gran capacidad para reflexionar sobre sus experiencias y las utilizan para mejorar su trato al paciente. Para ellos es importante siempre tener presente las buenas y malas praxis para poder aplicarlas o corregirlas según sea el caso. Entre otros aspectos que se mencionan con respecto a la atención, reconocen que existen otros factores externos que influyen en la calidad de la consulta. La mayoría de las experiencias positivas fueron en el sector privado de la salud, mientras que las experiencias negativas suelen presentarse en el sector público. Entre algunas de las razones por las cuales se resalta la diferencia de atención entre el sector privado y público, se encuentra la demanda, la duración de las consultas, la infraestructura, la responsabilidad legal, entre otros que impiden o limitan al profesional de la salud a establecer una buena comunicación médico-paciente (Agurto et al., 2019).

“Siento que, en los hospitales hay menos tiempo y eso hace que el médico no pueda ahondar en la relación con el paciente [...] Creo que también el trato, en un hospital público tienes un poco más de incomodidades que en una clínica, por ejemplo, el tiempo de espera o el trato del médico hace que te tenses como paciente.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Hay diferencias entre un hospital y una clínica, en el hospital hay un montón de camas, un montón de pacientes y es quizás algo engorroso, cansado, repetitivo, pero no se tiene que perder ese trato de empatía y respeto hacia el familiar.”

Estudiante de medicina de quinto año

Profundizando en este aspecto, al indagar acerca de las razones por las cuales la aplicación de habilidades comunicacionales se va deteriorando o limitando en ciertos contextos, los investigadores en el campo descubrieron que una de las principales está vinculada al manejo

del tiempo por consulta y la necesidad de urgencia que implica el desempeño en estos espacios (Junod et al, 2015; Malhotra et al., 2009; Quispe et al., 2018). En el caso peruano, en los hospitales el tiempo de consulta es de 7 minutos, por lo que muchas veces se excusa que no es posible aplicar las habilidades comunicacionales. Esto es debido a la creencia de que, para tener una buena comunicación con el paciente, se requiere de tiempo (Erazo, 2012). Para poner un ejemplo, tener que saludar y conocer un poco acerca de la situación del paciente podría ser visto como algo que quita el tiempo a partes más densas de la consulta, como el diagnóstico.

El tiempo de consulta es una de las razones más utilizadas cuando se habla de las barreras para la aplicación de habilidades comunicacionales. Sin embargo, existen otros factores que pueden ser limitantes, tales como aspectos propios de la infraestructura del centro de salud (recursos, medicamentos, espacios, etc.), de los trabajadores (administradores, técnicos, enfermeros/as) o de los propios pacientes (nivel socioeconómico, nivel educativo, cultura, idioma). En algunas experiencias de los estudiantes, se comentan casos de discriminación por proveniencia del paciente, la falta de recursos y las condiciones precarias en las que deben atender a los pacientes, o el poco profesionalismo de ciertos técnicos y/o administrativos para la gestión de procesos. Lo interesante acerca de este hallazgo es que esta descripción se hace acerca de los centros de salud pública, y en comparación a las clínicas.

La reputación de los centros de salud públicos en el país es de conocimiento común: el sistema de salud pública en el Perú es deficiente. Si alguien pregunta a sus amigos o familiares acerca de dónde prefieren atenderse cuando están enfermos, probablemente inicie un debate acerca del establecimiento al que deban acudir, el cual depende también del seguro al que estén afiliados (público o privado). Y, si bien no es una regla que si vas a un centro de salud público te atienden mal y si vas a uno privado te atienden bien, es la creencia que prima

dentro del imaginario social, no sólo dentro de la sociedad en general, sino también en los propios profesionales de la salud. Para ilustrar esta idea, un compañero —estudiante de último año de la carrera de medicina— comentó que uno de los doctores con los que rotó en el hospital resaltó la forma en que se comportaba con su paciente, porque le explicaba de forma detallada y durante toda la consulta pedía que, si tenía una consulta, no dude en preguntarle. Cuando acabó la consulta, el doctor le dijo “Excelente trabajo, eso es A1. Digno de clínica”.

Esto podría llevar a suponer que, dentro de lo que piensan los propios profesionales de la salud, existe cierta exigencia cuando se atiende en una clínica en comparación a un hospital, en cuanto al comportamiento y trato con el paciente. Esta idea se puede extrapolar a las teorías de Goffman (1997) en cuanto a la actuación que cada persona lleva a cabo dependiendo del espacio o ‘escenario’ en el que se estén desempeñando, y la ‘máscara’ o ‘fachada’ que utilizan para interpretar su rol. En este caso, un médico podría utilizar una máscara de ‘médico en clínica’ y de ‘médico en hospital’, según el espacio en el que se esté desempeñando. Sin embargo, esta disociación no debería existir, pues un médico debería comportarse de la misma forma en cualquier lugar.

Para entender un poco más esta situación se conversó con médicos que tienen experiencia tanto en el sector salud público como privado. Por ejemplo, uno de ellos comentó que el código de vestimenta que tenía en una clínica en la que trabajó consistía en camisa y corbata, mientras que en el sector público nunca le solicitaron una vestimenta específica. Esto tiene un gran impacto en la comunicación no verbal, vinculado al uso de artefactos o adornos. También, se hace una diferencia en cuanto al comportamiento en el sector privado, por la preocupación con respecto al tema legal (p.e. denuncias de mal praxis). Como en una clínica privada se tiene una cantidad mayor de normativas y el paciente tiene la capacidad

socioeconómica para realizar el trámite, se tiene más cuidado con el trato al paciente para evitar que tenga una repercusión negativa en la reputación de la clínica y del propio médico. Entre otros factores que pueden diferenciar la calidad de la atención, se mencionó la diferencia de la condición socioeconómica de los pacientes que atienden cada centro de salud. Este tema tiene mucho potencial y puede ser abarcado en otras investigaciones. Su vínculo con el presente estudio está en reconocer que es parte de la subjetividad que los estudiantes van formando acerca del comportamiento que se espera de un médico, y que la pertinencia de aplicar las habilidades comunicacionales va a depender principalmente del lugar en el que se desempeñen.

Para sintetizar esta parte del análisis, se debe resaltar que las experiencias que los estudiantes han tenido como pacientes son un primer elemento que, no sólo refuerza su interés y gusto por la carrera de medicina, sino que les permite identificar los aspectos positivos y negativos en cuanto al trato al paciente. Con esta información, han sido capaces de reconocer la relevancia de la forma en la que un médico debe acercarse y formar la relación con el paciente, desde aspectos como el consentimiento, hasta temas más complejos como la entrega de malas noticias y claridad en las explicaciones. Este tipo de experiencias son indicio de que se reconoce la necesidad e importancia de las habilidades comunicacionales para el desempeño médico.

4.2.2. Experiencias de los estudiantes en el rol de estudiantes

En cuanto a las experiencias desde el rol de estudiantes —es decir, las vivencias que han tenido o pudieron observar con sus doctores-profesores, residentes u otros alumnos, y al hacer sus rotaciones en el hospital— se comentaron más experiencias negativas que positivas. Incluso, se llegó a mencionar que encontrar un buen doctor es difícil, puesto que todos tienen una forma distinta de relacionarse con sus pacientes, y no necesariamente son consideradas

buenas. Por ejemplo, entre algunas mañanas prácticas mencionan la falta de respeto y desinterés por los problemas emocionales del paciente, prejuicios y discriminación, entre otros.

“Confesarte que es un alivio encontrar un doctor que se detenga a explicar y que trate con respeto al paciente. A pesar de lo que nos enseñan, se ve bastante que no se pide consentimiento para examinarlo y creo que es bajo la mentalidad de que la paciente está ahí gratis. Se le trata como enfermedad y no como paciente. Me ha tocado presenciar un par de doctores que yo diría que han maltratado a sus pacientes.”

Estudiante de medicina de quinto año

Como se puede evidenciar en el testimonio, se percibe una carencia de doctores que sepan relacionarse adecuadamente con el paciente y se retoma la idea de que este maltrato puede estar vinculado a que se trata de un servicio de salud público. Además, se hace mención a la pérdida de la sensibilidad hacia el paciente, un temor previamente mencionado en relación al tipo de médico que esperan llegar a ser. Esto evidencia los primeros indicios de que, dentro del entorno en el que se desenvuelven los estudiantes, no se puede encontrar fácilmente a un buen modelo a seguir. Respecto a este punto, vale la pena recordar que, el entorno de aprendizaje en el caso de los estudiantes de medicina no sólo implica el salón de clases, sino también el hospital y todos los actores que se desempeñen en este (doctores-profesores, residentes, personal de salud, entre otros) (Dunham et al., 2017). Por ello, el rol que cumplen los doctores para el proceso de aprendizaje será clave para lograr el objetivo del programa de entrenamiento. Este hallazgo se retomará en el análisis de esta sección.

En cuanto a las experiencias positivas de los estudiantes, se puede decir que estas son similares a las mencionadas previamente. Se destaca el trato amable del doctor/a, su interés

por el paciente, su habilidad para explicar de forma didáctica, y las situaciones puntuales en las que el doctor/a no se guía de prejuicios o juzga al paciente.

“Cuando yo rotaba, rote una vez en endocrinología, y era un doctor que era muy didáctico al explicar las cosa, por ejemplo, con señas lograba hacer el match con la paciente, y la paciente estaba demasiado feliz y lo entendía y todo. Y a veces también cuando llamaba la atención porque no cumplían, también se lo decía bonito ‘yo no pienso asustarte, pero tienes que saber las consecuencias negativas’.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Lo que me gusta es que son buenos semiólogos, entonces siempre tratan de acuerdo a lo que tiene el paciente, dirigido al paciente, se van más a fondo, tratan de evitar gastos y tratar al paciente como ser humano.”

Estudiante de medicina de quinto año

En este punto, es interesante hacer hincapié en la mención constante de la especialidad en la que sucedió la experiencia, ya que esta viene acompañada de un estereotipo en cuanto al tipo de doctor que puedes en cada especialización. El rubro de la pediatría es uno de los más mencionados en las experiencias positivas, ya que, al implicar el trato con niños/as y padres de familia, se tiende a ser más amable y ‘juguetón’. En este caso, el perfil con que se describe a un pediatra es alguien que tiene mucho contacto con los pacientes y se involucra emocionalmente con el niño/a.

“En pediatría, llegó un paciente un niño con su papá y la principal queja era que tenía problemas de comportamiento, y pensaba que tenía alguna enfermedad o algo. Nuestro doctor lo vio y no tenía nada en físico. Y preguntándole al niño ‘¿cómo te llamas?’, ‘¿cómo estás en

el colegio?', '¿por qué te comportas así?', se dio cuenta de que había problemas en su casa, y lo hacía para llamar la atención.”

Estudiante de medicina de quinto año

Además del perfil del pediatra, se mencionaron otras especialidades como cirugía o traumatología, donde el perfil del médico suele ser más serio e inexpresivo. Esta idea de los diferentes perfiles que tiene cada especialidad es interesante, puesto que agrega más ‘máscaras’ al rol del médico e implica un cambio en cuanto a la aplicación de habilidades comunicacionales. En ocasiones previas, mi hermano —estudiante de medicina de último año— llegó a comentar acerca de un compañero de su promoción, quien explícitamente indicó que, como él desea especializarse en cirugía, no tenía por qué aprender acerca de comunicación con el paciente. Su argumento era que la cirugía no requiere de interacciones con el paciente, más que dentro de la sala de operaciones. En ese sentido, también los estereotipos acerca de cada especialidad marcan el tipo de relación médico-paciente que se desarrollará y la importancia (o no) del aprendizaje de las HC para los estudiantes de medicina.

Retomando el análisis, las experiencias negativas de los estudiantes no sólo son de un doctor con su paciente, sino que también pueden implicar a otros actores dentro del hospital (administrativos, técnicos, estudiantes mayores, residentes). La mayoría de las experiencias estaban vinculadas a comportamientos como la brusquedad en el trato físico, la crítica o juicio de la opinión o historia del paciente, y el poco respeto hacia el paciente. Además, se resaltan otros elementos como el uso del lenguaje peyorativo, los prejuicios y predisposición con el paciente.

“Una vez cuando estuve en cardio, me invitaron, también vi que le estaban gritando a un paciente por no seguir el tratamiento ‘eso ha sido porque tú no te has cuidado’. También en neurología ‘tus pulmones están hechos mierda porque estás fumando, con mis compañeros estábamos chocados, cómo puede hablar así.’”

Estudiante de medicina de quinto año

“Un doctor era un poco brusco haciendo las pruebas físicas [...] Me refiero porque una parte para evaluar consciencia tienes que hacer una fricción en el esternón y el doctor lo hacía brusco, y la paciente era adulto mayor y se quejaba, o por ejemplo para esculcar los pulmones le levantaba el brazo, pero ella se quejaba.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Lo que si veo es a bastantes internos externos que dicen ‘cama 8, cama 15, paciente de la cama 2’, mientras que otros dicen ‘Sr. Gonzales, Sr. Rodríguez’ creo que eso es importante. Doctores que dicen ‘la gorda de la cama tal, el viejo de tal cama’ eso no lo puedo decir, era muy peyorativo. He presenciado de todo.”

Estudiante de quinto año

Cabe recordar que, un miedo presente entre los estudiantes era la pérdida de la sensibilidad y deshumanización. Y, como se ve en los testimonios, es un temor justificado puesto que lo ven todo el tiempo durante su rutina cotidiana en sus rotaciones médicas. Esto lleva a reflexionar acerca de cómo es que a medida que uno va avanzando en la carrera, de alguna u otra manera, las situaciones que viven o el contexto en el que se desenvuelven genera que poco a poco se vayan perdiendo sus habilidades comunicacionales.

Además, entre los actos prejuicios y/o uso de lenguaje peyorativo, mencionaron situaciones de machismo, xenofobia, y discriminación en contra personas de bajos recursos o provenientes de provincia.

“También hay mucho machismo creo yo, por ejemplo, los doctores piensan que cuando alguien se queja de dolor más serio es de un hombre que una mujer. Si un hombre se queja es más importante revisarlo.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“O sino con los venezolanos internados, el doctor empezó a recriminar que los venezolanos que vienen con sus problemas y todo, y el doctor se quedó congelado ‘por qué no me dijeron que era venezolano’.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Van pacientes adultos mayores para ver sus problemas de la próstata y había un doctor en especial que trataba de forma condescendiente. Y había gente de provincia y los trataba como si no supieran nada y era muy brusco.”

Estudiante de medicina de quinto año

La mayoría de las experiencias mencionadas se vinculan con la ‘deshumanización’ del paciente o, como dicen los propios estudiantes, “ver al paciente como una enfermedad y no como una persona”. Según Maslach et al. (como se citó en Romani y Ashkar, 2014), la deshumanización o despersonalización es cuando el médico trata de forma indiferente y trata como ‘objeto’ a su paciente. Para dejar más clara esta idea, Rojas (2019) ilustra acerca de la realidad de un médico en su día a día. Un ejemplo crudo está vinculado a cómo la muerte es ‘parte del vivir cotidiano’ entre los médicos, llegando hasta el punto en que se realizan bromas al respecto. Por ejemplo, se lleva un conteo de cuántas personas han muerto bajo el

cuidado de cada uno de los miembros del equipo. Esta normalización de la muerte puede estar relacionada con una medida de protección para evitar afectarse emocional y psicológicamente, pero también por la idea de que así es la realidad de la medicina:

El doctor terminó de escucharlo y nos dijo que la carrera de medicina se caracteriza por la incertidumbre y la frustración. Nos dijo que por más que demos nuestro mejor esfuerzo y por más que le brindemos los mejores medicamentos no tendremos la certeza de que el paciente se cure, y esa sensación de ver a un paciente empeorar o morir a pesar de nuestros esfuerzos nos trae frustración. (Rojas, 2019, p. 66)

Por las características de la propia carrera, se puede comprender que los médicos tengan la necesidad de evitar expresar sus emociones y limitar su relación con el paciente. Este podría ser uno de los puntos más críticos dentro del análisis, pues es un aprendizaje muy interiorizado hasta en los propios estudiantes. Incluso, se podría decir que es uno de sus mayores temores cuando deban desempeñarse como médicos: el miedo a perder su 'humanidad' y sensibilidad y, con esto, deshumanizar al paciente. El hallazgo presentado es relevante para la investigación, porque indica que los estudiantes cargan con un pesar vinculado a la inseguridad de poder mantener su buen trato al paciente; también, refleja cómo dentro de su entorno de aprendizaje presencian muchas situaciones en las que se desestima o no se utilizan las habilidades comunicacionales. Esto podría tener un efecto en cuanto a su compromiso con el entrenamiento y aprendizaje de HC, puesto que no lo ven aplicado en la práctica diaria de un profesional de la salud. Y, si en el entorno en el que más se desenvuelven no presencian el uso constante de las habilidades comunicacionales y el interés por crear una buena relación médica paciente, se puede llegar a pensar que no es necesario hacerlo.

En cuanto a lo que sucedió después de presenciar cada una de estas situaciones —donde el doctor no tenía un buen trato con el paciente— los estudiantes no fueron capaces de visibilizar o reclamarle al doctor acerca de su falta. En los casos en que se hizo un comentario o pregunta (usualmente indirecta), los doctores generalmente responden con excusas poco creíbles para justificar su comportamiento. Principalmente, los estudiantes no cuestionan e incluso justifican el comportamiento del médico, debido a que su relación con el doctor es ‘profesor-estudiante’, y la nota juega un rol importante en esta relación. Estas situaciones no son ajenas al conocimiento de la universidad, por ello existe una plataforma para denunciar mala praxis de los doctores (de forma anónima); sin embargo, muchos estudiantes no conocen sobre esta o señalan que no la usarían.

“Siendo honesto no hice nada. El hospital se rige en jerarquías, el residente más que un interno, y así. No le dije nada.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Solo es entre nosotros porque existe ese miedo ‘si habla así al paciente como nos hablará a nosotros’. Mis compañeros decimos ‘Mi nota, si decimos algo’, así que solo lo comentamos entre nosotros. Por miedo tampoco se atreven a decir nada.”

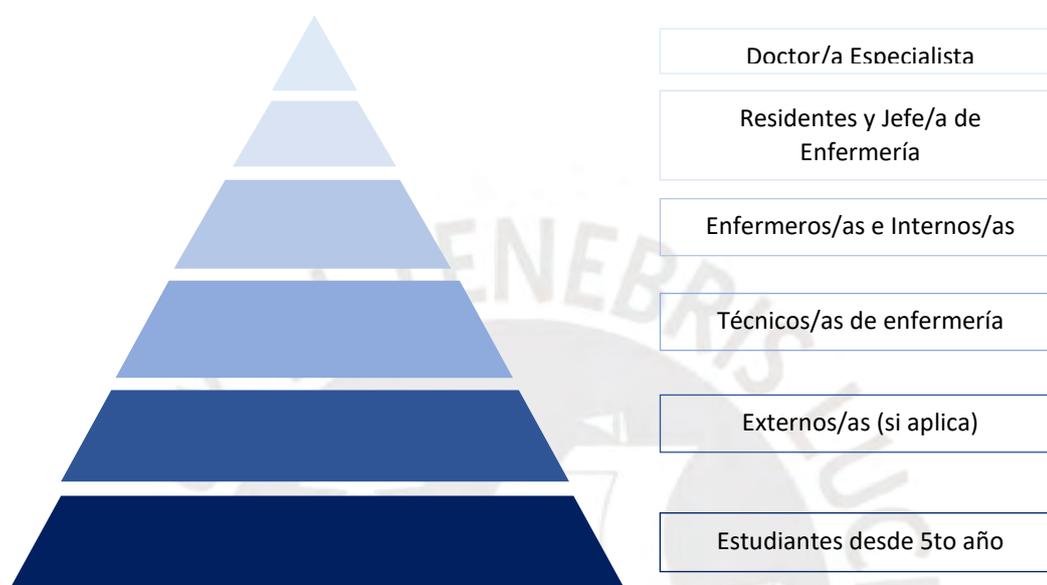
Estudiante de medicina de quinto año

“Ellos dicen que aun no entiendo la situación, que lo veo así porque recién estoy empezando, pero cuando siga experimentando voy a entender.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Como se puede observar, los estudiantes asumen una posición dentro del hospital, en la cual no están permitidos de cuestionar al médico y deben comportarse de forma sumisa para no afectar su desempeño académico (notas). Estas relaciones de poder dentro del propio hospital

son interesantes, puesto que demuestran cómo funcionan las interacciones dentro del entorno médico y los efectos que tienen dentro del desempeño del estudiante. Para presentar esta jerarquía, se elaboró una gráfica propia⁷, donde se puede observar cómo funciona un hospital docente (o universitario)⁸.



Gráfica 11: Jerarquía dentro de un hospital docente

Como se puede visualizar, el doctor es quien tiene la última decisión sobre lo que sucede, seguido de los residentes⁹ y el jefe de enfermería. Luego, aparecen los internos —estudiantes de último año de la carrera—, quienes asumen la mayoría de tareas mecánicas y consideradas ‘tediosas’ para los residentes, y los enfermeros/as, quienes trabajan por su lado y haciendo caso exclusivo a indicaciones de los residentes o doctores. A continuación, aparecen los técnicos de enfermería, y los externos —estudiantes de penúltimo año de la carrera—, y, por último, otros estudiantes que realicen alguna rotación dentro del hospital. Tal y como explica

⁷ Esta gráfica fue validada con estudiantes de último año de la carrera de medicina, así como comprobado con bibliografía.

⁸ Centro hospitalario que, cumpliendo los fines propios de cualquier hospital, también imparte enseñanza a universitarios, permitiendo que aprendan en un espacio real y con pacientes reales (Civeira, 2010).

⁹ Cabe mencionar que los residentes también tienen su propia jerarquía. El residente de último año (R3) está en una posición inmediatamente después del especialista. Luego, sigue el residente de penúltimo año (R2), y culmina con el residente de primer año (R1) y el Jefe/a de Enfermería, que tienen la misma categoría.

Vargas (2004), en la parte inferior de la escala de poder dentro de un hospital, están los estudiantes de medicina.

En adición a las situaciones en que los estudiantes observan cómo se comportan los doctores con los pacientes, se debe mencionar que otras experiencias negativas se vinculan al maltrato del doctor hacia sus estudiantes. Para contextualizar este punto, entre los diferentes cursos que llevan, algunos implican una rotación en el hospital y cada grupo queda a cargo de un doctor/a, quien guiará el aprendizaje durante ese periodo. Es común saber quién y cómo será el doctor que les tocará, puesto que siempre están en contacto con alumnos de grados mayores y ellos comentan todo lo que conocen al respecto: si es brusco, si es increíble, si debes tener cuidado o si no aprenderás nada. En la mayoría de las experiencias comentadas, se menciona la constante crítica hacia los conocimientos del estudiante y la necesidad de humillar a aquellos que no cumplen las exigencias del doctor/a.

“Esta doctora es un poco neurótica, por así decirte, si tú le dices algo te va a hacer sentir roche y todo, o sea les llama la atención. No pude hacer nada para decirle algo.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Una experiencia que escuche era un doctor que le estaba diciendo a un chico que estaba con él, pero lo trato de humillar ‘ay este chico que es menor que tu sabe más que tú’ lo trató de comparar por no contestar bien la pregunta. Ese doctor si es bien peculiar en su trato, ya sabían. Ya habían tenido clases con ese doctor, y tiene unas respuestas muy déspotas.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Este hallazgo, con respecto a las experiencias negativas de los estudiantes con los doctores que les enseñan, es sumamente relevante para la conformación de la subjetividad en torno al aprendizaje de las HC de los estudiantes de medicina, puesto que normaliza comportamientos

negativos durante el trato con el paciente. Como se mencionó previamente, en el aprendizaje de HC, el rol del profesor es clave para motivar o desincentivar a los estudiantes y, en este caso particular, el rol del doctor durante las rotaciones es el mismo que cumple un profesor en un salón de clases. Además, en el contexto particular de los estudiantes de medicina, se convierte en su ejemplo a seguir para su futuro como médicos y médicas.

Como se vio en un testimonio previo, los estudiantes se pueden cuestionarlo siguiente: si un doctor maltrata a sus pacientes, ¿cómo tratará a sus estudiantes?, o incluso al revés, si el doctor maltrata a sus estudiantes, ¿entonces cómo se comporta con sus pacientes? Tal y como Karime et al. (2018) explican: “Therefore, the professors’ performance becomes significant in the teaching-learning process of communication skills, and the professor’s verbal and nonverbal communicative behaviors can motivate or discourage the students’ learning, that is, the professor’s way of acting influences learning” (p. 2448). Conjuntamente al hecho de que algunos doctores tratan mal tanto a sus pacientes como a sus estudiantes, se puede evidenciar que carecen de habilidades comunicacionales y es necesario trabajar al respecto. Como mencionan Malhotra et al. (2009), la mayoría de los doctores mayores o ‘senior’ aprendieron medicina en tiempos en los que las habilidades comunicacionales no estaban contempladas como parte de la enseñanza de la carrera. Por lo tanto, el ejemplo que tienen los estudiantes u otros médicos que recién ingresan al mundo laboral es uno que no destaca en habilidades comunicacionales.

“Este año tuvimos la oportunidad de estar en el hospital, en mi pabellón falleció un paciente, y a mí me choco que no hicieran nada. La doctora siguió tomando su gaseosa y todo...Para mi ellos son mi todo son mi ejemplo y de la nada ver que lo dejaron ahí al señor...no calculas lo mal que me puse. Antes que ir a ver al paciente, saber que eso existe y en mi entorno, donde me estoy preparando, me choca un montón.”

Para terminar de consolidar la idea de que el rol que cumplen los doctores como modelos a seguir es clave para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades comunicacionales de los estudiantes, los autores Kassebaum y Cutler (1998) hacen un símil con el abuso infantil:

The power-driven authority in these settings, added to the use of aversive reinforcement to make students learn and behave, gives rise to a style of education and supervision that often is insensitive and punitive. The undesirable consequence to students socialized in this culture is that the behaviors may be adopted and directed to patients and colleagues. Indeed, it has been hypothesized that, as in child abuse, this may be a ‘transgenerational legacy’ that leads to future mistreatment of others by those who themselves have been mistreated. (p. 1157)

En otras palabras, el maltrato como ‘estrategia’ para la enseñanza en la carrera de medicina se vuelve un círculo vicioso, en el cual los nuevos médicos replican los malos comportamientos que observaron y los maltratos que recibieron durante su educación. Entonces, será clave que los estudiantes busquen la forma de romper este círculo vicioso y aspiren a ser cada vez mejores. Afortunadamente, dentro de los hallazgos de esta investigación, se evidenció constantemente que los estudiantes tienen una actitud crítica frente a las malas praxis y están en la búsqueda del cambio con respecto a cómo ellos deben comportarse para tratar con sus pacientes. Al mismo tiempo, como se mencionó anteriormente, existe un miedo latente a ‘convertirse’ en ese tipo de médico, lo cual también lleva a reflexionar que probablemente algunos estudiantes sienten ese temor porque creen que pueden llegar a ese extremo.

Para ilustrar esta idea, en cada caso en que mencionaban una experiencia negativa, los estudiantes hacían observaciones de cómo esta servirá para poder ser mejores y evitar los

comportamientos negativos. Entonces, a medida que los estudiantes continúan contando sus vivencias, se puede notar que hacen hincapié en aquel comportamiento que no desean replicar. Por ejemplo, uno de los estudiantes mencionó que tuvo una experiencia negativa con un doctor porque este nunca le solicitó consentimiento a su paciente. Esta situación lo hizo sentir incómodo y decidió que él siempre preguntará a la persona si se siente cómoda o si desea hacer algo o no. Por lo tanto, cuando él comenta acerca de sus siguientes experiencias y habla de sus principales aprendizajes en cuanto a trato con el paciente, siempre explicita el proceso de consentimiento. Esto es un hallazgo muy positivo para el estudio, pues su interés por querer formar una buena relación médico-paciente no se ha visto amedrentado por la cantidad de experiencias negativas y desincentivadoras que presencian cada día.

Antes de cerrar el análisis correspondiente a esta sección, sería importante profundizar más acerca del método de enseñanza basado en la humillación, que se caracteriza por abusos como las críticas, burlas, gritos, difamación, entre otros, y ha sido legitimizada como parte de la formación médica. (Barrett y Scott, 2015; Guevara et al., 2011,). Tal y como mencionan Kassebaum y Cutler (1998): “To both the victims and their putative tormentors, many of the abuses are considered to be an unavoidable part of education in medical school” (p.1150). En ese sentido, los estudiantes están de alguna manera preparados y dispuestos a recibir críticas y maltratos por parte de sus superiores, y se considera que esto es lo ‘normal’ dentro de su enseñanza, pues todos pasan por ese proceso para convertirse en médicos. Este fenómeno es digno de investigar a profundidad y así poder encontrar soluciones para mejorar las condiciones de enseñanza de los estudiantes de las carreras de salud. Más adelante en el análisis, se indaga acerca de las valoraciones en torno al programa de entrenamiento de HC y se destacan otros factores asociados a la metodología de enseñanza que reciben en la carrera de medicina.

En adición a sus experiencias propias como pacientes, los estudiantes de medicina pasan la mayor parte de su carrera en el hospital de la universidad o asociados. En este pueden presenciar todo tipo de situaciones, en las que pueden estar involucrados diferentes actores, tales como los doctores, el personal administrativo, los técnicos, los residentes, los internos y los externos. Como se puede observar, priman las experiencias negativas y el constante descuido del paciente, en las que se maltrata y subestima tanto a pacientes como a estudiantes. Sin embargo, a pesar de que el entorno en el que se desenvuelven, de alguna u otra manera normaliza el maltrato al paciente, la mayoría de los y las estudiantes demostró tener gran capacidad crítica para poder discernir entre buenas y malas prácticas. Esto les permitirá ser más conscientes de la necesidad de seguir trabajando en sus habilidades comunicacionales.

4.2.3. Experiencias de los estudiantes en el rol de médico (atendiendo pacientes)

Como se ha podido observar en diferentes oportunidades, el entorno de aprendizaje de los estudiantes de medicina abarca diferentes lugares y actores. Entre ellos, se destacan los hospitales docentes, donde realizan sus prácticas médicas. Además de los aprendizajes que adquieren en los programas o cursos que trabajen temas de comunicación o de ética, los estudiantes tienen la oportunidad de aprender de manera ‘informal’ durante sus rotaciones en el hospital. Este espacio los prepara para lo que será su día a día cuando sean médicos profesionales y les permite aplicar y reforzar lo que han aprendido. Asimismo, el hospital se vuelve un espacio retador, en el cual los estudiantes deberán ser capaces de autorreflexionar sobre sus acciones, puesto que no necesariamente tendrán un espacio para recibir retroalimentación sobre su desempeño (Malhotra et al., 2009). En esta sección, se abordarán las experiencias de los estudiantes como ‘médicos’, es decir, ocasiones en las que tuvieron la oportunidad de atender pacientes.

La mayoría de los y las estudiantes ha tenido buenas experiencias atendiendo pacientes, destacando su capacidad de congeniar con el/la paciente y crear un ambiente de confianza, en el que los/as pacientes pueden desahogarse y ser escuchados. En los casos mencionados, una buena experiencia está marcada principalmente por la buena disposición del paciente para el desarrollo de la relación, así como por características propias de la personalidad del estudiante, tales como extroversión y empatía. Asimismo, sin duda estas buenas experiencias están vinculadas a las estrategias que cada estudiante utilizó para desarrollar la relación con su paciente, las cuales se verán más adelante.

Sobre la interacción con el paciente *per se*, se pueden analizar diferentes puntos sobre la relación médico-paciente y la aplicación de habilidades comunicacionales. Primero, se debe reconocer que cada médico tiene su propia forma de entrevistar, según la estrategia que más les haya funcionado en experiencias previas. En el caso de los estudiantes, se pudo notar que se suelen tomar dos rutas para iniciar la interacción con el paciente y desarrollar la relación con este: a) hacer de la entrevista una conversación (informal) o b) seguir la estructura de la guía de entrevista al pie de la letra¹⁰.

“Yo sentía que ellos lo hacían muy estricto, muy rígido y también me preguntan que por qué yo no preguntaba lo mismo que ellos y le preguntaban que por qué no hacía lo que decía. A veces toman muy estructuradas y por recomendaciones de los doctores yo lo hacía más como una conversación. Al final se veía la diferencia en la información. Seguían mucho la estructura”

Estudiante de medicina de cuarto año

¹⁰ Utilizando la Cartilla de Modelo de Historia Clínica, que tiene como base la Guía Calgary.

Segundo, cada interacción varía dependiendo del propio paciente y el médico deberá adaptarse a cada situación específicamente. Por ejemplo, una técnica muy utilizada por una de las estudiantes es el uso de bromas para aliviar el estrés o molestia del paciente y suavizar los temas sensibles. Sin embargo, este acercamiento a través de las bromas no necesariamente será bien visto con un adulto mayor o con una persona que llega molesta a la consulta. Esto cumple uno de los principios de la comunicación efectiva de Kurtz (como se citó en Moore et al., 2010), porque la relación médico paciente “implica flexibilidad en las reacciones frente a las conductas del paciente para poder acercarse a él” (p.1050).

“La mayoría de pacientes son bien colaboradores, y los hago reír. Y aparte creo que tú también ya sabes que, si te llega un señor serio, no le vas a hacer bromas. No es que pierdas tiempo por hablar más de eso, sino que poco a poco vas escarbando en su historia.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Tercero, cada paciente llega con su propia historia y antecedentes, lo cual tendrá un impacto en cómo se llevará a cabo la interacción. Es importante recordar que, toda interacción involucra a dos personas, una puede tener una actitud propositiva y de apertura, pero si la otra está indispuesta e indiferente, esa interacción no continuará de forma efectiva (Littlejohn y Foss, 2009; Rizo, 2009; Wood, 2007). En un caso, una estudiante compara dos situaciones y reflexiona que cada interacción depende mucho de la persona. Por un lado, hubo una paciente que llegó por un caso de intoxicación y tuvo un intento de suicidio, la estudiante se acercó a ella e intentó darle consejos a partir de su propia experiencia, pues ella también había tenido problemas similares. Por otro lado, una paciente que llegó por un tema de maltrato físico de parte de su pareja y contrajo una discapacidad. Cuando la estudiante se acercó a conversar con ella, la paciente reaccionó de forma negativa y no quería contestar a las preguntas que se le hacían. En ambos casos, a pesar de utilizar el mismo tipo de acercamiento, cada paciente

reaccionó de una forma diferente, mientras que en el primer caso pudo continuar la interacción, en el segundo no se pudo desarrollar.

En base a cada uno de estos aspectos, los estudiantes comentaron una serie de estrategias para interactuar con el paciente y que les permitieron obtener resultados positivos, a pesar de su poca experiencia en el tema. A continuación, se detallan algunas de ellas:

a) Enfatizar el consentimiento informado

Un tema constantemente mencionado es el consentimiento informado, porque suele ser omitido en la práctica médica, ocasionando una serie de problemas e incomodidades con los pacientes. Los estudiantes expusieron gran cantidad de casos y para ilustrar este punto se comentará uno de los más impactantes. Un estudiante de quinto año contó acerca de un caso en que se trataba a una paciente por una enfermedad relacionada a sus senos. Como parte de la rutina médica, el doctor se acerca a la camilla y uno de los estudiantes del grupo debe presentar el caso. En esta ocasión, el doctor levantó el polo de la paciente, mostrando su torso desnudo al grupo de estudiantes, e hizo que todos se acercaran para tocar la zona comprometida. Cabe mencionar que, el doctor en ningún momento explicó a la paciente cómo funcionaría la dinámica, ni le pidió permiso para levantar su polo, ni siquiera saludó a la paciente al momento de acercarse a ella. No hace falta decir que, debido a las jerarquías mencionadas previamente, ningún estudiante cuestionó este comportamiento.

“Preguntar siempre si el paciente quiere, nomás que el doctor diga que es lo que se tiene que hacer, que pregunten igual al paciente si quiere. Preguntarle siempre si quiere porque se nota en su cara que está cansado o algo.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Experiencias como esta son las que marcan al estudiante para decidir que deben empezar a prestar más atención al paciente como una persona y estar pendientes de que este se sienta cómoda durante toda la consulta. En ese sentido, enfatizar comentarios vinculados a la solicitud de permiso o libertad de desistir de la atención es una de las estrategias que más utilizan los estudiantes al tratar con pacientes. Dentro de una consulta médica, no sólo será relevante obtener toda la información necesaria para el diagnóstico, sino también asegurarse que durante el proceso se respete al paciente.

“Me toco una paciente que se sentía muy incómoda, y yo le decía constantemente que si se sentía incomoda no tenía que responder, y desde ahí decía que no quería responder y después de todo bien.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Por último, si bien los estudiantes priorizan la comodidad y consentimiento del paciente, deben ser capaces de recolectar toda la información pertinente para el diagnóstico de la enfermedad. Por ello, otra estrategia muy utilizada para tratar con los pacientes reticentes a responder es explicar la relevancia del detalle y exhaustividad de las historias clínicas para su diagnóstico.

“Imaginemos que yo soy la encargada y la paciente no quiere dar la información, pero no sabría cómo decirle, tendría que explicarle que es súper importante, pero nos enseñan que, si la paciente se niega a responder preguntas, no insistir (en temas sexuales), pero si insistirle en que es importante. Tienes que explicarle la relación de la pregunta con lo que le puede estar pasando.”

Estudiante de medicina de cuarto año

b) Indagar acerca de lo que siente el paciente

Cuando se habla de consultas médicas, es común pensar que, para tratar a un paciente, sólo se necesita saber sus síntomas físicos, puesto que son aquellos indicios que permitirán descubrir de qué problema de salud se trata, y, por ende, cuál deberá ser su respectivo tratamiento. Sin embargo, lograr que un paciente comente toda la información relevante para el diagnóstico no es una tarea sencilla y, en muchos casos, implica más que sólo indagar sobre síntomas físicos. Además, como se mencionó antes, cada paciente llega con una historia diferente, y pueden involucrar un abordaje diferente.

“Hay cosas o hay preguntas que están por demás, dependiendo de lo que puedes observar también. Preguntarle tal vez mas bien, ¿necesita algo?, ¿qué necesita ahora? Porque así sienten que de verdad los están atendiendo.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Si uno ve un paciente intranquilo, molesto, preguntarle qué está pasando, por qué esta así porque tal vez uno como médico puede ayudarle. Me quedo como mensaje que, si yo veo así a otro paciente, con una expresión anormal fuera de expresión del dolor, que es lo común, preguntar siempre por qué se siente así o por qué está enojada.”

Estudiante de medicina de quinto año

Entonces, hay momentos en los que no necesariamente se tiene que indagar de forma directa acerca de la enfermedad, sino ir más allá, y preguntarle al paciente cómo se siente. Por supuesto, preguntar acerca de lo que siente el paciente implica una serie de habilidades comunicacionales, tales como la comunicación no verbal, la escucha, y el reflejo (*reflecting*). De la misma forma, es necesario trabajar en ellas para ser cada vez más empático/a y atento/a con el paciente. Es más probable que una persona que haya recibido buen trato, se haya sentido escuchada, y no haya tenido problemas durante el proceso de

adquirir su consulta y tiempo de espera, tenga mayor disposición para continuar su tratamiento y esté satisfecho con el servicio recibido. Como explican Brown y Atkins (1997), mientras el paciente sienta que su perspectiva ha sido escuchada y entendida, más satisfacción tendrá con la consulta.

Así, se demuestra que conocer la historia de vida del paciente, y dejar que exprese su punto de vista, hará más efectiva y satisfactoria una consulta médica. De la misma manera, podría tener un impacto positivo en la recolección de información para el diagnóstico médico, ya que tal y como explican Hamui et al:

Los episodios narrados, así como el relato en su conjunto, incorporan lugares, tiempos, personajes y situaciones que denotan valores, creencias y prácticas concretas. Las explicaciones de las enfermedades se relacionan con entornos culturales donde adquieren significados, por ejemplo, a partir de momentos relevantes en sus biografías (sustos, conflictos, miedos, acontecimientos inesperados, traumas, traiciones, etcétera). (p. 22)

Es decir que, el relato del paciente puede vincularse con su problema de salud, en el sentido de que puede brindar pistas sobre las causas o gatillos de su enfermedad; así como también permite que el paciente entre en confianza con el médico y pueda contar más a detalle cómo se siente respecto a su enfermedad.

“Algo que hacia es indagar un poco no tanto en la información del paciente sino también llenar un poco de datos personales. Los pacientes les gusta hablar de su familia, de donde vienen y poco a poco van entrando en confianza y eso. Si veo que el paciente muestra

confianza para contarme como le ha ido y después suelta cosas de su enfermedad que no me había dicho, yo ahí digo ya llegué al rapport¹¹.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Otro aspecto importante con respecto a las experiencias negativas de los estudiantes atendiendo pacientes indispuestos, está vinculado a que muchas veces el paciente se siente de esa manera porque antes ha tenido problemas dentro del mismo hospital y durante la atención. Cabe recordar que, todo el proceso de atención —desde que uno ingresa al centro de salud hasta que se retira— tendrá impactos en cómo se resuelve el problema de salud de la persona. Siguiendo esta línea, los estudiantes consideran que el hospital no es un espacio óptimo ni aporta para lograr una buena atención y de alguna manera impide que desarrollen una buena relación con el paciente, a pesar de aplicar sus estrategias comunicacionales. Cuando describen sus experiencias, los estudiantes relatan acerca del espacio en el que trabajan, por ejemplo, que es pequeño y no permite que los pacientes tengan privacidad. Varias de las experiencias de los estudiantes involucran casos en que se encuentran en una sola sala, donde todos pueden ver lo que le sucede a cada persona. Por ejemplo, si en la camilla A, fallece un paciente, todos los que estén en las camillas contiguas B, C o D, y en la sala podrán verlo. Esta situación influye directamente en la satisfacción del paciente con respecto a su atención (Domínguez, 2018; Ugarte, 2019).

“En el hospital todo está apretadito, el ambiente del hospital también no ayuda al espacio de los pacientes, no tienen ninguna forma de distraerse, es incómodo de por sí cambiarse, ir al baño, si dependes de la enfermera no.”

Estudiante de medicina de cuarto año

¹¹ Compenetración, entendimiento o buena relación.

A pesar del interés de los estudiantes por asegurarse de que el paciente se sienta bien durante la consulta y priorizar conocer cómo se siente (fuera de su enfermedad), ellos consideran que tener este tipo de comportamientos es posible porque aún están aprendiendo y no deben ajustarse a los tiempos que se exigen en la práctica real. Este tema se ha mencionado previamente, puesto que se mantiene la idea de que poder aplicar tus habilidades comunicacionales dependerá mucho del tiempo que maneje el hospital para las consultas. Sobre este punto, se ahondará nuevamente más adelante en la investigación, cuando se abarquen los factores podrían limitar la aplicación de las habilidades comunicacionales por parte de los estudiantes.

“Cuando entro y me presento para decirle qué va a pasar, el hecho nada más de ir a preguntarle como está, cómo se siente, darte tiempo para cada entrevista. Me podía dedicar 45 minutos, cosa que en la vida real no pasa. Los pacientes se sentían bastante a gusto.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Entonces, durante sus experiencias con pacientes, los estudiantes priorizan conocer lo que estos sienten, fuera de la enfermedad en sí. Sin embargo, deben enfrentar ciertas situaciones vinculadas al funcionamiento del propio hospital.

c) Permiso para la omisión de preguntas incómodas

La elaboración de historias clínicas y el desarrollo de una consulta, implica seguir una estructura que permitirá recolectar toda la información pertinente para llegar al diagnóstico del paciente. A medida que los estudiantes van adquirieron experiencia, serán capaces de discernir qué preguntas son indispensables de hacer y hacia dónde deberán dirigir la conversación para llegar al diagnóstico adecuado. Al final, cada médico tiene su propia forma

de acercarse a su paciente y determina cuál será la mejor para recolectar la información pertinente sobre los síntomas y enfermedad de su paciente.

“Me tocó una paciente que se sentía muy incómoda, y yo le decía constantemente que si se sentía incómoda no tenía que responder, y desde ahí decía que no quería responder y después de todo bien.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Como se mencionó antes, los estudiantes están pendientes de pedir permiso y asegurarse de obtener un consentimiento informado por parte de sus pacientes. En ese sentido, hay muchos casos en que los estudiantes continúan su conversación con el paciente, haciendo omisión de algunas preguntas que tal vez puedan incomodar o ser difíciles de responder. No obstante, hay temas que suelen ser indispensables de preguntar debido a las características de los síntomas del paciente, como el tema sexual (orientación sexual y relaciones sexuales) para determinar el diagnóstico.

“El chico se puso rojo, era la parte sobre lo sexual... a mí no me da vergüenza, pero él debe sentirse incómodo, me dio pena el chico. Y obviamente tú no te puedes reír, tienes que ser lo más seria posible y tiene que ser bastante rápido.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Sobre este punto, los estudiantes mencionaron tener dificultades para abordar temas sensibles o considerados tabú. Algunos estudiantes recurren a evitar la pregunta si no es indispensable para el diagnóstico, mientras que otros tienen alternativas más prácticas, como explicar la importancia de la pregunta y recurrir al uso de bromas para aliviar el humor del paciente.

“Dificultad para tratar cosas más personales, relaciones sexuales u orientación sexual. En algunos casos es difícil preguntar. Al menos lo que con una amiga quedamos de hacer es decir al paciente ‘vamos a hacer unas preguntas que podrían incomodarte’.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Entonces, los estudiantes priorizan evitar incomodar al paciente y recurren a una estrategia para minimizar las inquietudes de su paciente. De igual forma, algunos estudiantes buscan otras alternativas que les puedan permitir continuar su conversación con el paciente, y faciliten el abordaje de temas sensibles.

d) Aclarar todas las dudas o consultas del paciente

A pesar de ser estudiantes y aún estar en formación, hay pacientes que recurren a ellos por consultas médicas. Por esta razón, otra estrategia mencionada por los estudiantes para abordar a sus pacientes es hacer todo lo posible para lograr que el paciente comprenda acerca de su enfermedad y las diferentes explicaciones de problemas de salud que puedan tener. Como explica Thompson (1994), la información irrelevante o poco clara puede crear tensión en el paciente, por lo que, mientras más explicaciones reciban, los pacientes entenderán mejor y serán capaces de ordenar sus pensamientos, así como también sentirse más cómodos durante la consulta.

Muchos de los estudiantes intentan responder a detalle todas las dudas o consultas que tenga el paciente; al mismo tiempo, tienen el criterio para evitar responder si no manejan un tema y solicitar ayuda o informarse al respecto para darle un comentario más acertado.

“Las dudas de la persona cuando llega a un consultorio, nos ha tocado hacer de médico. La duda que tiene un paciente sobre su enfermedad es un mundo, que uno llega con unos

problemas enormes y al final es por otras cosas. Lo guías y es la parte crucial, guiarlo para que sepa qué tiene.”

Estudiante de medicina de quinto año

En añadidura, siempre existen ocasiones en las que si el estudiante se abstiene de contestar o indica que no conoce la respuesta a la pregunta del paciente, este suele tener malas reacciones y enfatizan el hecho de que el estudiante ‘no es un médico todavía, sólo un estudiante’. Incluso, esto puede generar la indisposición por parte del paciente a hacer caso al estudiante que lo está entrevistando. Esto no sólo desmotiva al estudiante, sino que invalida su honestidad y responsabilidad de no contestar una consulta médica si no tiene la respuesta o podría estar equivocado. Más adelante en el análisis se desarrollará este punto, que está vinculado a las experiencias negativas de los estudiantes al atender a los pacientes.

Para resumir, los estudiantes que han tenido experiencias positivas atendiendo a pacientes, fueron quienes recurrieron a ciertas estrategias (comunicacionales) que les permitieron tener un mejor abordaje con sus respectivos pacientes. Sin embargo, por más que los estudiantes tengan el criterio para desarrollar buenas relaciones con sus pacientes, existen ciertos factores externos a ellos que pueden impedir la formación de esta relación.

Estos factores externos son más evidentes durante las experiencias negativas de los estudiantes, las cuales suelen ser causadas por la indisposición del paciente por ser atendido por un estudiante o porque llegan a la consulta cargados de molestias y cansancio por alguna situación del hospital (por ejemplo, maltrato de un/a enfermero/a o mucho tiempo de espera) o un tema personal (problemas económicos o con la obtención de medicamentos, entre otros). Con respecto al primer punto, cabe recordar que se trata de un hospital docente, por lo que los pacientes en algún momento serán intervenidos por estudiantes. Es muy común que el

paciente rechace o sea indiferente cuando un estudiante se acerca a indagar su historia médica o deba atenderlo. Esta práctica suele hacerse más evidente cuando el médico ingresa en la interacción, y la atención del paciente se dirige enteramente hacia él. En la mayoría de casos en los que el estudiante enfrentó una situación similar, se recurre a la estrategia de no insistir y acudir a un paciente que tenga mejor disposición, o buscar una forma de convencerlo en responder las preguntas para el llenado de la historia clínica.

“[...] porque tienes que presentarte como estudiante y tienes que pedirle ayuda al paciente.

Porque la respuesta que te dan es negativa usualmente, desarrollar una habilidad para convencerlos.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Me tocó una paciente que no quería responderme y me decía que por que le hago esas preguntas y ella me decía ‘no que ya me han preguntado’, ‘ya le ha tomado el externo’ y bueno lo único que queda en esos momentos puedo insistir en que es importante en hacerlo.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Además, se dan situaciones en las que el paciente rechaza explícitamente la atención por parte de un estudiante, si es que este comete un error. Como comenta una de las estudiantes, una vez se le cayó un instrumento antes de atender a su paciente, lo cual generó una mirada de decepción, seguida de ignorar y rechazar la atención de la alumna. En otros casos, los pacientes dirigen su mirada enteramente al médico y evitan la del estudiante. A medida que van avanzando los años —experiencia de los alumnos de quinto año— son capaces de adquirir nuevas estrategias para enfrentar el rechazo y tener nuevas técnicas para convencer al paciente. Junto a ello, adquieren más conocimientos y demuestran mayor seguridad y confianza en su interacción con el paciente.

“Me pregunté cómo puedo contribuir yo a un paciente hipertenso, lo único que atine a decir fue ‘señora intente ser bastante rígida con su tratamiento, no lo deje’, y me dijo ‘tú todavía estás estudiando, tú todavía no conoces’, en un tono altanero. Y entonces yo le dije, ‘sí yo soy estudiante y aun no se mucho, pero lo que sí le puedo decir es que si tiene complicaciones podría ponerse feo’. Si lo hiciera ahora podría poner o explicar más conocimientos.”

Estudiante de medicina de quinto año

En cuanto a la indisposición del paciente por molestias vinculadas a alguna situación del hospital, puede deberse a casos de maltrato o incomodidad que han recibido durante su estadía en el hospital o mientras esperaban ser atendidos. Este tema se ha mencionado a lo largo del análisis y refleja una vez más la importancia del entorno y de los demás actores que participan en la dinámica dentro del hospital.

“Una vez me gritaron a mí (risa) pero era porque estaba entrevistando una paciente y vino el pariente y me empezó a decir lo del pago y que faltaban. Le dije que yo no puedo hacer nada porque soy estudiante.”

Estudiante de medicina de cuarto año

En base a todo lo conversado, se pudo evidenciar que la aplicación y efectividad de un buen uso de las habilidades comunicacionales no es lo único que propiciará una buena relación médico-paciente. Para que esta interacción se dé adecuadamente, se requerirá que también el paciente aporte y esté dispuesto a participar en la conversación. Como explican Hamui et al. (2015), no sólo el médico debe poner sus conocimientos y habilidades a disposición del paciente, sino que este último debe estar dispuesto a informar al médico y seguir sus instrucciones para hacer efectivo el tratamiento. Se retomará esta reflexión más adelante,

donde se explicará cuáles pueden ser las limitaciones o problemas para la aplicación de las habilidades comunicacionales en la práctica médica.

Como último hallazgo para esta parte del análisis, muchos estudiantes mencionaron tener que moldear e ir mejorando sus personalidades a medida que han tenido más experiencias con pacientes. Por ejemplo, algunos mencionaron su timidez, introversión y nerviosismo como rasgos de su personalidad, y el haber tenido que enfrentarlos durante sus primeras experiencias con pacientes. Incluso, algunas de sus experiencias negativas fueron por su poca habilidad de socialización, más que por otros factores mencionados previamente. Sobre este punto, es importante recordar que la personalidad influye en cómo se desenvuelve comunicacionalmente y esto tendrá un impacto en cómo se desarrollará una interacción (Karime et al., 2018; Rizo, 2006).

“Soy una persona que es introvertida y no es muy buena hablando, pero tenía que hablar todos los días para las consultas. Una de las primeras que me tocó era bastante reacia para responder, pero yo también no sabía preguntar bien, no sabía presentarme bien.”

Estudiante de medicina de quinto año

Después de describir las experiencias de los estudiantes en el rol de médicos, se puede observar que, en su práctica, son conscientes de la necesidad de aplicar diferentes habilidades comunicacionales para entablar una buena relación médico-paciente y poder llevar a cabo un buen diagnóstico. De esta manera, se evidenciaron una serie de estrategias que les permitieron entablar una buena relación con sus pacientes. Cada una de estas estrategias implica el uso de ciertas habilidades comunicacionales, que los estudiantes no necesariamente han aprendido de una clase, sino a partir de lo que han notado que funciona más con sus pacientes. Por último, durante toda la discusión, se puede evidenciar el aprecio del aprendizaje a través de la

práctica en situaciones reales, lo cual podría significar dar menos relevancia a espacios controlados de entrenamiento de habilidades comunicacionales.

Una vez desarrolladas las diferentes experiencias de los estudiantes —desde sus diferentes roles (paciente-estudiante-médico)—, se pudo descubrir que tienen una gran capacidad crítica y una actitud propositiva en cuanto a cómo debe comportarse un médico con su paciente, primando la buena comunicación. Desde sus experiencias como pacientes hasta sus experiencias como médicos, los estudiantes han destacado experiencias en las cuales se tienen buenas prácticas (de corte comunicacional), tales como solicitar el consentimiento, escuchar al paciente, explicar a detalle sobre la enfermedad o procedimientos, no juzgar al paciente, entre otras. Asimismo, a pesar de que han tenido varias malas experiencias y el entorno en el que se desenvuelven tiene una carga negativa, demuestran genuino interés en querer ser mejores y evitar caer en malas prácticas. De todas las experiencias compartidas, se puede concluir que consideran la buena comunicación con el paciente como un aspecto clave para una buena atención médica y la conformación de una relación médico-paciente. Es decir, reconocen la aplicabilidad de las habilidades comunicacionales en la práctica médica.

Hasta el momento, se puede decir que en la subjetividad en torno al aprendizaje de las habilidades comunicacionales priman conocimientos, valoraciones y experiencias positivas, que reflejan que el estudiante reconoce la relevancia de las habilidades comunicacionales en la práctica médica y que perfilan a un ‘buen doctor’. Aunque no puntualicen que se trata de habilidades comunicacionales, constantemente hablan de lo importante que es formar una buena relación con el paciente, en base a cómo se dirigen a él y entablan una conversación. Esto podría indicar que hay una buena base que fundamenta la necesidad de la aplicación de habilidades comunicacionales en la práctica médica. Sin embargo, no indica que esto sea un determinante para su involucramiento en un entrenamiento, pues valoran mucho las

experiencias reales para practicar sobre sus habilidades. En el siguiente capítulo —que continúa el análisis— se podrá comprender un poco más qué valoraciones y experiencias tienen con respecto al entrenamiento de HC, así como conocer las habilidades comunicacionales aprendidas y no aprendidas.



Capítulo 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS – PARTE 2: El entrenamiento y aprendizaje de las habilidades comunicacionales desde la perspectiva del estudiante de medicina

5.1. Valoraciones y experiencias de los estudiantes en torno a la metodología de enseñanza del Programa de Entrenamiento

El Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales es un espacio en el que se trabaja específicamente el acercamiento y trato con el paciente. Entender cómo se desenvuelven los estudiantes en este espacio y cuáles son sus valoraciones respecto al entrenamiento influirá en la subjetividad en torno al aprendizaje de las HC que se ha venido desarrollando a lo largo del análisis. En ese sentido, se podrá evidenciar si los hallazgos previamente identificados son congruentes con la actitud o disposición de los estudiantes para participar en las actividades del PEHC. Para iniciar esta sección del análisis, primero se debe entender qué saben o habían escuchado los estudiantes acerca del programa de entrenamiento. Luego, se debe conocer sus valoraciones en cuanto a la necesidad del entrenamiento y la metodología de trabajo que se utiliza. Por último, se comentarán las principales experiencias en las sesiones del entrenamiento y cómo han impactado en su subjetividad en torno al aprendizaje de las HC.

5.1.1. Valoraciones en torno a la metodología de enseñanza de habilidades comunicacionales

Sobre el programa de entrenamiento, la gran mayoría de estudiantes no conocía de este hasta que tuvieron que llevar las actividades correspondientes o les llegó la comunicación oficial sobre el inicio del programa. Esto puede estar vinculado a que el programa no está explicitado en el plan de estudios, y es necesario que vean el detalle del curso para poder identificar las sesiones que corresponden a habilidades comunicacionales. El hecho de que suceda este inconveniente es una señal de que la enseñanza de HC está devaluada, sobre todo en Perú, donde no se exige el desarrollo de estas habilidades y no se incorpora dentro de los planes curriculares de la mayoría de facultades de medicina del Perú (Guillén et al., 2017; Quispe et al., 2018). En diferentes investigaciones se habla del currículo oculto ('hidden curriculum'),

que refiere a aquellos aprendizajes que se espera que los estudiantes adquieran, pero no están explícitos en el currículo de la carrera. Las habilidades comunicacionales es uno de los temas que forma parte del currículo oculto, puesto que se considera que es algo que se irá aprendiendo a medida que experimenten más situaciones con el paciente (Malhotra et al, 2009). Este factor tiene un impacto indirecto en el valor que se le da al aprendizaje y entrenamiento de las habilidades comunicacionales, ya que los estudiantes vinculan la importancia del tema con la cantidad de tiempo o énfasis que la universidad pone en su enseñanza.

Como acceder a información sobre el programa no es posible desde la propia universidad, los estudiantes recurren a compañeros/as de años mayores o al mismo profesor encargado para consultar al respecto. En ambos años, el primer acercamiento que tienen sobre el programa es a partir del comentario de un tercero y suele ser una referencia positiva, pero vaga al respecto. Por un lado, con respecto a los comentarios que recibieron sobre las sesiones de clown, de compañeros de años mayores, primaba la idea de que era un momento para jugar y divertirse, no se mencionaba el trasfondo ni la aplicabilidad de lo aprendido en el contexto médico.

“Nada, me fui de cero, no sabía. El doctor me escribió [...] y por ahí le pregunté y me dijo un poco, que era para relajarse y salir de la zona de confort. Así lo dijo el profesor y ya pues fui a la primera clase y llego y me sorprendió completamente.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Los de años mayores te decían ‘ah sí, serán juegos’, y pensé que era así para relajarnos.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Por otro lado, con respecto a los comentarios que recibían sobre las simulaciones (de entrevista médica en cuarto año, y de malas noticias y pacientes difíciles en quinto año), suele

darse una referencia muy simple, indicando que habrá un actor con el que tendrás que simular una entrevista médica, y que evaluarán cómo te comunicas con el paciente. Por acuerdos entre los estudiantes y el profesor que dirige el programa, no tienen permitido comentar sobre el tipo de casos o situaciones que tendrán que resolver durante las simulaciones, por ello los comentarios suelen ser generales al respecto.

“Cuando le pregunté cómo es esto de simulación, me contó que básicamente es como si estuvieras actuando, viene un paciente que dice está enfermo, pero en realidad no lo está, pero igual tienes que hacer todo lo que haces para atender a un paciente. Eso fue lo único que yo sabía. Entonces al inicio tenía dudas de si eso me iba a ayudar o no.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Yo no pregunté sobre cómo era, recién en ese momento me enteré de qué era, que básicamente eran las entrevistas y evaluaban cómo te dirigías al paciente.”

Estudiante de medicina de quinto año

Cabe destacar que, sólo en casos muy puntuales —de alumnos de quinto año—, al momento de escuchar referencias previas sobre las actividades de comunicaciones, se mencionó la importancia de las simulaciones sobre malas noticias, las cuales les servirán para la práctica.

“Un amigo me dijo que lo recordara bien porque en el externado y en el internado iba a experimentar eso en carne propia, no solo malas noticias sino pacientes que iban a ser un poco más difíciles. Que si me iba a quedar con algo debía ser esa parte, porque lo otro si se podía practicar en otras partes, pero lo de malas noticias no se puede.”

Estudiante de medicina de quinto año

En línea con lo expuesto, se puede decir que los estudiantes empiezan el programa con la idea de que no les ayudará en la práctica y que será una pérdida de tiempo. Aunque, cuando se

trata de las simulaciones con pacientes-actores, suelen tener mejores referencias y mayor motivación para llevarlas a cabo. Entre las principales razones para considerar estas actividades como una pérdida de tiempo, se suele mencionar la cantidad de horas dedicadas para las sesiones de clown (4 horas), las cuales podrían ser usadas para el estudio. También, algunos estudiantes consideran que cuentan con sus habilidades comunicacionales desarrolladas y no sienten la necesidad de practicar.

“Al inicio pensaba que era una pérdida de tiempo, por el hecho de ser delegado recibía varios mensajes de ‘por qué tenemos que hacer esa actividad, podríamos estar estudiando’ y él compartía los comentarios.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“La mayoría va predispuesta a que va perder el tiempo, o hay otros que ya creen que son top en habilidades comunicativas, pero cuando lo vives es otra cosa.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“[Clown] Es bueno para romper el ambiente, fueron 3 días (4 horas por día), a lo mejor un día menos. Creo que llegamos a un consenso de que es mucho. Te quedas hasta las dos de la mañana estudiando y te levantas para jueguitos.”

Estudiante de medicina de quinto año

Esta idea también se fortalece cuando se conoce que estas sesiones no son con nota¹², puesto que, si no implica una nota o no impacta en tu promedio final, no hay necesidad de invertir tiempo que podría servir para descansar o estudiar. Este factor es específico de los alumnos de quinto año y refleja que, mientras no exista una obligación académica, no será necesario involucrarse en la actividad.

“Creo que las habilidades comunicacionales en pediatría no eran obligatorias o una cosa así, entonces hay dos tipos de personas. Cuando les dices que algo no es obligatorio y no tiene nota ‘es una pérdida de tiempo’ ‘para qué voy a perder mi tiempo’ [...]. Y hay otro tipo de personas que cada cosa que la universidad te da es una oportunidad que te dan para aprender.”

Estudiante de medicina de quinto año

Pese a que el primer acercamiento al programa suele ser de rechazo, la mayoría de las valoraciones cambian de forma positiva cuando se llevan a cabo las actividades. En el caso de los alumnos de cuarto, la mayoría (70%) considera que el programa puede aportar al desarrollo de sus habilidades comunicacionales (Gráfico 12). Entre sus principales razones se encuentra la mejora de ciertos aspectos de su personalidad y mayor soltura para comunicarse con otros. Por otro lado, los estudiantes de quinto (Gráfico 13) califican el programa como ‘bueno’ (53%) y ‘muy bueno’ (39%), puesto que los ayuda a enfrentar casos que pueden suceder en la práctica real y amplía sus estrategias para manejar situaciones complicadas.

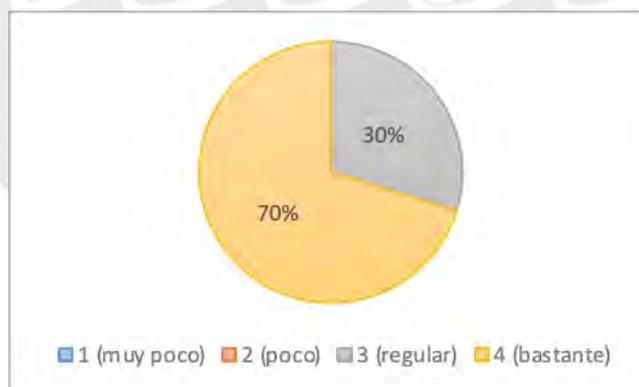


Gráfico 12: Aporte del programa en desarrollo de HC (4to año)

¹² Es recién a partir del año 2019, que estas sesiones de clown son calificadas. En ese sentido, los alumnos que estaban quinto año para el año 2020, no se sentían obligados de tener que llevar la sesión.

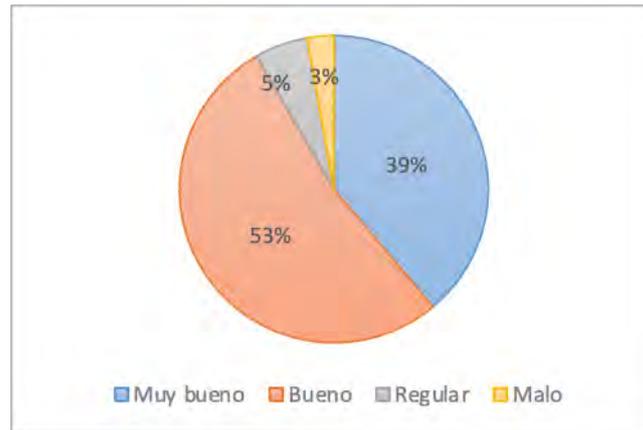


Gráfico 13: Calificación del programa en el desarrollo de HC (5to año)

5.1.2. Experiencias durante las sesiones de entrenamiento del PEHC

Para desarrollar más estos resultados, se procederá a detallar las valoraciones y experiencias de los estudiantes durante las acciones del programa:

a) Actividades de clown

En general, los estudiantes expresan haber pasado un buen momento durante las sesiones de clown. Las dinámicas más recordadas fueron la de Gibberish¹³ y la del espejo¹⁴. Estas actividades se aprecian, porque permiten un momento para relajarse y escapar de la rutina cotidiana de pruebas teóricas. Asimismo, fueron vistas como una oportunidad para mejorar sus relaciones entre compañeros, dinámica que no se suele incentivar entre estudiantes de medicina debido a la competitividad.

“Antes cuando lo sentía como una obligación, yo sentía que hacía esos juegos por cumplir, no lo disfrutaba y hasta a veces me daba roche. Pero luego de repetirla, a la tercera vez, sentía la felicidad de mi compañero, y yo también estaba feliz de hacerlo. Terminó siendo como algo beneficioso para ambos, se sentía un clima feliz, de respeto.”

¹³ Gibberish: Actividad en la cual los participantes inventan un idioma para comunicarse entre ellos. Implica esfuerzo por escuchar al otro, y llegar a acuerdos mutuos sobre significados y acciones. Además, la comunicación no verbal tiene mayor relevancia, ya que es lo que permite identificar lo que el otro está diciendo.

Estudiante de medicina de cuarto año

Si bien los estudiantes tuvieron buenas experiencias durante las actividades de clown, se puede decir que no necesariamente comprenden el trasfondo de las actividades, puesto que lo ven como una actividad para divertirse, desestresarse y ‘tener vacaciones’. Incluso, hay algunos estudiantes que siguen sintiendo que estas actividades son una pérdida de tiempo, y llegan a sentirse incómodos con ese tipo de dinámicas en que es importante ‘hacer el ridículo’ y ser muy expresivo. Este punto es relevante ya que indica que los estudiantes tienen dificultades para identificar la razón detrás de cada juego y su vínculo con el trato al paciente. Por ejemplo, un ejercicio en el que la dinámica consiste en copiar las acciones de tu pareja (dinámica del ‘espejo’), puede servir para entender la relevancia de estar atento a la comunicación no verbal de la otra persona, mantener contacto visual e identificar cómo se puede estar sintiendo la otra persona.

“Las sesiones de clown y todo eso, para ser sincero no me sentí tan cómodo porque sentía que nos hacíamos reír entre compañeros y era más un relajó. [...]Por ejemplo el gibberish, y yo no entendí muy bien por qué hacíamos eso, no me sentía muy cómodo.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Nunca perdí el roche, porque no sé qué juegos se inventa el doctor, son cosas a las que no estoy acostumbrado. Ya estaba acostumbrado a hablar, y siempre he tratado de demostrarme lo más serio y el hecho de llegar a esta clase y ser un payaso enfrente de la gente, era algo diferente.”

Estudiante de medicina de cuarto año

¹⁴ El Espejo: Los participantes se ponen en parejas y deben imitar los movimientos y/o gestos de su compañero/a. Implica buen manejo del lenguaje no verbal. Requiere también contacto visual por largo tiempo, lo que no siempre es fácil.

La incapacidad de vincular las actividades de clown con las habilidades comunicacionales para la relación médico-paciente puede estar relacionada a la reflexión que ofrece el instructor al finalizar cada dinámica. En un caso, se comentó que en las primeras sesiones sintieron que eran útiles para mejorar la relación con los compañeros y trabajar en la timidez. Sin embargo, cuando se cambió al instructor en la siguiente sesión, este los invitó a reflexionar sobre cada uno de los ejercicios y explicó su aplicabilidad al contexto médico. Esto puede parecer una acotación evidente; sin embargo, puede cambiar completamente la forma en la que se percibe la actividad y cómo se involucrará el estudiante en ella. La razón por la cual puede haber estos problemas con los instructores está vinculada a que no hay muchos doctores que estén especializados en el entrenamiento de habilidades comunicacionales. Para fines de la investigación, no se ahondará mucho acerca de este tema, pero es importante recordar el rol que juega el instructor dentro del proceso de aprendizaje.

“En una primera instancia lo sentías así, luego a mí me tocó con [...], él nos hacía reflexionar las partes de cada ejercicio. Esto quiere decir que tienes que estar alerta a lo que otra persona trata de hacerte sentir, lo que trata de decirte con sus gestos. Todo al final era un jueguito, pero tenía un mensaje.”

Estudiante de medicina de quinto año

En adición a lo expuesto, durante la conversación con los estudiantes también salió a relucir la idea de que las sesiones de clown y las simulaciones de entrevista médica¹⁵ no son necesarias, puesto que trabajan sobre habilidades con las que ya cuentan o son de conocimiento general. Como se mencionó previamente, una de las razones por las que suele haber rechazo a este tipo de actividades se debe a la creencia de que es un tema que no puede ser aprendido y es propio de la persona. Tal y como explican Junod et al. (2015): “Several

authors have described students and junior doctor's negative attitudes towards communication skills and their reluctance to learn them. The belief still exists that communication is innate and is a subjective social and nonacademic science that cannot be taught" (p.2). Entonces, es más probable que alguien que cree que cuenta con buenas habilidades comunicacionales tenga menor disposición a involucrarse en un entrenamiento que trabaje este tema.

“Me pareció bueno en el sentido de que te enseñen a repasar esas cositas, pero las de 5to se me hacen más importantes porque me parece que las de 4to son cosas inherentes a ti, por ejemplo, tú jamás deberías no abrirle la puerta tu paciente.... Jamás deberías dejar de explorar a ese paciente. A mí no me ha cambiado mucho.”

Estudiante de medicina de quinto año

“En consulta no a todos les agrada, porque hay personas que ya creen que con el conocimiento basta y que eso no es importante. Al menos en mi círculo cercano, a unos les gusta y a otros ‘ya bueno’. Sí he escuchado de personas que creen que no necesitan esas habilidades o entrenamiento.”

Estudiante de medicina de quinto año

Como se puede observar en los testimonios, los estudiantes comentan que no creen que se necesite llevar a cabo un entrenamiento para trabajar sus habilidades comunicacionales. Este hallazgo es congruente con otras investigaciones que abordan las percepciones del estudiante con respecto al entrenamiento de HC. Esto porque demuestra que aquellos estudiantes que tienen actitudes negativas no se toman en serio las actividades y consideran que no es un tema que se pueda enseñar, así como también suelen creer que son lo suficientemente buenos a nivel comunicacional, como para requerir de un entrenamiento (Rees et al., 2002). Este punto

¹⁵ Ambas actividades son específicas de cuarto año.

será importante para la última sección del análisis, donde se explicará las percepciones de los estudiantes sobre las habilidades comunicacionales con las que cuentan y en qué creen que podrían mejorar.

De cualquier modo, el hecho de que los estudiantes comprendan este espacio como un momento de socialización y relajo no necesariamente es contraproducente para su aprendizaje. Sobre todo, porque hay estudiantes que valoran espacios que les permiten mejorar aspectos de su personalidad (timidez o introversión) y las relaciones con sus compañeros/as.

“Clown ha sido donde más me divertí, yo creo que si me sirvió un poco para desenvolverme un poquito más. Personalmente soy bastante tímido para hablar. [...] Creo que es una forma interesante de romper el hielo, es una forma de ir sin miedo.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Sobre las prácticas eran para mejorar la relación con tus compañeros, generar confianza y que no tengamos miedo al expresarnos. Bueno más que todo era la confianza, nos hacían caminar con los ojos cerrados.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Yo en realidad soy muy, las personas que me conocen pensarían que soy muy introvertida y tímida [...]Yo pensaba ‘bueno espero que me vaya bien, espero conocer mejor a mis compañeros’. Lo veía más de esa manera que asociarlo con pacientes, más lo relacionaba con mi entorno.”

Estudiante de medicina de quinto año

El abuso académico, que consiste en asignar una cantidad excesiva e inapropiada de trabajo académico o clínico más allá de la capacidad del estudiante (Chávez et al., 2016), genera que

los estudiantes se sientan estresados y agotados. Es de conocimiento académico que, al primar un entorno estresante y exigente, los estudiantes pueden desarrollar síntomas de agotamiento (*'burnout'*), lo cual afectará negativamente a su desarrollo profesional. Dunham et al. explican al respecto:

Negatively perceived medical school LEs may adversely impact empathy, professionalism, academic success, and quality of life. When a medical school LE becomes stressful and no longer student centered, symptoms of burnout, manifested as emotional exhaustion, cynicism, depersonalization, and reductions in sense of personal accomplishment and effectiveness, may develop. (p.384)

Entonces, al crear espacios en que los estudiantes pueden sentirse relajados y salir de la rutina, se está motivando un entorno de aprendizaje positivo y seguro para su desarrollo. Como mencionan Selvaraj y John (2021), el plan de estudios de la carrera de medicina implica una gran cantidad de materiales de estudio, exámenes y evaluaciones, que pueden aumentar la ansiedad y estrés de los estudiantes. Por ello, se debe crear una cultura de soporte, en donde se tome en consideración la salud mental de los estudiantes y se tenga como objetivo mejorar la calidad del bienestar de los estudiantes de medicina. Esto es crítico para su futuro desempeño como profesionales de la salud.

“[...] y te das cuenta de que es algo que muchos necesitaban, más que todo por el estrés.

Nunca disfrutas unas vacaciones como otras universidades, eso es lo que necesitas. Te dejan un montón de cosas y siempre hay que leer más, y este respiro que venga dentro de tu horario

y ya sabes que si o si lo vas a hacer.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Para cerrar la idea acerca de las sesiones de clown, se puede llegar a la conclusión de que hay dos perspectivas. Por un lado, una que considera que esta actividad no aporta a su desarrollo profesional, y más bien perjudica su dedicación a otras actividades de la carrera. Y, por otro lado, una en la que se visualiza este espacio como positivo para otros aspectos de su vida, como su socialización y relajo. Al mismo tiempo, estas actividades permiten que el estudiante escape de su demandante rutina.

b) Simulaciones con pacientes

Además de las sesiones de clown, los estudiantes llevan simulaciones en las que se evalúa la forma en que se relacionan con el paciente. Sobre este tema, hay una tendencia a darle más peso y aprecio a estas, en comparación con las dinámicas de clown. Cuando los estudiantes comentan sus experiencias en simulaciones, se pudo notar mayor interés y detalle en su relato. Incluso, hicieron alusiones directas a cómo pudieron haber aplicado uno de sus aprendizajes en alguna experiencia que tuvieron con pacientes, y expresan interés en contar con más de estas actividades. Los casos de simulación más recordados son aquellos en los que tienen que tratar con un personaje complejo o que juega con algún estereotipo, y, en el caso de quinto, las simulaciones para dar malas noticias. Este hallazgo es interesante, en cuanto se contradice con resultados previos, en que el propio estudiante indica que no necesita aprender y/o practicar habilidades comunicacionales.

Los espacios de simulación son valorados principalmente por brindar una oportunidad de relacionarse con un paciente y el beneficio de poder aprender del error. Además, tiene una dinámica en que tanto el paciente, como el profesor y compañeros/as brindan una retroalimentación, lo cual no sucede en una situación real. Las simulaciones son ‘espacios seguros’, que le permiten al estudiante enfrentar una nueva y difícil situación. Además,

refuerzan o premian una buena comunicación y permiten identificar aspectos de mejora para poder aplicarlos en próximos encuentros con pacientes reales (Malhotra et al., 2009). Es importante mencionar que, la gran habilidad actoral que demuestran los pacientes-actores es uno de los principales factores por los que los estudiantes pueden involucrarse completamente en la interacción, e incluso llega a olvidar que se trata de una actuación.

“Sentía un poco más de confianza porque en ese momento decía ‘si acá la malogro, no va a pasar nada, bueno voy a tener menos nota, pero no es un paciente real’. Si me equivoco, mejor ahora que en la vida real. Si algo he hecho bien lo vuelvo a aplicar afuera y si no lo hago bien, no lo hago allá.”

Estudiante de medicina de quinto año

“No soy mucho de juegos o de dinámicas, me da nervios, pero lo de la actuación es interactuar con el paciente. Lo rico de esto es que te el mismo paciente te da el feedback, estas oportunidades de simulación los pacientes pueden decirte cómo se sintieron.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Sobre la retroalimentación del paciente-actor, vale la pena mencionar que esto fue destacado constantemente por los estudiantes, y es una opinión común con respecto a los entrenamientos de habilidades comunicacionales. Esto se debe a que, en una situación real, no necesariamente se habilita un espacio para que el paciente te indique personalmente cómo se sintió con la consulta. Más bien, el foco está en recopilar información sobre la enfermedad, brindar una explicación, un tratamiento y llegar a un acuerdo (Ali et al., 2017; Nogueira et al., 2006, Ali, Pelletier y Shields, 2017).

Otra razón por la cual los estudiantes valoran los espacios de simulación que ofrece el programa es porque lo pueden relacionar con experiencias pasadas que tuvieron u observaron

cuando estuvieron en el hospital. Como mencionan Karime et al. (2018), los estudiantes consideran a las simulaciones como una de las formas más significativas para aprender porque la teoría y la práctica dialogan en los ejercicios. Asimismo, les permite visualizar la aplicabilidad de lo que aprenden en el contexto médico. De esta forma, reconocen de qué manera pudieron proceder y cómo lo harán en la siguiente ocasión. El hecho de que los estudiantes sientan estas simulaciones cercanas a su realidad es lo que permitirá que se involucren y entiendan la relevancia de trabajar sus habilidades comunicacionales.

“A la mayoría les ha chocado un poco, porque han estado en situaciones similares y no sabían cómo abarcar el tema, porque saben lo complicado que es.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Porque son situaciones reales en las que te dice cosas que pueden pasar. [...] Justo me ayuda porque me he encontrado pacientes reales que me han hecho mismas preguntas y no lo he hecho.”

Estudiante de medicina de quinto año

Durante las simulaciones, los estudiantes expresaron haber obtenido buenos resultados en su evaluación y recibir una retroalimentación positiva de parte del paciente-actor, compañeros y profesor¹⁶. Entre los principales comentarios que recibieron, se resaltó la importancia de observar el comportamiento no verbal del paciente, la actitud o el tono de voz que utilizaban para dirigirse al paciente, y la practicidad de las preguntas. Otros comentarios recibidos estuvieron vinculados a poder ir más allá del malestar físico e indagar en otras causas, más emocionales, que podrían estar afectando al paciente.

¹⁶ Cabe mencionar que, las simulaciones de comunicación no son las únicas que realizan durante la carrera de medicina, ya que cuentan con simulaciones donde practican operaciones o técnicas médicas. Sin embargo, la novedad con las simulaciones del programa es que son las únicas que mantienen el foco de la evaluación en la relación médico-paciente.

“La doctora me dijo ‘si tú te das cuenta cuando el paciente quiere que indagues más o menos, el paciente te estaba dando un hilito para que jales y tú no jalaste bien’.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Que al comunicar fui muy rápido, que debí preguntar un poco más por la situación del paciente. Porque me dijo que vivía con su papa y se puso a llorar. Preguntar antes tal vez para que no se ponga a llorar.”

Estudiante de medicina de quinto año

Un aspecto que destacar sobre las simulaciones es que permite un intercambio de opiniones entre compañeros/as, profesor/a y paciente. Además, el estudiante puede aprender de las experiencias de sus compañeros/as y reconocer qué técnicas puede utilizar o cuáles no debería replicar. Asimismo, les permite pensar en cómo ellos podrían resolver la situación y, a partir de ello, van armando sus propios métodos. Esta es otra de las razones por las que se considera que estas experiencias son enriquecedoras y les permite identificar los aspectos a mejorar en cuanto a su relación con el paciente. Como se ha mencionado reiteradas veces, en un entorno de aprendizaje, la influencia de otros actores es clave para adoptar nuevos conocimientos y comportamientos, y en esta ocasión, no sólo interactúan durante clases sino también en sus rotaciones en el hospital.

“Algunos su forma de explicar es por ejemplo aplicar dibujos, usan algunas analogías para explicar las enfermedades, me acuerdo también alguien que explicó la diabetes y lo explicó con el carro y algo así. Entonces yo también empecé a usar dibujos con el paciente.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Un compañero hacía preguntas muy largas, pero el paciente no las estaba entendiendo. En mi caso yo cambiaría la forma de hacer las preguntas, no ser tanto técnica sino de lenguaje común y se más concisa, porque así le estás preguntando directamente.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Estas experiencias también permitieron que los estudiantes reflexionen acerca de la relevancia de las habilidades comunicacionales, ya que contar con conocimiento no será suficiente para desarrollar una relación médico-paciente. En el caso de la atención médica, es importante practicar cómo transmitir los conocimientos de manera que la otra persona comprenda qué le sucede y cómo puede mejorar su situación de salud. Para ejemplificar esta reflexión, una estudiante compartió una situación en que uno de sus compañeros —de los primeros puestos de la promoción— no se desempeñó correctamente durante la simulación, pues no tenía tacto para tratar con el paciente y omitía sus reacciones emotivas.

“Este chico sabe un montón. Entonces dije ‘seguro que lo va a hacer bien’, y empezó la entrevista y empezó de una manera... No tenía la manera adecuada para interactuar con la paciente. Mi compañero no tenía tacto prácticamente. [...], ya no me guío solo por el conocimiento, sino también como trata con los pacientes. Cómo trata a sus amigos es diferente a con los pacientes, súper amable, pero con el paciente es súper diferente.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Entre otras opiniones, se comentaron ciertos aspectos de mejora y recomendaciones hacia el programa por parte de los estudiantes. Entre estos destaca la necesidad de aumentar la cantidad de sesiones e iniciar desde los primeros años. Incluso se mencionó lo comentado previamente, y es que el programa no está insertado en el plan de estudios. Esto se debe a que

la enseñanza de habilidades comunicacionales suele ser subestimada, por lo que no requiere de un espacio dentro del plan de estudios. Tal y como mencionan Hulsman et al. (1999):

Since the early nineties all medical schools have offered some kind of communication skills training. Yet, training in communication skills is often treated as a minor subject of little significance in medical schools. Generally, less than 5% of the curriculum time is spent on training in communication skills. (p.655)

Para sintetizar esta sección, el hallazgo principal fue que los estudiantes valoran el entrenamiento de habilidades comunicacionales, siempre y cuando puedan visualizar su aplicabilidad directa en el entorno de medicina. Al comienzo del análisis de esta sección, se evidenciaron opiniones que reflejan poco interés o indisposición para llevar a cabo el entrenamiento, puesto que se considera que no es posible aprender habilidades comunicacionales, sino que son innatas de cada persona o forman parte del sentido común cuando se trata de relacionarse con otros. Sin embargo, a medida que se desarrolla la sección, y los estudiantes comentan acerca de sus experiencias en el programa, se puede notar que ponen en alta estima los espacios de entrenamiento de habilidades comunicacionales (específicamente las simulaciones con pacientes), porque les permiten tener experiencias cercanas a la práctica real, y les brindan un incentivo adicional: la retroalimentación del propio paciente.

Hasta el momento en la investigación, nos enfrentamos a una ambivalencia en cuanto a la subjetividad en torno al aprendizaje de habilidades comunicacionales, porque los estudiantes tienen tanto creencias, valoraciones y experiencias positivas, como negativas. Por un lado, el reconocimiento constante de la competencia comunicacional como fundamental para el

desenvolvimiento de un ‘buen doctor’. Por otro lado, el recordatorio de que o no es posible aprender/entrenar las habilidades comunicacionales y existen otras prioridades (académicas o de adquisición de conocimiento), o aún se tienen muchas expectativas sobre lo que les gustaría aprender para tratar con el paciente. Además, se pudo identificar cómo la enseñanza a través de la humillación y la sobrecarga académica tiene gran influencia en la indisposición hacia el aprendizaje de las HC.

5.2. Las habilidades comunicacionales aprendidas y no aprendidas de los estudiantes hasta el año 2020

Para culminar el análisis, es relevante conocer con qué habilidades comunicacionales cuentan los estudiantes desde su perspectiva, y si reconocen en qué aspectos deben mejorar. Es decir, qué piensa el estudiante acerca de su propio desempeño a nivel comunicacional. En diferentes estudios se ha comprobado que, mientras más cree el estudiante que sabe o que no necesita mejorar sus HC, menor disposición tendrá para participar en un entrenamiento o sesiones de aprendizaje que aborden el tema (Junod et al., 2015; Rees y Sheard, 2002; Rees et al., 2002).

Por lo tanto, en esta sección se abordarán las habilidades comunicacionales que los estudiantes creen que cuentan y los aspectos de mejora que reconocen. Además, se abordarán nuevamente las limitaciones o dificultades que han tenido para poder aplicar sus habilidades comunicacionales en la práctica médica, así como aquellos momentos en que sintieron que este comportamiento fue validado (o no) por sus pacientes, profesores/as o compañeros/as.

5.2.1. Habilidades comunicacionales aprendidas y aspectos de mejora

En general, los estudiantes de medicina, tanto de cuarto como de quinto año, demostraron tener confianza en sus habilidades para relacionarse con un paciente y destacan diversas experiencias que evidencian cómo su desempeño y buenos resultados durante la consulta. Esto también se ha podido evidenciar en partes previas dentro del análisis, tales como las experiencias de los estudiantes como médicos o sus sesiones dentro del programa de

entrenamiento. De hecho, varios de los estudiantes consideran que les resulta sencillo vincularse y tener un buen trato con el paciente.

“Me puedo jactar de que puedo conversar bien con alguien y puedo generar ese ambiente de
comodidad y tranquilidad.”

Estudiante de cuarto año de medicina

“Hasta el momento domino bien los tres puntos que te digo. Siempre domino bien los pacientes o por ejemplo un familiar. Creo que todos me dicen que sí han entendido, que hay un interés de por medio y que están agradecidos y que hay una mejoría en ellos, a partir de que me han escuchado y me han entendido.”

Estudiante de quinto año de medicina

Cuando los estudiantes hablan de sus habilidades para relacionarse y tratar con el paciente, no suelen mencionar puntualmente cada habilidad, sino que explican el tipo de acercamiento y actitud que tienen cuando deben interactuar con el paciente. Por ejemplo, no olvidarse de siempre saludar y pedir permiso, o ser respetuoso y amable durante toda la consulta. Además, hay algunos estudiantes que sí destacan su gran habilidad para explicar o escuchar al paciente.

“Pero en lo que sí creo es que siempre siempre en cualquier paciente que he podido tratar, trato de darles lo mejor de mí, trato de ser buena, de entenderlos. Siempre lo he hecho con mucho respeto, siempre dice que va a consultarlo y va a traer la respuesta. Lo más importante para mí es ser buena con el paciente, siento que lo estoy logrando y estoy haciendo bien.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“A saludar, presentarme y despedirme, que me importe cómo se siente el paciente y que en cada parte de la entrevista preguntarle qué piensa al respecto, cómo se siente. También pedir permiso y con respeto y pudor que amerite la situación.”

Estudiante de medicina de quinto año

Si bien en un primer momento los estudiantes destacan que saben acerca del trato y relación con el paciente, así como su buen desempeño a nivel comunicacional, varios fueron capaces de reconocer aspectos de mejora. Sin embargo, estos no fueron necesariamente relacionados a habilidades comunicacionales *per se*, sino temas vinculados a sus personalidades, tales como la franqueza, timidez y seriedad.

“Si me han dicho que me pongo súper seria, quizás eso tengo que manejarlo, yo no me doy cuenta, pero en realidad ya es cosa de práctica.”

Estudiante de medicina de quinto año

“Entonces como que yo digo soy una persona introvertida, pero al momento de estar con el paciente sé que no debo ser tan así. Es como que ese tema de ser consciente.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Quizás el hecho de que como te digo a veces soy un poco directa, creo que me falta manejarlo un poco, pero obvio eso lo voy a hacer a través de la práctica.”

Estudiante de medicina de quinto año

En cuanto a aspectos de mejora vinculados directamente con habilidades comunicacionales, sólo un estudiante mencionó acerca de mejorar la forma de preguntar y de explicar a sus pacientes. Sobre todo, evitar el uso de tecnicismos para ser más claro y lograr el objetivo de la consulta. Este hecho es muy significativo para la investigación, pues determina que efectivamente los estudiantes confían mucho en sus nociones en cuanto a cómo comunicarse y desenvolverse con pacientes, y no necesariamente creen que requieren un entrenamiento de habilidades comunicacionales.

“Me falta la manera de cómo me expreso, de cómo me comunico. Porque claro lees un libro de bastantes tecnicismos, me ha pasado que cuando haces preguntas dices la palabra técnica y te olvidas de explicar. Usar un lenguaje que sea entendible para otros pacientes.”

Estudiante de medicina de cuarto año

La razón por la cual ninguno de los estudiantes menciona aspectos de mejora en cuanto a habilidades comunicacionales *per se*, es porque consideran que mejorar su trato y relación con el paciente está vinculado directamente a las experiencias que puedan tener con pacientes y a los nuevos conocimientos que puedan adquirir. Entonces, más que atribuir este aspecto de mejora a un nivel personal y comunicacional, se vincula con el hecho de no haber podido desarrollarse mucho por la falta de práctica con pacientes y la necesidad de tener más interacciones con ellos en campo. Por lo tanto, se puede concluir que, si se trata de aprender y mejorar habilidades comunicacionales, la práctica en la vida real es más valorada. Este hallazgo, confirma lo identificado previamente: el hospital es considerado más realista y uno de los mejores espacios para aprender.

“Me falta bastante lo que es tratar más con pacientes, no he hablado mucho con pacientes por estas cosas que ha pasado, mientras más pacientes trate, voy a ser mejor médico que acompaña.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Timidez, un poco de temor a decir algo que no es, pero yo creo que con la experiencia podría ganar un poco más esa confianza para poder hacerlo mejor, no tener tanto miedo de decirle algo que no es. Con la experiencia y la práctica creo que puedo.”

Estudiante de medicina de quinto año

También, se mencionaron aspectos no comunicacionales, como la adquisición de más conocimientos técnicos. Este aspecto como ya se vio antes, se relaciona principalmente al poder contar con aquellos saberes que permitirán atender al paciente de una forma más adecuada. En otras palabras, con la capacidad para ser más preciso con el diagnóstico y poder explicar con mayor claridad y seguridad acerca de los malestares o dudas que pueda tener el paciente. Entre otros aspectos a mejorar, varios estudiantes destacaron la necesidad de aprender a controlar mejor sus tiempos para la entrevista médica. Este punto se ha visto previamente en el análisis, puesto que los estudiantes reconocen esto como un limitante para poder aplicar sus habilidades comunicacionales en su totalidad.

“Lo que sí siento que a mí me falta es asentar más la parte teórica, porque si tienes la parte académica más estable puedes, por ejemplo, reducir los tiempos, porque si ya sabes que algunas patologías tienen unas cositas de por medio, tus preguntas son más puntuales. La arista de llevar un buen trato lo estoy trabajando bien y quiero mantenerlo aún, pero quiero meterle más punche a lo de la base teórica.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Hay que estudiar constantemente, seguir estudiando para saber la información. No hay preguntas tontas o descabelladas, pero si yo no estudiara medicina tampoco las sabría.

Estudiar mucho.”

Estudiante de medicina de quinto año

Cabe resaltar que, algunos estudiantes mencionaron el aspecto emocional, sobre todo para atender o manejar situaciones sensibles con los pacientes. Muchos de los estudiantes consideran que la mayoría de sus experiencias han involucrado gran apego con el paciente, pues comentan que intentaban visitarlo en cada oportunidad que tenían o profundizaban

mucho en sus historias de vida. Por ello, se mencionó que es necesario aprender a controlar sus emociones, y evitar el apego con el paciente, sin perder la capacidad de poder conectar con el paciente a nivel emocional. Dentro de las cualidades que debería tener un médico, se destaca su capacidad de apertura frente a otros y la empatía (Podgórecki y Ropski, 2015), lo cual implica que debe reconocer las emociones que van surgiendo durante la interacción e intentar mantener un ‘control emocional’ (Hamui et al., 2015).

“Pero si sentía que me ponía mucho en la posición de no ser médico y hablar más como un amigo, cosa que no debería pasar creo debería preguntar un poco más cosas clínicas. En la práctica profesional no deberías ser tanto el amigo que aconseja sino el medico que trata el problema, yo sentía que era un familiar que estaba yendo a visitar a su paciente y que ellos me comentaban lo que había pasado.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Muy empática y a veces me paso de empática. Es que me lo tomo muy personal, eso tengo que aprender a controlarlo, no es bueno. Por ejemplo, si el paciente se pone a llorar, yo no puedo hacerlo con él.”

Estudiante de medicina de cuarto año

No obstante, esto se puede volver un problema cuando el médico establece barreras para no verse afectado por las cosas que ve en su trabajo al día a día, puesto que afectará directamente en cómo se comunicará con su paciente (Hamui et al., 2015). Como explica Ingratta (como se citó en Dörr, 2004), de alguna manera las emociones que se desarrollaban durante el encuentro médico-paciente se pierden, porque ocurre una ‘disociación afectiva’, la cual involucra un discurso distante y control de toda implicancia emocional que pueda surgir durante la interacción. Con esta reflexión, se puede volver a evidenciar el temor constante en

los estudiantes, vinculado a ir perdiendo su sensibilidad por las fuertes experiencias que irán teniendo como médicos en formación y luego como profesionales.

“El hecho de que veas los mismos casos en la misma práctica que trates de crear una barrera y no tomarte las cosas personales, que te afecten menos. Hay pacientes que también son agotadores. Indirectamente, sin darse cuenta, toman actitudes que no deberían tomar, es una preocupación constante.”

Estudiante de medicina de quinto año

A medida que van asistiendo con mayor frecuencia al hospital, las situaciones que viven los estudiantes de medicina pueden llegar a ser muy intensas, a pesar de que aún son, valga la redundancia, estudiantes. En base a las experiencias que comentaron los estudiantes durante las entrevistas, y otras que cuentan algunos contactos propios, se pudo notar que no cuentan con las herramientas para manejar situaciones que implican un alto compromiso emocional, y recurren a sus propias soluciones: crear una barrera para que no les afecte el caso. Esto lleva a preguntarse ¿de qué manera guían o capacitan al estudiante acerca del manejo de las emociones y aseguran una cultura de autocuidado? Sobre este hallazgo, aunque tiene un fuerte vínculo con el aprendizaje y desarrollo de las habilidades comunicacionales, se considera que es mejor abordarlo de manera separada y específica, por lo que se decidió no ahondar más al respecto en la presente investigación.

5.2.2. Razones detrás las valoraciones de los estudiantes sobre las HC aprendidas y aspectos de mejora

Retomando el desarrollo de la sección, además de conocer en qué aspectos consideran los estudiantes que pueden mejorar y con qué habilidades comunicacionales cuentan, es pertinente entender las razones por las que piensan de esta manera. La mayoría de los y las estudiantes explica que se dan cuenta de esto durante sus experiencias tratando con pacientes

y reciben algún tipo de señal por parte de este. Por ejemplo, cuando este les agradece o la conversación se extiende, y se mantiene un buen humor durante ella. Entonces, sentir que el paciente los valora o reconoce, les permite identificar que el comportamiento y acercamiento que utilizaron para esa interacción fue el adecuado.

“De parte de los pacientes me sentía más valorado, porque me hablaban incluso y tenían su biblia al lado y me decían ‘No cambies’, ‘si vas a ser un médico trata de seguir siendo así’.”

Estudiante de medicina de cuarto año

“Me medía también al notar la cara del paciente, si lo veo bien o si lo notaba tranquilo y me seguía contando, eso me daba a mí una buena señal. Los gestos de mi paciente, verle la mirada, el que me quiera seguir contándome, que profundice sus respuestas. Eso me da señal de que estoy haciendo bien mi trabajo”.

Estudiante de medicina de cuarto año

“Me acuerdo que en posta una señora me agarró de la mano y me dijo “hija que dios te bendiga” ese gesto fue muy bonito. Y también me acuerdo que en hospitalización la señora me empezó a contar cosas de su casa y todo. Me hacen sentir que estoy haciendo bien. Siento que si lo que estoy haciendo bien.”

Estudiante de medicina de quinto año

Sobre otras circunstancias en las que hayan sentido que se han desenvuelto correctamente, en muy pocos casos sucede que algún doctor/a u otro compañero/a brinda una retroalimentación positiva. Según los estudiantes, esto se debe a que los doctores suelen estar interesados en los aspectos técnicos de las consultas. En el caso de los compañeros, a pesar de que se destaca cierta competitividad entre ellos, es más común comentarle a un compañero acerca de un

comportamiento o pregunta que fue interesante o que tal vez debería mejorar en próximas ocasiones.

“Los doctores en ese momento no te dicen mucho, pero hay algunos que si me dicen que he hecho bien.”

Estudiante de medicina de quinto año

“A mí, observaciones que me dio la doctora fueron cosas médicas, le corrigió una cosa de redacción médica [...] Algunos doctores me dicen ‘lo has hecho bien, te falta tal y cual’.”

Estudiante de medicina de cuarto año

Para finalizar la sección, es pertinente hacer una breve acotación sobre lo que explican Weston y Lipkin (1989) acerca de cómo van cambiando las actitudes y pensamientos de los estudiantes de medicina a medida que van avanzando la carrera. Los autores comentan que, como se evidencia en extensa literatura, al iniciar la carrera, los estudiantes siempre están anhelantes de tener contacto con los pacientes y están interesados en todo lo que el paciente puede contarles. De alguna manera, se sienten agradecidos por tener estas oportunidades y las disfrutan al máximo, y, por ende, tienen un acercamiento más abierto y amigable. Además, aún no están en la posición o grado para tener que asumir la responsabilidad de la vida de un paciente. Sin embargo, a medida que el estudiante va adquiriendo más conocimientos sobre las enfermedades, el foco se convierte en conocer los síntomas de la enfermedad, de forma exclusiva, y empiezan a ignorar otros temas que el paciente desearía abordar. Entonces, a medida que el estudiante va avanzando en la carrera, parece que está menos interesado por el paciente como persona.

La razón por la cual se desarrolló esta observación es que se pudieron notar estas sutiles diferencias entre los discursos que manejaba cada grupo de estudiantes. A pesar de no existir

una brecha muy amplia, en cuanto a edad y tiempo, los estudiantes de quinto año reflejan un enfoque más ligado a ‘comunicarme adecuadamente con el paciente para obtener buenos resultados en el análisis’, y los estudiantes de cuarto año de ‘conocer al paciente, empatizar con el paciente, y poder obtener nuevos insumos para el diagnóstico’. Esto se percibió a partir del análisis, y en las conversaciones que se llevaron a cabo con los estudiantes de ambos años. Su forma de expresarse y el foco que le dan a cada aspecto era muy diferente.

Para resumir esta sección, se pudo evidenciar la sobreestima que se tienen los estudiantes cuando se trata de habilidades comunicacionales, y, por ende, su trato y relación con el paciente. En varios casos, se evidencia que los estudiantes no reconocen aspectos de mejora en términos de HC, sino en temas vinculados a sus personalidades y otros aspectos técnicos (uso del tiempo y conocimiento). Además, se confirmó que el estudiante considera que aprender a vincularse mejor con sus pacientes y poder enfrentar mejor diferentes situaciones retadoras sólo será posible con la práctica en campo. Esto no es negativo, pero influye directamente en su subjetividad en torno al aprendizaje de las habilidades comunicacionales, puesto que podría significar indisposición y rechazo hacia este aprendizaje.

Capítulo 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

1. El análisis llevado a cabo demuestra que la subjetividad, relacionada a las habilidades comunicacionales y el entorno de aprendizaje, de los estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de medicina, es uno de los factores clave para el aprendizaje de estas habilidades. Los conocimientos previos, valoraciones, creencias y experiencias de los estudiantes son tanto positivas como negativas, lo cual indica una dualidad en cuanto a lo que los estudiantes piensan y sienten con respecto a las habilidades comunicacionales y su entrenamiento. Por un lado, reconocen la relevancia de una buena comunicación y su efecto en la relación médico paciente. Por otro lado, demuestran cierto escepticismo en cuanto al entrenamiento, puesto que se considera que las HC son innatas de cada persona y, por ende, no es posible aprenderlas. Esta dualidad, puede influir en la recepción y efectividad del proceso del entrenamiento de HC, puesto que da la impresión de que los estudiantes asisten a las sesiones del programa más por un tema de obligatoriedad y cumplimiento de asignaciones del curso, que por reconocer su pertinencia en su desarrollo como profesionales.
2. En cuanto a la parte positiva, se pueden destacar sus conocimientos previos, valoraciones, y algunas creencias y experiencias, en torno a las habilidades comunicacionales *per se*. En primer lugar, en cuanto a los conocimientos previos, se llegó a la conclusión de que, si bien no comprenden completamente lo que abarcan las habilidades comunicacionales, son capaces de reconocer los efectos de una buena comunicación en las interacciones médico paciente y las cualidades de una persona competente comunicacionalmente. Sobre este punto, se destacó su impacto en lograr el compromiso del paciente con su tratamiento. En segundo lugar, respecto a las creencias en torno al ‘deber ser’ de un médico, no sólo se centran en la técnica y conocimiento médico, sino que destacan diferentes cualidades

vinculadas a su competencia comunicacional. Por ejemplo, tener la capacidad de transmitir sus conocimientos a través de una explicación clara y detallada, crear un espacio de confianza con su paciente y saber escucharlo, entre otros. En tercer lugar, y en complemento a sus conocimientos y creencias, los estudiantes valoran positivamente el ser una persona competente comunicacionalmente, puesto que reconocen sus relevancia y aporte en la relación médico-paciente. Esto es comprobado a partir de sus experiencias desde sus diferentes roles como pacientes, estudiantes y médicos.

3. Los estudiantes tienen la idea de que ser competente comunicacionalmente es un aspecto clave para su desarrollo como profesionales de la salud. Sin embargo, cuando se trata de aprender y entrenar estas habilidades, surgen ciertas valoraciones, experiencias y creencias con una carga más 'negativa', vinculada principalmente a que no es posible entrenar las habilidades comunicacionales y existen otras prioridades (académicas o de adquisición de conocimiento). Este tema sale a relucir especialmente cuando se hablan de algunas de las actividades del programa de entrenamiento, como las sesiones de *clown* y las simulaciones de consulta médica. También, se pudo evidenciar esta desestimación del entrenamiento cuando los estudiantes hablan acerca de sus habilidades y oportunidades de mejora. Esto se debe a que la gran mayoría no reconoce aspectos de mejora en términos de HC, sino en temas vinculados a sus personalidades (ej. timidez o introversión) y otros aspectos técnicos-médicos (ej. más conocimientos de enfermedades y sus causas). Además, se menciona constantemente que aprender a vincularse mejor con sus pacientes y poder enfrentar mejor diferentes situaciones retadoras, sólo será posible con la práctica en campo.
4. En relación a la conclusión anterior, un aspecto importante de abordar es la creencia de que, debido al contexto en el que se desenvolverán en el futuro, será probable que sea un

reto o un gran logro el hecho de poder mantener su sensibilidad y humanidad para lograr el mejor trato con el paciente. Algunas de las causas para la formación de esta creencia, son las condiciones institucionales y de recursos del sector de salud en el Perú, así como otros factores dentro de las consultas médicas, como el tiempo de atención. Esta idea es interesante porque da a entender que es posible desaprender o perder las HC. Además, permite reflexionar acerca del contexto en el que se desenvuelven los profesionales de la salud, y su vínculo con el síndrome del agotamiento o *'burnout'*.

5. Sobre el PEHC, se pudo evidenciar tanto valoraciones positivas como negativas, y experiencias generalmente positivas. En cuanto a las valoraciones negativas, principalmente se vinculan al primer grupo de actividades del programa: las sesiones de *clown* y las simulaciones de entrevista médica. Esto se debe a que los estudiantes no logran comprender el trasfondo de las actividades y asociarlas con el desarrollo de HC para la relación médico-paciente (por ejemplo, la relevancia del contacto visual, y, en general, la comunicación verbal). En cuanto a las valoraciones positivas, estas hacen referencia a las simulaciones de quinto año (brindar malas noticias y pacientes difíciles), específicamente porque es más fácil identificar su aplicabilidad en la práctica médica real. Incluso, varios estudiantes destacan esta parte del entrenamiento como clave para ciertas situaciones que enfrentaron durante sus prácticas. Además, se entiende la simulación como un espacio seguro en el cual pueden aprender del error sin afectar la vida de una persona y porque permite recibir retroalimentación de diferentes actores, quienes no necesariamente podrían hacerlo en la práctica real.

Con respecto a las experiencias de los estudiantes en el PEHC, la mayoría expresó haber obtenido buenos resultados en sus evaluaciones y haber recibido una retroalimentación positiva. Esta estaba vinculada principalmente a la importancia de la comunicación verbal

durante las interacciones y abordar al paciente no sólo desde el malestar físico, sino también a partir de sus emociones. Como se puede evidenciar, no es que los estudiantes no reconozcan el valor del programa; sin embargo, depende mucho el tipo de actividad que realizan y si esta es acorde a lo que ellos consideran que sí se puede practicar/aprender, como es el caso de brindar malas noticias.

6. El entorno de aprendizaje en el que se desenvuelven los estudiantes también influye en su aprendizaje sobre las HC. En primer lugar, la propia universidad no destaca la relevancia del entrenamiento de habilidades comunicacionales, y esto se puede evidenciar en que no incluye módulos o cursos dirigidos al tema dentro del currículo del estudiante de medicina. En segundo lugar, la carrera de medicina implica una gran carga académica y genera gran estrés en los estudiantes, y, por ello, cuando tienen sus primeras sesiones del entrenamiento, sienten que pueden aliviar su estrés y ampliar los momentos de socialización con sus compañeros. En tercer lugar, se pudo evidenciar que los profesores-doctores no pueden ser considerados modelos a seguir, puesto que no demuestran ser competentes comunicacionalmente. Esto, no sólo por cómo tratan a sus pacientes, sino también a los propios estudiantes.
7. Sobre esta última conclusión, es relevante ahondar en los modelos a seguir como un factor relevante para el proceso de aprendizaje significativo de los estudiantes de medicina. En el análisis se pudo evidenciar los diferentes comportamientos negativos que tienen los doctores durante las rotaciones en el hospital, tales como la indiferencia, brusquedad e incluso discriminación, los cuales impactaron en el estudiante que lo observó. Si bien se pudo identificar que los estudiantes reconocen estas malas prácticas y se demuestran firmes en no replicar esos comportamientos, este entorno en el que se desenvuelven puede terminar normalizando estas situaciones e influir en sus futuros tratos

con los pacientes. Diversas investigaciones abordan el rol del profesor-doctor en las escuelas de medicina y, entre los principales hallazgos, se reconoce que usualmente aquellos profesores que enseñan medicina no tienen estudios superiores en educación y no cuentan con las herramientas pedagógicas necesarias para enseñar. En realidad, suelen ser doctores que recién van adquiriendo sus estrategias de enseñanza a medida que se desempeñan en dicho rol (Srinivasan et al., 2011). Esto puede explicar en gran parte la carencia y poco reconocimiento de su rol dentro del proceso de aprendizaje. No obstante, esto no es una justificación para subestimar la influencia y relevancia de su posición en la formación de futuros profesionales.

6.2. Recomendaciones

1. ***La perspectiva del estudiante de medicina para potenciar y mejorar el PEHC.*** Las creencias, valoraciones y experiencias de los estudiantes son la clave para entender sus intereses y expectativas, y así diseñar actividades que armonicen con su forma de pensar y entender el tema. Para seguir potenciando el programa de entrenamiento es prioritario tener más contacto con su público objetivo —los estudiantes de medicina—, y dedicarse a conocer más acerca de lo que piensan y sienten. Desde las comunicaciones, enfocarse en la persona y planificar con ellas, desde ellas y por ellas, será clave para el éxito de un proyecto de comunicación. Esta idea es replicable en el contexto educativo, puesto que no basta con hacer una evaluación calificativa de si les gustó o no el programa y las actividades, sino que se debe aspirar a conocer más acerca de sus intereses y creencias en torno al tema, y planificar en base a ello.

En la investigación, se pudo evidenciar que el refuerzo más valorado es el aprecio y agradecimiento de un paciente que se sintió bien al relacionarse con ellos. Por ejemplo, si lo escucharon contar acerca de su malestar en cuanto a la atención en el centro de salud o

si se dieron un tiempo por escuchar qué tal les fue en el día, y el paciente les agradeció y se mostró más relajado o alegre después de conversar con ellos. En ese sentido, si el estudiante recibiera más refuerzos positivos cuando aplica sus habilidades comunicacionales o pudiera tener siempre presente el efecto que tiene en el paciente, podría estar más entusiasmado para continuar su entrenamiento en HC y motivado para seguir replicándolo en sus prácticas médicas. También se pudo conocer acerca de las motivaciones y aspiraciones de los estudiantes, las cuales van más allá de los gustos científicos o de investigación, y están dirigidas a ser médicos con los que sus pacientes se sientan realmente contentos y satisfechos después de una consulta. Entonces, ¿por qué dejar que esta meta se pierda durante el proceso formativo y experiencia profesional? Al tener un objetivo al cual aspirar, se puede dibujar una ‘ruta ideal’, que será la que guíe y permita que el estudiante realmente llegue a ser el médico en el que desea convertirse. El entrenamiento que ofrece el programa es parte de esta ruta y debe posicionarse como tal, para generar mayor compromiso e interés por parte de los estudiantes.

2. ***Mayor protagonismo del entrenamiento de habilidades comunicacionales en las carreras de la salud.*** Aún falta un largo camino por recorrer para lograr la transversalización del programa en el currículo de la carrera de medicina, lo cual puede estar vinculado a diversos factores (la carencia de especialistas en el tema, la novedad del tema en el Perú, entre otros). Diversas investigaciones comprueban que a medida que avanzan los años en la carrera de medicina, se va reduciendo la importancia y seguimiento al tema de las habilidades comunicacionales. Por ello, se vuelve necesario continuar incidiendo y posicionando la pertinencia del entrenamiento de HC en la carrera de medicina, iniciando con la inclusión del tema dentro de la malla curricular de la especialidad. De esta manera, al tener un currículo que trabaje explícitamente las

habilidades de comunicación, será posible hacer un mejor seguimiento de la retención de conocimientos y competencia comunicacional de los estudiantes de medicina al momento de vincularse con pacientes (Rider et al., 2006).

Para llegar a este momento, es importante que se reconozcan los efectos de una buena comunicación en la relación médico-paciente y la satisfacción de este. Si bien existe una gran cantidad de literatura que valida este argumento, la mayoría es de otros países y no necesariamente pueden ser aplicadas al contexto peruano. Por esta razón, se debe continuar la investigación y destacar la relevancia del programa dentro del currículo de la carrera de medicina. Desde la Comunicación para el Desarrollo, es posible diseñar estrategias que tengan como objetivo sensibilizar y posicionar la temática dentro de la comunidad educativa médica. De esta manera, tanto autoridades, como profesores y los propios estudiantes podrán visualizar de qué manera el entrenamiento de las HC impacta en la mejora del sistema de salud y atención médica en general.

3. ***Aprender va más allá de las clases teóricas y prácticas.*** El entorno de aprendizaje debe ser comprendido como un conjunto, no sólo se trata del lugar o de la metodología de enseñanza, sino también de las relaciones que suceden dentro de este espacio. Uno de los aspectos más llamativos de la investigación radica en las experiencias de los estudiantes con los profesores-doctores, con quienes realizan sus diferentes rotaciones, y la percepción de que existe una carencia de doctores que realmente sepan relacionarse adecuadamente con los/as pacientes. En muchos casos, se pueden ver médicos con poco tacto y constante maltrato hacia los pacientes que atienden. Incluso este comportamiento no sólo es hacia el paciente, sino hacia los mismos estudiantes. Por esta razón, se debe prestar más atención a lo que sucede dentro del hospital y las rotaciones de los estudiantes. Y, se vuelve necesario habilitar más y mejores espacios para denunciar y comentar acerca de estas experiencias,

así como también optimizar los procesos de denuncia ya existentes para que sean más efectivos.

Además, sería un gran avance el hecho de considerar ‘volver a enseñar’ a los médicos que trabajan en el hospital de la universidad¹⁷ y pensar en espacios donde puedan recordar la influencia de su rol dentro del proceso de aprendizaje de los futuros médicos. En la especialidad de desarrollo se aprende a crear diversos recursos comunicacionales, que pueden estar enmarcados en una intervención social, y que podrían cumplir esta función de permitir que el doctor-profesor recuerde y reconozca su rol como modelo a seguir de los futuros médicos del país. De hecho, hay diversas estrategias que se podrían implementar para visibilizar esta problemática vinculada a la enseñanza en medicina, y sería interesante considerarlo en coordinación con las facultades de ciencias de la salud.

4. ***Una mirada hacia la enseñanza en la carrera de medicina.*** Como se pudo evidenciar en ciertos momentos de la investigación, la educación en medicina es reconocida principalmente por su gran exigencia y suele primar un método de enseñanza basado en la humillación. Este, de alguna u otra manera, ha sido normalizado y se ve como necesario para continuar aprendiendo. De hecho, no muchos estudiantes son capaces de reconocer qué es lo que está mal de esta forma de enseñanza, porque todo su entorno les refuerza la idea de que ‘así es’ y no les queda otra alternativa que aceptarlo. En relación con este tema, surgen algunas reflexiones: ¿los estudiantes están aprendiendo realmente?, ¿qué efectos futuros puede tener este tipo de enseñanza en sus relaciones personales o su vida profesional? Considero que es necesario seguir cuestionando y replanteando los métodos de enseñanza en la medicina, lo cual podrá evidenciarse mejor cuando exista mayor

¹⁷ Esto porque es el lugar más frecuentado por los estudiantes de medicina de la universidad.

contacto con los propios estudiantes, y se reflexione con ellos sobre cómo se sienten o comprenden este tipo de metodología.

5. *Incentivar la cultura del autocuidado en los estudiantes de la carrera de medicina.*

Como se ha mencionado reiteradas veces, la carrera de medicina implica una gran carga académica y genera mucho estrés en los estudiantes de medicina. Esto, no sólo afecta sus relaciones interpersonales, sino también su futuro desempeño profesional y vínculo con pacientes. De hecho, no es sorprendente escuchar las cifras de suicidios y síntomas de depresión en estudiantes de medicina, lo cual está principalmente vinculado al estrés que conlleva la propia carrera y la carga emocional cuando se empieza a tratar con pacientes (Scutti, 2016). La salud mental de los estudiantes y la promoción de una cultura del autocuidado debe seguir siendo un tema en la agenda de la educación médica, y se deben promover acciones dirigidas a esta. Adicionalmente, es importante considerar la enseñanza a los estudiantes acerca del manejo de las emociones durante sus interacciones con pacientes. Este aspecto ha sido descuidado y, probablemente, pueda evidenciarse más en los estudiantes del externado o internado, puesto que nunca se les enseñó cómo cuidarse a ellos mismos sin perder el tacto y sensibilidad con el paciente. En ese sentido, sería importante considerar su posible relación con el temor de los estudiantes por perder su ‘humanidad’ y sensibilidad, y su constante inseguridad de poder mantener un buen trato y aplicación de HC.

6. *El último paso del proceso de aprendizaje: La transferencia del aprendizaje.* Para poder

decir que realmente el estudiante ha aprendido las habilidades comunicacionales del médico, se debe evaluar cómo ha trasladado estos aprendizajes a su entorno de trabajo y si es capaz de mantenerlos a lo largo del tiempo (Dickson et al., 1997; Heaven et al., 2005; Junod et al., 2015). Sin embargo, esto implica, no sólo que cuenten con los conocimientos

(saber qué hacer, cómo y dónde) y la motivación para aplicar sus aprendizajes, sino también que estos sean aceptados y reconocidos en su entorno de trabajo, y que cuenten con las condiciones u oportunidades para poder aplicarlos. En base a esta última idea, es importante cuestionarse: en caso los estudiantes se comprometan con el entrenamiento de las HC y las aprendan e interioricen, ¿realmente existen las condiciones óptimas para que puedan desempeñarse libremente y aplicando sus HC?, ¿estos comportamientos son valorados y reconocidos en los diferentes centros de salud o por los propios pares? La respuesta probablemente sea que todavía hay mucho por mejorar en cuanto al sistema de salud peruano. Por ejemplo, en la calidad de atención del personal administrativo, la organización interna del centro de salud, las jerarquías y relaciones de poder, y, sobre todo, la valoración de las habilidades comunicacionales como aspecto central en el perfil del médico.

7. ***El médico de clínica y el médico de hospital.*** Nuevamente, los médicos son el ejemplo a seguir para los estudiantes de medicina. La forma en la que se comporten y se relacionen —con sus pares, los pacientes y otros actores— será la pauta que guiará el ‘deber ser’ de los estudiantes. Asimismo, cómo se expresen sobre diferentes temas y las experiencias que cuenten acerca de lo que es ser médico, pueden influir en la subjetividad de los estudiantes. Si bien en la investigación se pudo notar que los estudiantes se muestran críticos sobre las actitudes y comportamientos que consideran negativos por parte de los médicos, hay muchos otros que prefieren ceder y acoplarse a la opinión de lo que dice el médico, puesto que ‘debe saber de lo que habla’. Teniendo en mente esa idea, sería importante recordar la disociación entre lo que significa ser un médico en la clínica (sector privado) y ser un médico en el hospital (sector público)¹⁸. Esta implicaba que existen

¹⁸ Esta idea fue parte de los hallazgos de la investigación.

ciertas exigencias cuando se atiende en una clínica, a comparación a un hospital, en cuanto al comportamiento y trato con el paciente. Las razones detrás de este hallazgo están muy vinculadas al perfil de los pacientes (condiciones socioeconómicas) que asisten al centro de salud, y las normativas que rigen en cada uno de los establecimientos. Este tema es importante e interesante de seguir investigando, puesto que forma una idea implícita de que el médico deberá comportarse diferente dependiendo del lugar en el que se desempeñe. Y esto puede significar desde cosas aparentemente inofensivas, como el código de vestimenta, hasta temas mucho más delicados, como la forma en la que se deben comportar con el paciente.

8. ***La relación médico-paciente desde la comunicación interpersonal.*** En varias de las fuentes consultadas, cuando se habla de la relación médico-paciente, necesariamente se mencionan conceptos clave de la comunicación interpersonal. Sería pertinente considerar ahondar en los conceptos de este enfoque cuando se enseñe a los estudiantes acerca del tema, ya que podría permitir comprender mejor la magnitud de sus acciones durante las interacciones con pacientes. Por ejemplo, debido a los conceptos básicos que manejan sobre comunicación no verbal gracias al PEHC, la mayoría de los estudiantes comentaba estar pendiente de su comportamiento durante las interacciones con pacientes. Si pueden comprender cómo suceden las interacciones, los factores que influyen en ellas y entender las HC desde su puesta en práctica, podrían tener una base más sólida en cuanto a su comprensión de la relación médico-paciente.

Referencias

- Agurto, C., Altamirano, A. y Sánchez, A. (2019). *Percepción de la relación médico-paciente según los pacientes, médicos residentes y alumnos de pregrado del servicio de Medicina Interna de un Hospital General de Lima, Perú* [Tesis de pregrado. Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Alfaro, R. (1993). *Una comunicación para otro desarrollo para el diálogo entre norte y sur*. Calandria, Asociación de comunicadores sociales.
- Ali, N., Pelletier, S. y Shields, H. (2017). Innovative curriculum for second-year Harvard-MIT medical students: practicing communication skills with volunteer patients giving immediate feedback. *Advances in Medical Education and Practice*, 8, 337-345.
- Añon, V. (2009). Subjetividad. En Szurmuk, M. y Mckee, R. (coords.), *Diccionario de Estudios Culturales Latinoamericanos* (260-265). Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Aquino, A. (2013). La subjetividad a debate. *Sociológica*, 80, 259-278.
- Barrett, J. y Scott, K. (2015). “Constantly ignored and told to disappear”: A review of the literature on “teaching by humiliation” in medicine. *Focus on Health Professional Education*, 16(4), 3–14. doi: <https://doi.org/10.11157/fohpe.v16i4.94>
- Beltrán, L. (2005). *La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo*.
- Berger, C. (2005). Interpersonal Communication: Theoretical Perspectives, Future Prospects. *Journal of Communication*, 55 (3), 415-447.
- Bermúdez, A., Allagual, A. y Farfán, A. (2020). Educación médica en Perú. *FEM*, 23(1), 5-8.
- Blackman, L., Cromby, J., Hook, D., Papadopoulos, D. y Walkerdine, V. (2008). Creating Subjectivities, *Subjectivity*, 22, 1-27.

- Boissy, A., Windover, A., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R., Merlino, J. y Rothberg, M. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*, 31(7), 755-761. doi: 10.1007/s11606-016-3597-2
- Bostrom, R. (1997). The process of listening. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 236-258). Routledge.
- Briuoli, N. (2007). La construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales. *Historia Actual Online (HAOL)*, 13, 81-88.
- Brown, G y Atkins, M. (1997). Explaining. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 183-212). Routledge.
- Cairns, L. (1997). Reinforcement. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 134-158). Routledge.
- Chávez, A., Ramos, L. y Abreu, L. (2016). A systematic review of mistreatment in medical students. *Gaceta Médica de México*, 152, 711-725.
- Chirino, A. y Hernández, E. (2015). Comunicación afectiva y manejo de las emociones en la formación de profesionales de la salud. *Educación Médica Superior*, 29(4), 872-879.
- Choudhary, A. y Gupta, V. (2015). Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 5, 41-44. doi: 10.4103/2229-516X.162273
- Civeira, F. (2010). El hospital como centro nuclear para mejorar la enseñanza de la medicina. *Educación Médica*, 13(1).
- Coulehan, J. (2011). "A gentle and humane temper": humility in medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 54(2), 206-216. doi: 10.1353/pbm.2011.0017
- Davis, L., King, M., Wayne, S. y Kalishman, S. (2012). Evaluating medical student communication /professionalism skills from a patient's perspective. *Frontiers in neurology. Neurology Education*, 3(98), 1-4. doi: 10.3389/fneur.2012.00098

- Di Matteo, M. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med*, 168(5), 328–333.
- Dickson, D. (1997). Reflecting. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 159-182). Routledge.
- Dickson, D., Hargie, O. y Morrow, N. (1997). *Communication Skills Training for Health Professionals*. Chapman & Hall.
- Dillon, J. (1997). Questioning. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 103-133). Routledge.
- Domínguez, R. (2018). *Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina del Centro de Salud Surquillo, Lima-Perú, 2015* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Dörr, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Médica Chile*, 132, 1431-1436.
- Dunham, L., Dekhtyar, M., Gruener, G., Cichoski, E., Deitz, J., Elliott, D., ... Skochelak, S. (2017). Medical Student Perceptions of the Learning Environment in Medical School Change as Students Transition to Clinical Training in Undergraduate Medical School. *Teaching and Learning in Medicine*, 29(4), 383-391. doi: 10.1080/10401334.2017.1297712
- Dunn, S. (2011). *The art of teaching communication skills. Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*.
- Dusek, M. (2005). *Determinación de las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

- Egelmeer, C. (2014). What is arrogance in healthcare and how does it affect healthcare? [Tesis de pregrado, Maastricht University].
- Erazo, A. (2012). La comunicación interpersonal en el contexto médico-paciente. *Salud Uninorte*, 28(3), 6-7.
- Espigares, L. y Orden, P. (2010). La relación médico-paciente, desde la perspectiva del paciente. VI Jornadas de Sociología de la UNLP, 9 y 10 de diciembre de 2010, La Plata, Argentina. Memoria Académica.
- Ferreira, G., Ferrández, T., Baleriola, J. y Cabrera, R. (2014). Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Atención Primaria*, 47(7), 399-410. doi: 10.1016/j.aprim.2014.09.007
- Fong, J. y Longnecker, N. (2010). Doctor-patient Communication: A review. *The Oschner Journal*, 10, 38-43.
- Foot, H. (1997). Humour and laughter. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 259-285). Routledge.
- Ghaffarifar, S., Ghofranipour, F., Ahmadi, F. y Khoshbaten, M. (2015). Why educators should apply theories and models of health education and health promotion to teach communication skills to nursing and medical students. *Nurs Midwifery Stud.*, 4(4). doi: 10.17795/nmsjournal29774
- Guinsberg, E. (1996). Comunicación y subjetividad. *Chasqui*, 53, 68-70.
- Goffman, E. (1997). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu editores S.A.
- González, I. (2013). Evaluando la satisfacción de los pacientes. *Gest. y Eval. Cost. Sanit.*, 14(3), 533-540.

- González, H., Uribe, C. y Delgado, H. (2015). 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. *Educación Médica*, 16(4), 227-233. doi: 10.1016/j.edumed.2015.10.008
- Guevara, C., Botero, S., Borrero, I., y Sinisterra, J. (2011). Prevalencia de abuso y factores asociados en una escuela de medicina colombiana. *Colombia Medica*, 42(4), 490–500.
- Guillén, O., Mas, G., Reto, B., Guerra, A. y Tomateo, D. (2017). Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de Medicina. *Rev Soc Peru Med Interna*, 30(2), 104-108.
- Hamui, A., Grijalva, M., Paulo, A., Dorantes, P., Sandoval, E., García, S., Durán, V. y Hernández, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, 20(1), 17-26.
- Hargie, O. (Ed.). (1997). *The handbook of communication skills*. Routledge.
- Hausmann, L., Jeong, K., Bost, J., e Ibrahim, S. (2008). Perceived discrimination in health care and health status in a racially diverse sample. *Medical care*, 46(9), 905–914. doi: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181792562>
- Heaven, C., Clegg, J. y Maguire, P. (2005). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Educacion and Counseling*, 60, 313-325.
- Hengemühle, A. (2005). Subjetividad: el desafío de integrar el sujeto en la educación. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(1), 65-75.
- Hulsman, R., Ros, W., Winnubst, J. y Bensing, J. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education*, 33, 655-658.

- Hurwitz, S., Kelly, B., Powis, D., Smyth, R. y Lewin, T. (2013). The desirable qualities of future doctors – A study of medical student perceptions. *Medical Teacher*, 35, 1332-1339. doi: 10.3109/0142159X.2013.770130
- Junod, N., Sommer, J., Louis-Simonet, M. y Nendaz, M. (2015). Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Medical Weekly*, 145, 1-10. doi: 10.4414/smw.2015.14064
- Karime, E., Martins, M., Creste, A. y Mara, E. (2018). The teaching approach on communicative skills in different teaching methodologies. *Revista Brasileira de Enfermería*, 71(5), 2447-2453. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0728
- Kassebaum, D. y Cutler, E. (1998) On the culture of student abuse in medical school. *Academic Medicine*, 73, 1149–1158.
- Lienard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A., ...Razavi, D. (2010). Transfer of communication skills to the workplace during clinical rounds: Impact of a program for residents. *PLoS One*, 5(8), 1-9.
- Littlejohn, S. y Foss, K. (Ed.). (2009). *Encyclopedia of communication theory*. SAGE Publications, Inc.
- Malhotra, A. Gregory, I. Darvill, E., Goble, E., Pryce, A., Lundberg, K., Konradsen, S., Hafstad, H. (2009). Mind the gap: Learners' perspectives on what they learn in communication compared to how they and others behave in the real world. *Patient Education and Counseling*, 76, 385-390.
- Miní, E., Medina, J., Peralta, V., Rojas, L., Butron, J. y Gutiérrez, E. (2015). Programa de residentado médico: percepciones de los médicos residentes en hospitales de Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(2), 303-310.

- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico – paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138, 1047-1054. doi: 10.4067/S0034-98872010000800016
- Moreira, M. (2017). Aprendizaje significativo como un referente para la organización de la enseñanza. *Archivos de Ciencias de la Educación*, 11(12), 1-16. doi: doi.org/10.24215/23468866e029
- Munayco, F., Cámara, A., Muñoz, L., Arroyo, H., Mejía, C., Lem, F. y Miranda, U. (2016). Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 33(1), 58–66.
- Navarro, A. (2019). *Impactos de la comunicación interpersonal en la autonomía de la gestante durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Nogueira, M., Nogueira, L., Turato, E. (2006). Medical students’ perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Med Educ.*, 40(4):322–8.
- Olivera, A. (2010). El devenir en educación médica: un encuentro con la bioética. *Salud Uninorte*, 26(2), 349-359.
- Patiño, L. y Rojas, M. (2009). Subjetividad y subjetivación de las prácticas pedagógicas en la universidad. *Educación y Educadores*, 12(1), 93-105.
- Penny, E. y Collins, J. (2018). Educación médica en el Perú. *Educación Médica* 19(S1), 47-52. doi: 10.1016/j.edumed.2018.03.009
- Pérez, M., Quijano, R. y García, I. (2019). Desarrollo de la competencia comunicativa en estudiantes de bachillerato. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*, 7(1), 1-9.

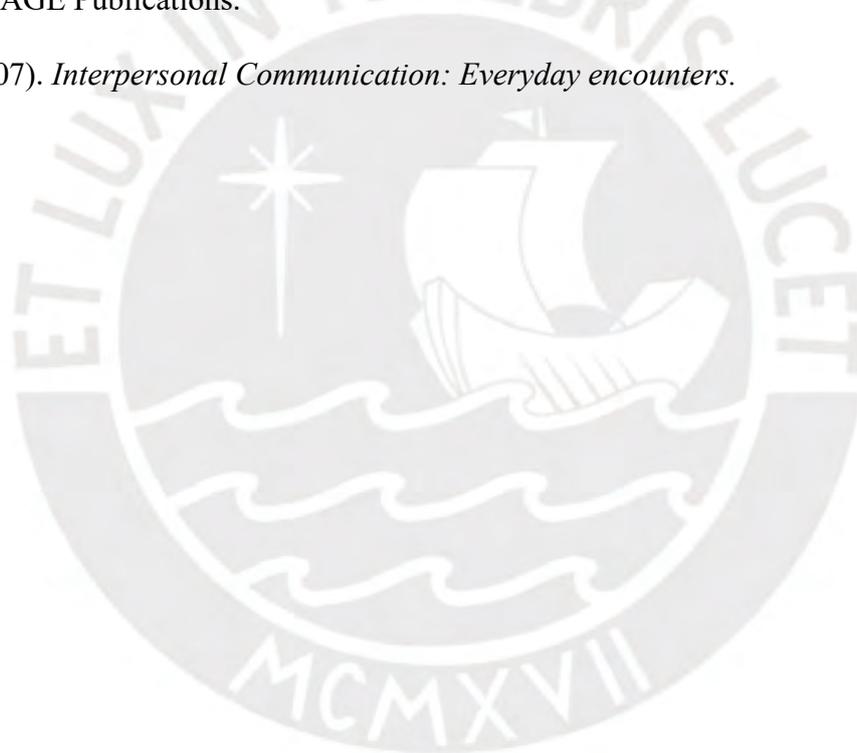
- Podgórecki, J. y Ropski, J. (2015). Communicative competence. *Historical and social educational ideas*, 7(6), 173-178. doi: 10.17748/2075-9908-2015-7-6/1-173-178
- Pratidina, A., Claramita, M., van Dalen, J. y Scherpbier, A. (2014). Learning to be the Patients' Advocates: Evaluation of an Evidence-Based Communication Skills Course. *South East Asian Journal of Medical Education*, 8(2), 60-69.
- Quispe, R., Muñoz, E. y Cadillo, A. (2018). *La percepción de los pacientes sobre la destreza en la comunicación de los médicos que atienden en consultorio externo del Hospital Cayetano Heredia, según el instrumento Communication Assessment Tool (CAT)*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Ramos, C. (2006). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Fac med*, 69(1), 12-16.
- Rees, C. y Sheard, C. (2002). The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. *Med Educ.*, 36(11):1017-27
- Rees, C., Sheard C., McPherson A. (2002). A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Medical Teacher*, 24(3), 289-93.
- Rider, E., Hinrichs, M. y Lown, B. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 28(5), 127-134. doi: 10.1080/01421590600726540
- Rider, E. y Keefer, C. (2006). Communication skills competencies: Definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*, 40, 624-629. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02500.x
- Rizo, M. (2004). Comunicación e interacción social. Aportes de la comunicología al estudio de la ciudad, la identidad y la inmigración. *Global Media Journal*, 1(2).

- Rizo, M. (2006). La interacción y la comunicación desde los enfoques de la psicología social y la sociología fenomenológica. Breve exploración teórica. *Anàlisi: quaderns de comunicació i cultura*, 33, 45-62.
- Rizo, M. (2009). *La comunicación interpersonal: Una introducción a sus aspectos teóricos, metodológicos y empíricos*. Segunda Edición.
- Rodríguez, C., Obregón, R. y Vega, M. (2002). *Estrategias de Comunicación para el Cambio Social*. Friederich-Ebert-Stiftung.
- Rojas, D. (2019). *Diario de un interno de medicina. Aproximaciones a la educación médica y al sistema de salud en Lima, Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Rojas, M. y González, M. (2018). Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educación Médica Superior*, 32(3), 236-243.
- Romani, M. y Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9(1). doi: 0.3402/ljm.v9.23556
- Rozelle, R., Druckman, D. y Baxter, J. (1997). Non-verbal behavior as communication. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 67-102). Routledge.
- Ruiz, R., García de Leonardo, C., Martínez, C. y Monge, D. (2019). Medical students' perceptions towards learning communication skills: a qualitative study following the 2-year training programme. *International Journal of Medical Education*, 10, 90-97. doi: 10.5116/ijme.5cbd.7e96
- Salas, R., Salas, A. y Salas, L. (2018). El profesor de la Educación Médica contemporánea. *Educación Médica Superior*, 32(4), 249-262.
- Sánchez, C., Villavencio, C. y Canals, J. (2017). "Core Planner": Herramienta didáctica para establecer estructuras cognitivas facilitadoras del aprendizaje significativo. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*, 5(2), 121-126.

- Sanson-Fisher, R., Hobden, B., Waller, A., Dodd, N. y Boyd, L. (2018). Methodological quality of teaching communication skills to undergraduate medical students: a mapping review. *BMC Medical Education*, 18 (151), 1-7. doi: 10.1186/s12909-018-1265-4
- Sari, S., Rahayu, G. y Prabandari, Y. (2014). The Correlation between Written and Practical Assessments of Communication Skills among the First Year Medical Students. *South East Asian Journal of Medical Education*, 8(2), 48-53.
- Schroeder, P. (2017). Comunicación y salud desde una perspectiva estratégica. *Revista de Negocios del IEEM*, 44-51.
- Scutti, S. (7 de diciembre de 2016). Más del 25% de los estudiantes de medicina tienen depresión y pensamientos suicidas, dice estudio. CNN. <https://cnnespanol.cnn.com/2016/12/07/mas-del-25-de-los-estudiantes-de-medicina-tienen-depresion-y-pensamientos-suicidas-dice-estudio/>
- Seidmann, S. (2015). Identidad personal y subjetividad social: Educación y constitución subjetiva. *Cadernos de Pesquisa*, 45(156), 344-357. doi: 10.1590/198053143204
- Selvaraj, S., y John, V. (2021). Taking care of medical students: the pillars of future healthcare. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43(1), 4-5. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1037>
- Sengupta, P., Sharma, A. y Das, N. (2017). Perception of Learning Environment among Undergraduate Medical Students in Two Different Medical Schools through DREEM and JHLES Questionnaire. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(2), 1-4. doi: 0.7860/JCDR/2017/23810.9248
- Shield, R., Tong, I., Tomas, M. y Besdine, R. (2011). Teaching communication and compassionate care skills: An innovative curriculum for pre-clerkship medical students. *Medical Teacher*, 33, 408-416. doi: 10.3109/0142159X.2011.586748

- Silverman, J., Kurtz, S. y Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients*. CRC Press.
- Srinivasan, M., Su-Ting, L., Meyers, F., Pratt, D., Collins, J., Braddock, C., Skeff, K., West, D., Henderson, M., Hales, R. y Hilty, D. (2011). "Teaching as a Competency": Competencies for Medical Educators. *Academic Medicine*, 86(10), 1211-1220.
- Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M. y Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(1), 30-37.
- Stewart, M. y Roter, D. (Ed.). (1989). *Communicating with medical patients*. SAGE Publications.
- Tardy, C. y Dindia, K. (1997). Self-disclosure. En O. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 213-235). Routledge.
- Thompson, T. (1994). Interpersonal Communication and Health Care. En M. Knapp, y G. Miller (Ed.), *Handbook of interpersonal communication* (pp. 696-725). Sage.
- Torres, Y., Ortiz, E. y Medina, E. (2016). El componente perceptivo de la comunicación profesor-alumno en el proceso de enseñanza-aprendizaje universitario. *Pedagogia Universitaria*, 21(3), 74-84.
- Tsuchida, M., Bandres, M. y Guevara, J. (2003). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Rev Med Hered*, 14(4), 175-180.
- Ugarte, O. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 36(2), 296-303. doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4495.

- Vargas, L. (2004). *Perspectiva Antropológica de la Consulta Médica, entre la Ciencia y el Arte de la Medicina*. V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe.
- van den Eertwegh, V., van Dulmen, S., van Dalen, J., Scherpbier, A., van der Vleuten, C. (2013). Learning in context: Identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Educ Couns*, 90(2), 184–92.
- Weston, W. y Lipkin, M. (1989). Doctors Learning Communication Skills: Development Issues. En M. Stewart y D. Roter (Ed.), *Communicating with medical patients* (pp. 43-57). SAGE Publications.
- Wood, J. (2007). *Interpersonal Communication: Everyday encounters*.



ANEXOS

ANEXO 1: Herramientas

1.1. Cuestionario de la encuesta virtual de los estudiantes de 4to año de la carrera de medicina¹⁹

Consentimiento informado para los participantes

El propósito de este protocolo es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por Sofia Medina Bello de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es conocer acerca de los valoraciones, creencias y experiencias de los estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de medicina, en torno a las habilidades comunicacionales. Así como también, su aprendizaje de estas durante el Programa de Entrenamiento dirigido por el profesor Alberto Guerra García de la Facultad de Medicina de la universidad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta, lo que le tomará entre 5 y 10 minutos de su tiempo. Su participación es voluntaria y anónima. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes y escribir al correo sofia.medina@pucp.edu.pe. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

¿Desea participar en el estudio?

- Sí
- No

PREGUNTAS

Edad:

Sexo:

- H
- M

1. Del 1 al 4 (siendo 1 muy poco y 4 bastante), ¿qué tanto te interesa (personalmente) aprender sobre las habilidades comunicacionales?

¹⁹ Los cuestionarios fueron elaborados en los Formularios de Google, por lo que se colocó el consentimiento como primera pregunta de la encuesta. En caso de marcar sí, procedían a continuar con la resolución de la encuesta.

- a. 1 (muy poco)
 - b. 2 (poco)
 - c. 3 (regular)
 - d. 4 (bastante)
1. Del 1 al 4 (siendo 1 muy poco y 4 bastante), ¿Qué tanto consideras que conoces sobre las habilidades comunicacionales?
 - 1 (muy poco)
 - 2 (poco)
 - 3 (regular)
 - 4 (bastante)
 2. Si alguien te preguntara qué son las habilidades comunicacionales, ¿Qué responderías?
 3. En tu opinión, ¿cuáles son las principales habilidades comunicacionales con las que debe contar un profesional de la salud? Escribe 3 habilidades que consideres más importantes.
 4. Del 1 al 4 (siendo 1 muy poco y 4 bastante), ¿Qué tan relevante consideras que es aprender sobre habilidades comunicacionales?
 - a. 1 (muy poco)
 - b. 2 (poco)
 - c. 3 (regular)
 - d. 4 (bastante)
 5. Ordena del 1 al 4 (siendo 1 el MÁS IMPORTANTE y 4 el MENOS IMPORTANTE) las opciones por las que crees que tú u otros compañeros **deben aprender** sobre las habilidades comunicacionales.
 - Porque me permite mantener una buena reputación.
 - Porque me permite entablar una buena relación médico-paciente.
 - Para conseguir que los pacientes estén satisfechos con la atención médica.
 - Porque puede lograr que el paciente se comprometa en el tratamiento.
 6. ¿Consideras que el Programa de entrenamiento puede ayudarte a desarrollar tus habilidades comunicacionales?
 - Sí
 - No
 7. ¿Por qué?

¡Muchas gracias por tu participación!

1.2. Cuestionario de la encuesta virtual de los estudiantes de 5to año de la carrera de medicina

Consentimiento informado para los participantes

El propósito de este protocolo es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por Sofia Medina Bello de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es conocer acerca de los valoraciones, creencias y experiencias de los estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de medicina, en torno a las habilidades comunicacionales. Así como también, su aprendizaje de estas durante el Programa de Entrenamiento dirigido por el profesor Alberto Guerra García de la Facultad de Medicina de la universidad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta, lo que le tomará entre 5 y 10 minutos de su tiempo. Su participación es voluntaria y anónima. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes y escribir al correo sofia.medina@pucp.edu.pe. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

¿Desea participar en el estudio?

- Sí
- No

PREGUNTAS

Edad:

Sexo:

- H
- M

1. Del 1 al 4 (siendo 1 muy poco y 4 bastante), ¿qué tanto te interesa aprender sobre las habilidades comunicacionales?
 - a) 1 (muy poco)
 - b) 2 (poco)

- c) 3 (regular)
 - d) 4 (bastante)
2. Del 1 al 4 (siendo 1 muy poco y 4 bastante), ¿Qué tanto consideras que conoces sobre el tema (habilidades comunicacionales)?
- a) 1 (muy poco)
 - b) 2 (poco)
 - c) 3 (regular)
 - d) 4 (bastante)
3. Si alguien te preguntara qué son las habilidades comunicacionales, ¿Qué responderías?
4. En tu opinión, ¿cuáles son las principales habilidades comunicacionales con las que debe contar un profesional de la salud? Escribe 3 habilidades que consideres más importantes.
5. Del 1 al 4 (siendo 1 muy poco y 4 bastante), ¿Qué tan relevante consideras que es aprender sobre habilidades comunicacionales?
- a) 1 (muy poco)
 - b) 2 (poco)
 - c) 3 (regular)
 - d) 4 (bastante)
6. Ordena del 1 al 4 (siendo 1 el más importante y 4 el menos importante) las opciones por las que crees que tú u otros compañeros **deben aprender** sobre las habilidades comunicacionales.
- a) Porque me permite mantener una buena reputación.
 - b) Porque me permite entablar una buena relación médico-paciente.
 - c) Para conseguir que los pacientes estén satisfechos con la atención médica.
 - d) Porque puede lograr que el paciente se comprometa en el tratamiento.
7. ¿Consideras que estas valoraciones han variado desde que iniciaste el entrenamiento?
- a) Sí
 - b) No
8. ¿Cómo calificarías el Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicativas?
- a) Muy bueno
 - b) Bueno
 - c) Regular

- d) Malo
9. ¿En qué aspectos podría mejorar?
- Metodología de trabajo
 - Instructores
 - Pacientes simulados
 - Otro: _____
10. ¿Consideras que el entrenamiento te ha ayudado a desarrollar tus habilidades comunicacionales?
- Sí
 - No
11. ¿Por qué?

¡Muchas gracias por tu participación!

1.3. Guía de preguntas de entrevista de los estudiantes de 4to año de la carrera de medicina²⁰

Guía de Preguntas

Introducción y preguntas iniciales (rompehielos)

¿Me podrías decir tu nombre y tu edad?

¿Por qué escogiste esta carrera? ¿Ya sabes qué especialidad quieres?

Parte I.: Experiencias como paciente, estudiante y médico

- Cuéntame de alguna vez que has tenido que ir al médico, ¿cómo fue?
 - ¿Cómo se comportó el doctor? (actitud, postura, trato, explicación)
 - ¿Qué recomendaciones le darías desde tu perspectiva de estudiante?
 - ¿Cómo calificarías esta experiencia? ¿Por qué?
- Durante tu experiencia como estudiante, ¿Alguna vez has observado cómo atienden los doctores a los pacientes? Cuéntame la que más recuerdes o que haya sido más significativa para ti. (cómo fue, comentarios del doctor, qué le dijiste/hiciste, cómo se solucionó, qué pensaste)

²⁰ El consentimiento informado se envió a los estudiantes a través del correo electrónico, para ser devuelto con su firma digital. De todas maneras, al iniciar la conversación se vuelve a solicitar el permiso de grabación y se brinda una explicación sobre el objetivo de la entrevista.

3. Hasta el momento en tu carrera, ¿has tenido la oportunidad de conversar o atender a algún paciente? ¿Cómo te fue?
 - a. ¿Cómo habrías mejorado esa interacción?

Parte II. Experiencias en el Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales

4. ¿Qué has escuchado del Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales que hace el profesor Tato Guerra? (de amigos, profesores, otros años)
 - a. En base a lo que has escuchado, ¿qué esperas aprender del entrenamiento?
 - b. ¿Te sientes motivado a participar? ¿Por qué?
 - c. ¿Qué tal la estás pasando hasta ahora?
5. De las sesiones del Programa de Entrenamiento que has tenido hasta el momento, ¿Cómo ha sido tu experiencia al realizar las actividades? Cuéntame. (simulaciones de comunicación y clown)
 - a. ¿Qué comentarios recibiste respecto a tu participación? (instructor, compañeros, doctor, actor)
 - b. ¿Cuál o cuáles actividades te han gustado más? ¿Y menos? ¿Por qué? (cómo se sienten, opiniones sobre gusto/utilidad/obligación/otros)
 - c. Si no existiera el programa, ¿De qué forma entrenarías tus habilidades comunicativas?
6. Cuéntame una situación en la que en tu equipo hayan tenido diferentes perspectivas sobre cómo se debería tratar al paciente o desarrollar la relación con el paciente. (estructura de la experiencia qué dijeron, cómo lo resolvieron)
 - a. ¿Con qué idea estabas de acuerdo? ¿Por qué?
 - b. Si pudieras volver a ese momento, ¿cambiarías alguna de las cosas que hicieron? ¿Cuál y por qué?
 - c. ¿Crees que tus compañeros estarían de acuerdo? ¿Por qué? (qué piensan sus compañeros)
7. Respecto a lo que has aprendido en el Programa de Entrenamiento, ¿crees que has logrado aplicar las habilidades comunicacionales? Cuéntame.
 - a. ¿Qué comentarios recibiste respecto a este comportamiento de parte de tus compañeros, doctores o pacientes? ¿Estás de acuerdo con lo que te dijeron?

Parte IV. Las habilidades comunicacionales aprendidas y no aprendidas

8. Hasta el momento en tu carrera, ¿qué crees que has aprendido en cuanto al trato y relación con el paciente? (qué significado tiene para ellos)
 - a. ¿Crees que puedes aprender más al respecto? ¿Cómo?
 - b. ¿Crees que tus experiencias personales pueden influir en tu aprendizaje?
¿Cómo?
9. Después de todo lo que me has contado, ¿Cómo dirías que “debe ser” el médico con el paciente? (su rol en la relación, cómo debe comportarse, qué habilidades debe desarrollar)
10. ¿Qué piensas de tu desempeño como médico o aspirante a médico hasta el momento?
 - a. ¿En qué aspectos crees que podrías mejorar?

Cierre.

Muchas gracias por tu participación, es un gran aporte para mi investigación.

1.4. Guía de preguntas de entrevista de los estudiantes de 5to año de la carrera de medicina

Introducción y preguntas iniciales (rompehielos)

¿Me podrías decir tu nombre y tu edad?

¿Por qué escogiste esta carrera? ¿Ya sabes qué especialidad quieres?

Parte I. Experiencias como paciente, estudiante y médico

1. Cuéntame de alguna vez que has tenido que ir al médico, ¿cómo fue?
 - a. ¿Cómo se comportó el doctor? (actitud, postura, trato, explicación)
 - b. ¿Qué recomendaciones le darías desde tu perspectiva de estudiante?
 - c. ¿Cómo calificarías esta experiencia? ¿Por qué?
 - d. Complementar con experiencia (si dio una positiva, que diga una negativa)
2. Durante tu experiencia como estudiante, ¿Alguna vez has observado cómo atienden los doctores a los pacientes? Cuéntame la que más recuerdes o que haya sido más significativa para ti. (cómo fue, comentarios del doctor, qué le dijiste/hiciste, cómo se solucionó, qué pensaste)
3. Antes de iniciar con las actividades del Programa de Entrenamiento, ¿has tenido la oportunidad de conversar o atender a algún paciente? ¿Cómo te fue?
 - a. ¿Cómo habrías mejorado esa interacción?

Parte II. Experiencias en el Programa de Entrenamiento de Habilidades Comunicacionales

4. De las actividades del programa de entrenamiento que has hecho entre el año pasado y este año, ¿Qué tal la has pasado? (motivación)
 - a. ¿Tenías referencias previas sobre el Programa?
 - b. ¿Cómo crees que lo estén llevando otros compañeros?
5. Durante las sesiones del Programa de Entrenamiento, ¿Cómo ha sido tu experiencia al realizar las simulaciones (de comunicación)? Cuéntame.
 - a. ¿Qué comentarios recibiste respecto a tu participación? (instructor, compañeros, doctor, actor)
 - b. ¿Qué aspectos del Programa te han gustado más? ¿Y menos? ¿Por qué? (cómo se sienten, opiniones sobre gusto/utilidad/obligación/otros)
6. En las **simulaciones** de comunicación (como espectador o a momento de dar retroalimentación), cuéntame una situación en la que tú y tus compañeros hayan tenido diferentes perspectivas sobre cómo se debería tratar al paciente o desarrollar la relación con el paciente. (estructura de la experiencia qué dijeron, cómo lo resolvieron)
 - a. ¿Con qué idea estabas de acuerdo? ¿Por qué?
 - b. Si pudieras volver a ese momento, ¿cambiarías alguna de las cosas que hicieron? ¿Cuál y por qué?
 - c. ¿Crees que tus compañeros estarían de acuerdo? ¿Por qué? (qué piensan sus compañeros)
 - d. Fuera de las simulaciones o las clases, ¿han conversado sobre este tema?
7. ¿Crees que has logrado aplicar las habilidades comunicacionales que has aprendido en el entrenamiento? Cuéntame de un caso real (no simulado) en el que las hayas aplicado.
 - a. ¿Qué comentarios recibiste respecto a este comportamiento de parte de tus compañeros, doctores o pacientes? ¿Estás de acuerdo con lo que te dijeron?

Parte III. Las habilidades comunicacionales aprendidas y no aprendidas

8. Hasta el momento, ¿qué crees que has aprendido en cuanto al trato y relación con el paciente? (qué significado tiene para ellos)
 - a. ¿Qué partes de este aprendizaje crees que ha sido por lo enseñado en el Programa de Entrenamiento? ¿Por qué?

- b. ¿Crees que tus experiencias personales han influido en este aprendizaje?
¿Cómo?
9. Después de todo lo que me has contado, ¿Cómo dirías que “debe ser” el médico con el paciente? (su rol en la relación, cómo debe comportarse, qué habilidades debe desarrollar)
10. ¿Qué piensas de tu desempeño como médico o aspirante a médico hasta el momento?
- a. ¿En qué aspectos crees que podrías mejorar?

Cierre.

Muchas gracias por tu participación, es un gran aporte para mi investigación.



ANEXO 2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis de pregrado, Lima.

El propósito de este protocolo es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por Sofia Medina Bello de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es indagar acerca de las valoraciones, opiniones, experiencias e ideologías de los estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de medicina, en torno a las habilidades comunicacionales y su aprendizaje de estas durante el Programa de Entrenamiento dirigido por el profesor Alberto Guerra García de la Facultad de Medicina de la universidad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una entrevista, lo que le tomará entre 45 y 60 minutos de su tiempo. La conversación será grabada, así el investigador o investigadora podrá transcribir las ideas que usted haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

Su participación será voluntaria y anónima. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes y escribir al correo "sofia.medina@pucp.edu.pe". Además, puede finalizar su participación en cualquier momento sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Nombre completo del (de la) participante:

Firma: _____ Lima, 2020.

Nombre de la investigadora responsable:

Sofia Medina Bello

Firma: _____ Lima, 2020.