

43

ESTRATEGIA DIDÁCTICA DE APOYO PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

DIDACTIC SUPPORT STRATEGY FOR EFFECTIVE COMMUNICATION IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Leslie Michel Avilés Valverde¹

E-mail: eleslie78@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9760-9434>

¹Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Avilés Valverde, L. M. (2023). Estrategia didáctica de apoyo para una comunicación efectiva en la relación médico-paciente. *Revista Conrado*, 19(90), 389-393.

RESUMEN

La relación médico-paciente ha estado siempre dentro de los preceptos hipocráticos. El paradigma de esta figura expresa humanismo, científicidad y solidaridad, entre otros. El objetivo de esta investigación es diseñar una estrategia didáctica enfocada a los docentes de medicina, para propiciar una adecuada relación comunicativa médico-paciente. La metodología utilizada fue la cualitativa, en busca de las transformaciones curriculares; y los métodos utilizados: los teóricos, el histórico lógico y el inductivo deductivo; y desde la praxis educativa, la observación y la revisión documental. Los resultados fundamentales están dados en el diagnóstico, las acciones planteadas en función del diseño, ejecución y control de la estrategia, la cual cuenta con sus criterios de implementación y sus evaluaciones. Se puede concluir que las facultades de Medicina en el contexto sudamericano cuenta con un material didáctico en función de contribuir a las buenas prácticas de la relación médico-paciente.

Palabras clave:

Curriculum, Relación médico paciente, método basado en evidencia, método clínico

ABSTRACT

The doctor-patient relationship has always been within the Hippocratic precepts. The paradigm of this figure expresses humanism, scientificity and solidarity, among others. The objective of this research is to design a didactic strategy focused on medicine teachers, to promote an adequate doctor-patient communicative relationship. The methodology used was qualitative, in search of curricular transformations; and the methods used: the theoretical, the historical logical and the inductive deductive; and from educational praxis, observation and documentary review. The fundamental results are given in the diagnosis, the actions proposed based on the design, execution and control of the strategy, which has its implementation criteria and its evaluations. It can be concluded that the Faculties of Medicine in the South American context have didactic material in order to contribute to the good practices of the doctor-patient relationship.

Keywords:

Curriculum, doctor-patient relationship, evidence-based method, clinical method

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente (RMP) en los centros hospitalarios consta de dos dimensiones. La primera, referente a la comunicación que se establece en el binomio médico-paciente. La segunda es la dedicada a la docencia médica, donde se establece un proceso de enseñanza-aprendizaje que habrá de ajustarse a las exigencias curriculares, lo cual incluye el modo en que el docente debe preparar a sus estudiantes para establecer este proceso dialógico con sus pacientes.

La historia de la relación médico-paciente es más antigua que la medicina misma. Cuando esta última se encontraba aún en sus albores, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel otro (chamán, sacerdote u otros) responsabilizado por un imperativo social: el restablecimiento de la salud del que se enfermaba. Es posible descubrir referencias sobre la relación médico-paciente en casi todas las civilizaciones antiguas, con sus respectivas concepciones místicas dominantes, que veían al médico como un representante de los dioses. Consideraban que dicha relación había sido engendrada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos. (Rodríguez, 2008)

Referente a la denominación médico-paciente, Alfonso (2017) retoma las ideas de Gracia D:

“la relación clínica es aquella que tiene lugar entre una persona que considera su salud amenazada y alguien que posee el saber y la técnica para hacer frente a la enfermedad y restaurar la salud comprometida o en riesgo. Tradicionalmente se hablaba de la relación médico-enfermo. Pero hoy, como resultado de los acontecimientos que han afectado la práctica de la medicina, la cuestión se nos presenta mucho más compleja”. (Alfonso, 2017)

Este término, el cual proviene de las concepciones de Hipócrates, donde el especialista es el médico, el conocedor, y por tanto el decisor, pues quien acude a atenderse no tiene el conocimiento de la enfermedad, la capacidad de salud para ello, entre otros argumentos. En los tiempos actuales, donde se permite involucrar no solo al paciente, sino a sus familiares, este es visto como una persona pasiva. El enfermo, es más acuñado a lo clínico, y existe otra corriente que prefiere denominar, cliente, usuario e interesado, entre otras. En esta investigación se ha decidido acogerse al término médico-paciente.

Esta investigación enfatiza en la segunda dimensión, antes mencionada, de la relación médico paciente (en lo adelante RMP), la cual se genera en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y que tiene lugar en los centros

hospitalarios. Los docentes médicos tienen dentro de su misión, constituir un paradigma de sus alumnos.

En el mundo académico y en el ejercicio práctico de la Medicina, predomina la creencia de que para el desempeño profesional es suficiente el conocimiento biomédico y técnico. Sin embargo, existen suficientes evidencias que muestran que el desempeño médico se ve impactado por factores distintos a las competencias “duras” de la profesión. Uno de tales factores, y probablemente el más importante, es la RMP, que para ser conducida con maestría requiere de entrenamiento específico y sistemático. Además de describir los factores que han hecho más compleja la RMP y los impactos específicos que tiene, se reporta una experiencia de entrenamiento en el manejo de esta relación con médicos de Clínica Las Condes. (Ibañez, 2005)

Ibañez (2005) refleja la importancia de las relaciones humanas establecidas en el proceso de la RMP. Un paciente atendido con amor, con profesionalismo, con afecto y respeto, recibe un efecto preventivo y curativo, como valor agregado por encima de los tratamientos indicados. Estas buenas prácticas transmitidas del médico profesor a sus alumnos, futuros profesionales de la salud pública, reviste extrema importancia, pues esos ejemplos perduran y pasan de generación en generación, incluso, llegan a constituir una escuela con sus características distintivas.

El método clínico o “proceso del diagnóstico”, constituye la secuencia de los pasos ordenados que todo médico debe aplicar en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales y consiste en: formulación por el enfermo de su problema de salud; obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos obtenidos en el interrogatorio y examen físico del paciente) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final, por intermedio de una contrastación que, en la mayoría de las circunstancias, se realiza a través de análisis de laboratorio, exámenes radiológicos y/o empleo de otras modernas tecnologías. Concluido el proceso y tomadas en consideración las mejores evidencias existentes, el médico estará en condiciones de decidir el tratamiento acorde al diagnóstico formulado. (Falcón & Navarro, 2010)

Con el desarrollo tecnológico el área de las ciencias médicas, por un lado, ha incorporado en el análisis de los galenos, herramientas complementarias para coadyuvar a la toma de decisiones, y por el otro, las asignaturas del pensum académico de la formación de los médicos se ha beneficiado, como es el caso de la fisiología, morfología, ortopedia y neurología, entre otras.

La Medicina basada en evidencia se define como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes” (Prof. David Sackett). Destaca la importancia del examen de las evidencias procedentes de la investigación científica y resta importancia al papel de la intuición, de la experiencia clínica no sistemática y del razonamiento fisiopatológico como motivos suficientes para tomar decisiones clínicas. La utilización de las evidencias científicas, no obstante, debe ser consciente y sensata, enjuiciando siempre la calidad y aplicabilidad de las evidencias halladas. (Vega et al., 2009)

En la docencia de los actuales diseños curriculares se apuesta por una conjugación de ambos métodos, lo cual garantiza una formación integral de los estudiantes de Medicina, donde sus valores fundamentales declarados son: humanización, ética médica, compromiso social, entre otros, son características de este tipo de profesional.

Cuando basamos nuestro diagnóstico únicamente en las pruebas que pedimos y no en la anamnesis o la exploración, corremos el riesgo no solo de saltarnos el origen del problema, sino de perdernos una parte preciosa de nuestra profesión. Estamos desaprovechando nuestra capacidad como médicos de mirar el cuerpo de un paciente de una forma sencilla a través de los sentidos; estamos perdiendo la oportunidad de crear un vínculo entre el médico y su paciente. Debemos ser conscientes de que el enfermo nos cuenta cosas que tal vez no cuente a nadie más, que se desviste, te permite tocarle y explorarle como probablemente no le permita a nadie más. Si acortamos ese proceso sin escuchar sus necesidades o auscultándole deprisa, a través de la ropa, sin realizar un examen completo, estamos perdiendo una gran oportunidad de conectar con él. (De Diego et al., 2019)

De Diego et al. (2019) incorpora un elemento clave en ambas dimensiones antes mencionadas, respecto a la primera, “vista hace fé” y el paciente siente que fue atendido correctamente. En relación con la segunda, los alumnos van incorporando en su formación el Método clínico, principal procedimiento utilizado en las buenas prácticas clínicas sugeridas por un número importante de hospitales en América Latina y Europa. En los últimos años, este se ha visto degradado por la deshumanización de los médicos al utilizar de forma irracional la medicina basada en evidencia.

Las universidades deben, desde el currículo, incorporar en los estudiantes la necesidad de establecer una armonía dialógica entre médicos y pacientes, desde sus prácticas tanto en el pre como en el posgrado.

Por esta razón el objetivo fundamental de esta investigación es diseñar una estrategia didáctica enfocada a los docentes de Medicina para propiciar una adecuada comunicación en la relación médico-paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se realizó sobre la base de una metodología cualitativa (Buendía et al., 1998).

Los métodos teóricos fundamentales fueron el histórico lógico y el inductivo deductivo, y desde la praxis educativa, la observación y la revisión documental.

Además, se aplicó la definición y los procedimientos de Valle (2007) relacionados con la estrategia didáctica.

La estrategia constituye un conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas, las cuales partiendo de un estado inicial (dado por el diagnóstico) permiten dirigir el paso a un estado ideal resultante de la planeación. Los componentes del sistema son:

- La misión
- Los objetivos
- Las acciones, los métodos y procedimientos, los recursos, los responsables de las acciones y el tiempo en que deben ser realizadas.
- Las formas de implementación.
- Las formas de evaluación. (Valle, 2007)

Pasos del diseño de la estrategia

Etapa: 1

Objetivo: Capacitar a los docentes médicos con sólidos contenidos científicos y pedagógicos, que garanticen los conocimientos, habilidades y valores de los educandos para resolver problemas del ser humano, entendido este como psico-biológico-social.

La misión antes definida estuvo en correspondencia con la existente en las Facultades de Medicina de nuestro entorno.

Etapa: 2

Objetivo: Concebir una preparación didáctica dirigida a los docentes de la Carrera de Medicina para la transformación de la comunicación en la relación médico-paciente.

Etapa: 3

Acciones: Definir las acciones, métodos y procedimientos, recursos, responsables de las acciones y el tiempo en que deben ser realizadas. (Tabla 1)

Esta etapa fue de vital importancia, pues organizó y determinó lo que se debía hacer, con que recursos didácticos y quiénes serían los reponsables en cada una de las acciones planificadas. El tiempo se muestra en diagrama de Gantt, teniendo en cuenta que la estrategia ha sido programada para su implementación en dos períodos académicos, cada uno con dos cohortes intermedios. (Tabla 2)

Tabla 1. Etapa 3

No.	Acciones	Métodos	Recursos	Responsables
1	Aprobar el programa de capacitación para la relación médico-paciente	Colaborativo	Diseño curricular	Director de Carrera
2	Ejecutar la marcha el programa	Eurístico	Plataforma interactiva. Consultas y consultorios	Docentes en ejercicios
3	Controlar al programa en ejecución	Evaluación 3600	Encuesta a los estudiantes para medir la satisfacción	Director de Carrera
4	Elaborar guía de buenas prácticas clínicas por áreas de rotación de los alumnos	Colaborativo y cooperativo	Folleto de buenas prácticas clínicas.	Profesores que se están capacitando
5	Controlar las actividades de interacción médico-paciente	Verificación de comportamiento.	Rúbrica de evaluación.	Jefe de carrera
6	Medir la satisfacción de los pacientes.	Verificación de comportamiento.	Lista de criterios del comportamiento.	Jefe de carrera

Tabla 2. Digrama de Gantt

No. acción	Período 1			Período 2			Examen final
	Parcial 1	Parcial 2	Final período	Parcial 1	Parcial 2	Final período	
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Etapa 4.

Las formas de implementación y evaluación

Para estas se realizó la unificación de las dos últimas etapas según Valle Lima (2007), de cada una de las acciones de la estrategia propuesta.

1. Aprobar el programa de capacitación para la comunicación en la relación médico-paciente.

Se presenta el diseño de la estrategia al consejo directivo, el cual de forma oficial aprueba la implementación, y posteriormente continúa según los canales correspondientes.

2. Ejecutar la marcha del programa.

Se comienza a implementar la estrategia en cada espacio donde exista interacción del médico con el paciente, a la cual asisten los estudiantes, tanto de pregrado como de posgrado.

3. Controlar al programa en ejecución.

La dirección de la carrera designa a los docentes de mayor categoría, o cuyas funciones sean las de asesoramiento académico, a las actividades donde se desarrollará la estrategia. Para ello, utilizarán la evaluación 3600 y acopiarán información de colegas, alumnos, pacientes y directivos, entre otros implicados en el proceso. (Obando, 2020)

4. Elaborar guía de buenas prácticas clínicas por áreas de rotación de los alumnos.

El consejo directivo realiza actividades didácticas sistemáticas para designar el modo de desarrollar la forma de comunicación, asociados a los aprendizajes, desde un paradigma constructivista y de los aportes tecnológicos para la toma de decisiones. (López et al., 2021)

5. Controlar las actividades de interacción comunicativa médico-paciente.

Se realiza por las personas designadas por el director de carrera, y a través de la rúbrica de evaluación propuesta en la estrategia, una evaluación del proceso donde se implementó la estrategia, con el fin de establecer las mejoras de esta.

6. Medir la satisfacción de los pacientes.

En última instancia, la estrategia persigue que el paciente alcance una satisfacción favorable, y por ello se aplica una verificación de comportamiento, consistente en una lista de criterios orientados a establecer el nivel de satisfacción del paciente. (Monserrat et al., 2013)

CONCLUSIONES

Se ha diseñado una estrategia didáctica enfocada a los docentes de Medicina, la cual tiene el propósito de propiciar una adecuada comunicación de la relación médico-paciente. Las acciones contempladas en ella deben ser ejecutadas de forma consciente y sistémica. Los métodos de aplicación y evaluación de las acciones propuestas han considerado los factores que intervienen en el proceso docente educativo de la carrera de Medicina, y los tiempos establecidos se ajustan al logro de los objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfonso, M. F. (2017). La relación médico-paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Perú Ginecología Obstetricia*, 63(4), 555.

Buendía Eisman, L., Hernández Pina, F., & Colás Bravo, M. P. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.

De Diego Castella, M., González González, J., García López, E., & Castell Alcalá, M. (2019). La esencia de la relación médico-paciente de calidad. *Journal of Healthcare Quality Research*, 34(2), 112-113.

Falcón Hernández, A., & Navarro Machado, V. (2010). El método clínico y la medicina basada en la evidencia. Algunas consideraciones. *Medisur*, 8(5), 131-133. <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1341/363>

Ibáñez, C. S. (2005). La relación médico-paciente (RMP): más allá de la cortesía y de la amabilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16(1), 30-35.

López Fernández, R. Nieto Almeida, L. E., Vera Zapata, J. A., & Quintana Álvarez, M. R. (2021). Modos de aprendizaje en los contextos actuales para mejorar el proceso de enseñanza. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(5), 542-550.

Monserrat Lozano, S., García Seco, J., García Seco, F., Lozano Hernández, M., Seco Segura, M., Moreno-Fernández, J., ... & Sánchez Covisa, M. (2013). Valoración de la satisfacción y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con infusión subcutánea continua de insulina comparado con multidosis de insulina. *Enfermería Clínica*, 23(3), 96-102.

Obando Freire, F. L. (2020). Sistema de métodos para el desarrollo de la independencia cognoscitiva en la formación de los estudiantes de la carrera de Medicina. *Universidad y sociedad*, 12(2), 442-446.

Rodríguez Arce, M. A. (2008). *Relación médico-paciente*. Ciencias Médicas.

Valle Lima, A. D. (2007). *Metamodelos de La Investigación Pedagógica*. Pueblo y Educación.

Vega de Céniga, M., Allegue-Allegueb, N., Bellmunt-Montoyac, S., López-Espadad, C., Riera-Vázquez, R., Solanich-Valldauraf, T., & Pardo-Pardog, J. (2009). Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Angiología*, 61(1), 29-34.