



Revista de la Facultad de Medicina

ISSN: 2357-3848

ISSN: 0120-0011

Universidad Nacional de Colombia

Sánchez-Angarita, Jacinto

La dimensión comunicativa en la formación del médico:
una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente

Revista de la Facultad de Medicina, vol. 65, núm. 4, 2017, Octubre-Diciembre, pp. 641-648

Universidad Nacional de Colombia

DOI: 10.15446/revfacmed.v65n4.59892

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576364414017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>

La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente

The communicative dimension in medical training: A proposal to strengthen the doctor-patient relationship

Recibido: 02/09/2016. Aceptado: 11/11/2016.

Jacinto Sánchez-Angarita¹

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de Obstetricia y Ginecología - Bogotá D.C. - Colombia.

Correspondencia: Jacinto Sánchez-Angarita. Grupo de Apoyo Pedagógico, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, edificio 471, oficina 136. Teléfono: +57 1 3165000, extensión: 15167. Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: jsancheza@unal.edu.co.

| Resumen |

La pretensión de esta disertación es reflexionar sobre la formación de los médicos en la dimensión comunicativa y su impacto en la relación médico-paciente. Se realiza un abordaje histórico de lo que se considera formación médica y su incidencia en la práctica clínica, esto con el ánimo de proponer una reflexión sobre la conexión entre la estrategia didáctica del aprendizaje basado en problemas (ABP), la formación de los médicos en el área específica de comunicación y la relación médico-paciente. Esto se realizó reconociendo los valores bioéticos, morales, sociales, culturales, comunicativos, entre otros, que fomentan que la atención al paciente adquiera un sentido humanizado y refleje una ética del cuidado de la salud en el sector salud.

A partir de estos planteamientos se deriva una propuesta para fomentar la educación desde la estrategia didáctica ABP que favorezca la formación en la dimensión comunicativa, esto con miras a promover la integración de las diferentes disciplinas, la construcción de aprendizaje significativo, el trabajo interdisciplinario, la resolución de problemas con una visión holística, la búsqueda de información para resolver las situaciones de aprendizaje, la toma de decisiones y las formas de comunicación con los pacientes y con interés a fortalecer la relación médico-paciente.

Palabras clave: Aprendizaje basado en problemas; Educación basada en competencias; Educación médica; Comunicación en salud (DeCS).

.....
Sánchez-Angarita J. La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente. Rev. Fac. Med. 2017;65(4):641-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>.

| Abstract |

The aim of this dissertation is to reflect on medical training in relation to the communicative dimension and its impact on the doctor-patient relationship. A historical approach to what is considered as medical training and its incidence on clinical practice is made in order to propose a connection between problem-based learning (PBL), the specific training of physicians in communication, and the doctor-

patient relationship. This was done by recognizing the bioethical, moral, social, cultural, communicative values, among others, involved in patient care to acquire a humanized approach and depict the ethics of health care in the health sector.

Based on these approaches, a proposal is made to promote education considering the PBL teaching strategy that favors training in the communicative dimension, in order to promote the integration of disciplines, the construction of meaningful learning, interdisciplinary work, and problem solving with a holistic vision. Additionally, obtaining information to solve learning situations, making decisions and finding ways of communicating with patients is intended with the purpose of strengthening the doctor-patient relationship.

Keywords: Problem-Based Learning; Competency-Based Education; Education, Medical; Health Communication (MeSH).

.....
Sánchez-Angarita J. [The communicative dimension in medical training: A proposal to strengthen the doctor-patient relationship]. Rev. Fac. Med. 2017;65(4):641-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>.

Introducción

El presente ensayo parte de la importancia de la formación integral en medicina, en donde se destaca la formación humana con componentes bioéticos y se toma como eje central el paradigma biopsicosocial. Asimismo, es evidente la crisis actual de la relación médico-paciente reseñando algunos problemas políticos, sociales, psicológicos y técnicos.

En el presente artículo se refieren algunos componentes de la violencia y agresión a los profesionales de la salud en el sitio de trabajo y se mencionan algunos componentes de la relación médico-paciente que fomentan esta situación en las condiciones laborales de los médicos. Del mismo modo, se evidencia la mala práctica en medicina y algunos de sus componentes como la dimensión comunicativa de la relación médico-paciente y se avanza en la reflexión con la formación en educación, apoyada en algunos referentes teóricos desde la bioética, los valores y lo moral como componentes importantes en la educación universitaria. Luego, se

plantea la conexión entre el aprendizaje basado en problemas (ABP) y la formación en la dimensión conmutativa, promoviendo así el debate sobre una concepción integral de la salud; por último, se avanza en esta disertación con la dimensión comunicativa, tomándola como un componente fundamental en la relación médico-paciente.

La excelencia en la práctica médica está determinada por la competencia y el desempeño científico-técnico y por la calidad del entorno, la dimensión comunicativa y la ética en el ejercicio. Esto justifica que el médico domine los elementos esenciales de la comunicación humana y la entrevista como componentes esenciales en la relación médico-paciente en función de elevar la calidad de los servicios de salud y de minimizar los riesgos y las demandas por la mala práctica y todas las insatisfacciones asociadas a los problemas de la comunicación que se generan en el paciente (1).

En la actualidad existe una gran preocupación por los problemas de comunicación y por los diversos conflictos en la relación médico-paciente. Es importante recordar que la enfermedad tiene un aspecto psicológico, uno social y otro somático, es decir, la enfermedad es un problema psicosociosomático (2). Con frecuencia, los médicos solo se enfocan en la parte somática y en el problema fisiobiológico del paciente y se olvidan que la enfermedad afecta de manera muy importante la parte psicológica y social.

La cristalización de esta relación interpersonal se ha visto interrumpida por el desinterés del personal de salud —no de manera generalizada, claro está—, por el desconocimiento del ser humano que se encuentra detrás del problema de salud y por considerarlo como un caso clínico más sometido a su conocimiento. Esta situación, sumada al uso indiscriminado de tecnologías modernas de diagnóstico, a múltiples tareas asistenciales, a interconsultas y a derivaciones, limita de forma considerable el enlace y conocimiento personalísimo entre las partes y, además, eleva los costos de la consulta médica. En resumen, muchas veces el paciente es contemplado por el médico solo como una patología y es víctima de violaciones en sus derechos básicos como la información, la comunicación, la confidencialidad, la privacidad y la autonomía durante el proceso de atención médica (3).

Para Rodríguez-Arce (4), el paciente le entrega al médico su patrimonio más importante y le relata su padecimiento de la forma más íntima y auténtica posible, en muchos casos a partir de una interpretación personal de su sintomatología, lo que lleva al médico a conocer más de la persona.

Antecedentes del problema

En Cuba, Laird *et al.* (5) realizaron una investigación cualitativa de corte pedagógico llamada “Implementación de un banco de valores éticos-morales, ideopolíticos y culturales en uno de los procesos formativos de la carrera de medicina”; este estudio tuvo como objetivo contribuir a la formación integral del médico general y sus resultados fueron positivos en los aspectos cognitivo, afectivo y motivacional.

En otra investigación realizada en la Universidad del Valle por Angulo *et al.* (6), el eje de estudio fue la importancia y preocupación por la formación integral de los profesores de la Facultad de Salud de esta institución. Los investigadores concluyeron que, pese a la claridad de las políticas institucionales sobre formación integral y la coherencia que se encuentra entre aquéllas y lo que los propios profesores plantean como sus ideas y sentimiento de acción, existen brechas sobre las cuales se requiere el trabajo conjunto de todos los actores involucrados para lograr la meta.

En la Universidad del Bosque se hizo una propuesta para formar médicos dentro del paradigma biopsicosocial:

“Esta perspectiva orientó tanto la estructura como la organización curricular del programa, conformándose tres áreas de conocimiento: bioclínica, psicosocial y comunitaria. Estas áreas aglutinan en su interior grupos funcionales interdisciplinarios encargados de contextualizar los saberes y quehaceres útiles, pertinentes, relevantes para la formación de un médico general” (7, p24).

Para Ruiz-Rubiano (8),

“El área comunitaria participa, solidaria y cooperativamente, en la formación de médicos generales integrales que sean capaces de reconocer y actuar en la complejidad de la vida, en los procesos de salud y enfermedad. Para lograrlo fortalece en los estudiantes sus competencias ciudadanas de interacción social (relación médico paciente), de discernimiento para pensar, elegir y decidir formas de intervención orientadas a promover la salud, prevenir y/o tratar la enfermedad. Acciones coordinadas con las decisiones de los individuos y las comunidades” (8).

A pesar de esta filosofía, la proyección que ha tenido la Escuela Colombiana de Medicina desde sus inicios en las prácticas clínicas hospitalarias de segundo y tercer nivel ha priorizado la formación biológica sobre la psicosocial; para un buen número de los egresados el ejercicio de esa integralidad que se enseña sigue siendo una utopía difícil de abordar en la práctica.

Crisis actual de la relación médico-paciente

La salud es un valor muchas veces más proclamado que puesto en práctica; este no solo es un derecho, sino una responsabilidad social e individual que no depende en exclusiva de los médicos y de la medicina, pues en su construcción intervienen todos los sectores del conocimiento y de la actividad humana (9).

En la actualidad, según Borrone (10), más del 50% de los médicos consultados en una encuesta reportaron haber sufrido algún tipo de agresión verbal o física significativa durante el ejercicio de su profesión. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud proponen una definición de violencia personal, adoptada de la Comisión Europea, que incluye todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, con la implicación de que se amenace de forma explícita o implícita su seguridad, bienestar o salud (11).

Los médicos han estado resignados durante años y han prestado poca atención a las agresiones que sufrían por parte de sus pacientes, situación que parece empeorar si se tiene en cuenta el incremento paulatino de los episodios de agresiones verbales o físicas a los profesionales en los centros sanitarios. Para Martínez-Pereda (12), entre las posibles causas del aumento de la agresividad y de la conflictividad contra el médico se encuentran la masificación de las salas de espera, la falta de atención rápida y eficaz, los pacientes con complicaciones mentales, la marginalidad, la drogadicción, las negativas a prescribir un medicamento, la falta de prioridad en la atención, la muerte inesperada, la escasez de personal y la falta de seguridad.

Un estudio realizado entre médicos de Inglaterra y Gales ha puesto de manifiesto que las conductas de agresividad hacia el profesional son muy frecuentes en el ámbito ambulatorio. Para la Organización Médica Colegial de España (13), más de la mitad de los médicos que

respondieron a la encuesta (63%) había sufrido durante el último año algún tipo de agresión.

En el National Health Service English, en 2006, el 11% de los profesionales de hospitales y el 6% de los de sitios de atención primaria refirió haber sufrido una agresión física, el 26% manifestó haberse sentido intimidado y el 21% se sintió acosado por los pacientes o sus acompañantes (14).

El ejercicio de la medicina se desarrolla, por tanto, en un ambiente cada día más hostil y dominado, en muchas ocasiones, por el maltrato. Para manejar esta situación, el médico debe evitar la respuesta agresiva por todos los medios disponibles, aparentar calma y control de la situación y hablar suavemente sin provocar al paciente (15).

Para Martínez-León *et al.* (16), la calidad de vida del médico promedio ha descendido a niveles impensables y los “sistemas de adaptación” que han adaptado muchos profesionales no son los mejores ni para ellos ni, mucho menos, para sus pacientes. El sistema de adaptación frente al honorario reducido de la consulta fue el incremento del número de consultas, lo que redujo de manera drástica el tiempo ofrecido a cada paciente e impulsó el pluriempleo; se cambió calidad por cantidad, pues la consulta es el eslabón fundamental de la actividad asistencial del médico.

Médicos y pacientes se han acostumbrado a consultas de una brevedad extrema, situación que daña a ambas partes: el médico responsable sabe que está menoscabando su profesión y exponiéndose a cometer errores (17), mientras que el paciente no se siente contento y tiene muchas veces la certeza de no haber sido evaluado de forma correcta. Ambos, en definitiva, son víctimas de un sistema perverso que ha reemplazado conceptualmente al binomio médico-paciente por el de prestador-cliente (subproducto del gerenciamiento de la salud aplicado a ultranza).

En Ciudad de México se realizó un estudio de investigación en residentes de diferentes especialidades médicas y se encontraron deficiencias en el conocimiento y en las habilidades de pensamiento para la comunicación clínica en el 80% de los casos; posterior a la intervención educativa, el 70% alcanzó un aprendizaje significativo (18).

En EE. UU. existen otros estudios donde se indaga sobre la satisfacción del paciente en relación con la comunicación. Los problemas percibidos por los pacientes en estas investigaciones fueron los mismos que los observados en Colombia. Uno de estos hallazgos es el uso de términos médicos, que genera malentendidos y afecta en gran medida la percepción del paciente acerca del interés del médico en su atención (19).

En la actualidad, en la profesión médica colombiana inciden dos eventos fundamentales que han cambiado su desarrollo y su práctica diaria y tienden a transformarla de forma radical: por un lado, la Ley 100 de 1993 que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por el otro, el modelo pedagógico inclinado hacia la transmisión de conocimiento médico. De este modo, las prácticas más seguras solo se logran a través de acciones, compromisos y políticas públicas, protocolos, técnicas de verificación, mejoras a los procesos, capacitación al talento humano, etc., pero esto es secundario al desarrollo fundamental de competencias que integren el ser y el deber ser con el hacer, es decir, apoyar al estudiante de pregrado y posgrado para que desarrolle diversos tipos de competencias profesionales como la comunicativa interpersonal y la de trabajo en equipo (20).

Sin embargo, en Colombia, por la explosión descontrolada de facultades, las instituciones formadoras están muy atentas al hacer y al saber (habilidades, destrezas y conocimientos) y enfocan en estos aspectos la evaluación del estudiante. Por lo anterior, un estudio del recurso humano en salud muestra brechas en cuanto a la apropiación

de compromisos frente al quehacer y evidencia las falencias en los procesos de formación (21).

Desde el contexto actual, en una profesión como la medicina, marcada en múltiples casos por la incertidumbre y los hechos fortuitos, es lógico deducir que el desgaste laboral del médico desemboque, en muchos casos, en graves consecuencias para su salud física y mental. Patologías como el *burnout*, el estrés crónico o el síndrome judicial comprometen hoy a un gran número de profesionales de la salud. El índice de insatisfacción profesional entre los médicos ha crecido de manera notoria (22).

La psicología positiva (PP) es definida como el estudio científico del origen y las consecuencias del bienestar psicológico y de las estrategias necesarias para su desarrollo (23), lo que, en contraste con un enfoque centrado en los estados mentales disfuncionales, ofrece enormes oportunidades (24,25). Además, la extensión de estos principios de la PP hacia la relación médico-paciente permite que estos últimos sean tratados por profesionales capaces de ayudarlos a potenciar su bienestar y felicidad, más allá de la simple búsqueda de la cura de sus enfermedades (26,27).

Mucho se ha avanzado respecto a los derechos de los pacientes, pero de forma simultánea se ha descuidado el derecho de los médicos a ejercer su profesión en condiciones acordes con la enorme responsabilidad a que los enfrenta a diario su labor. Por los motivos antes expuestos, esto termina repercutiendo, inexorablemente, en la calidad del servicio de salud.

En términos actuales se puede concebir al hombre como una compleja estructura somatopsicosocioaxiológica en permanente relación con otros y el medio (28). De esto resulta que su sufrimiento puede tener un variado y complejo origen y, asimismo, que para su superación se dispone de una gran diversidad de abordajes, sin caer en los reduccionismos del cuerpo, la mente, la sociedad o el espíritu (9).

No obstante, la relación médico-paciente puede mejorar por diversas técnicas, entre las que se destaca la adecuada formación en una auténtica comunicación humana e interpersonal. (29).

La mala práctica en medicina afecta al quehacer del médico y de la entidad prestadora, al paciente, a la familia y a la sociedad, al tiempo que expone a los profesionales no solo a las exigencias máximas de los códigos morales y legales sino a justos reclamos de la sociedad. El error médico es frecuente y por desgracia inevitable; pretender que no ocurra es olvidar la condición humana del médico, siempre expuesto, en virtud de diversos factores, a la falibilidad de sus acciones. Las estadísticas señalan que en EE. UU. mueren entre 44 000 y 98 000 personas cada año a causa de estos errores; cifra mayor de decesos frente a los causados por las enfermedades más prevalentes de esta época (30). Por otro lado, Calderero *et al.* (31) agregan que en el sistema de atención primaria en salud los casos de mala práctica son más frecuentes a nivel de consulta externa que de hospitalización, aunque estos últimos son de mayor gravedad (31).

Uno de los resultados de la mala práctica corresponde a los problemas de comunicación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, situación que afecta seriamente la seguridad de la atención y es una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional (32).

De acuerdo a la Comisión de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos, el quiebre en la comunicación es mencionado en más del 70% de los eventos considerados como daños graves a los pacientes reportados, superando a otros factores de riesgo como la pobre capacitación técnica de los agentes de salud, la insuficiente evaluación del paciente y la falta del personal necesario para cumplir la tarea (33).

Las órdenes verbales deben ser siempre registradas por escrito y firmadas, pues el hacerlo de forma verbal o telefónica conlleva

a un alto potencial de error (34). En este orden de ideas, desde la perspectiva de Verges *et al.* (35), los problemas de comunicación pueden llevar también a errores de medicalización serios.

Desde la perspectiva del sistema sanitario, se presentan errores como los eventos adversos por el déficit de interacción y comunicación asertiva entre los profesionales; al participar varias personas del equipo de salud, se pueden ocasionar problemas de interpretación o coordinación de todo el equipo (36).

El error médico y la mala práctica son definidos por Ricaurte (37) como una equivocación en la que no existe mala fe ni se pone de manifiesto una infracción. Estas fallas pueden estar referidas al diagnóstico, al medicamento indicado o al error de procedimiento. Según Reason (38), comprender la dinámica causal resulta fundamental, pues mientras las fallas activas en sus formas específicas son difíciles de prever, las condiciones latentes pueden ser identificadas y remediadas con anterioridad. Entonces, se justifica pensar cómo crear una estructura para poder construir un sistema de salud que pueda minimizar los riesgos y tener pocos factores de mala práctica, a pesar de estar en constante exposición a los factores de riesgo en los procesos de atención al paciente.

El artículo 164 del Código de Deontología Médica plantea que “con elevada frecuencia, en un paciente determinado, el elemento de orden ético excede en importancia los aspectos técnico y científico” (39); el mencionado artículo se refiere a la responsabilidad de los docentes de contribuir a la formación integral de los futuros médicos y justifica el que estos deban satisfacer los requerimientos de orden ético en el mayor grado posible.

La formación en educación

En palabras de Nova (40), Zarzal (41), Bruner (42), Neef (43) y Delors (44), la formación integral en educación se construye a través de un trabajo de reflexión crítica sobre las prácticas y de reconstrucción permanente de la identidad personal. La enseñanza, en un modelo pedagógico tradicional, está basada en una relación triádica compuesta por quien enseña (profesor), a quien se le enseña (estudiante) y lo que se le enseña (contenidos); además, se considera que el rendimiento académico es la correspondencia entre el comportamiento del estudiante y los comportamientos institucionalmente específicos que se deben aprender en su momento escolar. Sin embargo, Neef (43) y Delors (44) agregan que es necesario propiciar un conjunto de modelos funcionales que faciliten el análisis del mundo social y las condiciones en las cuales se encuentra el ser humano.

Morin (45) reconoce, entre otros aspectos, la necesidad de enseñar a los estudiantes la condición humana y de comprender la ética y sus relaciones con el universo. En Latinoamérica, la UNESCO trabaja en este sentido, y el informe que Delors (44) presenta a la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI se refiere a la necesidad de aplicar el concepto de educar durante toda la vida, pues permite a la persona adquirir flexibilidad, diversidad y accesibilidad en el tiempo y el espacio.

Para conseguir la formación integral de la persona, se debe partir del concepto de que el ser humano es, en esencia, un ser racional y libre, por lo que se requiere que asuma un mayor compromiso con su propia formación, la cual debe ir más allá de la simple capacitación como fuerza de trabajo requerida para el mercado laboral (46).

La formación de estudiantes de pregrado y posgrado ha sido de creciente interés en los últimos tiempos. Lester & Tritter (47) resaltan la necesidad de hacer modificaciones curriculares para reducir el error y mejorar la seguridad del paciente. Si se parte de que la educación médica es un proceso de socialización, el mismo debe involucrar no solo la adquisición de conocimientos y destrezas clínicas, sino

también la reflexión sobre actitudes y creencias que los estudiantes o profesionales en formación tienen acerca de distintos aspectos relacionados con la praxis profesional (48). En este sentido, en Colombia, el Decreto 80 de 1980 (49), la Constitución Política de Colombia de 1991 (50) y la Ley 30 de 1992 (51) enfatizan que la formación Integral se debe poner en práctica en todas las instituciones formadoras del recurso humano, desde la educación primaria hasta la universitaria.

Lonergan (52) plantea que la estructura de la dimensión moral humana está centrada en el acto de comprensión existencial o deliberativa, es decir, en la aprehensión de lo que es humanamente bueno o humanamente constructivo en cada circunstancia que se presenta en la vida de un ser humano o de una sociedad. La formación integral es educable porque es un continuo dinamismo que se construye o se destruye, se amplía o se reduce y se conquista o se desdeña en cada contexto económico, social, político y cultural y con cada elección existencial concreta (53).

El aprendizaje basado en problemas y la formación integral

La formación en salud pública y atención primaria de la salud (APS) en las universidades es un tema de vital importancia frente a uno de los grandes retos del siglo XXI: subsanar las desigualdades en una generación y alcanzar la equidad sanitaria (54). Para afrontar este reto, muchos de los gobiernos de países desarrollados y en vías de desarrollo han impulsado reformas en sus sistemas de salud, basados en la estrategia de atención primaria en salud. En Perú, el modelo integral de salud basado en familia y comunidad está siendo implementado por el Ministerio de Salud (55).

Para llevar a cabo estas reformas, es indispensable contar con un número suficiente de profesionales de la salud formados en los principios y estrategias de la APS. Surge entonces otro gran reto del XXI: transformar la educación en salud para que se contribuya a reforzar los sistemas de salud (56,57). El ABP es una estrategia didáctica encaminada a facilitar el proceso de enseñanza, aprendizaje y formación del estudiante; en esta se enfatiza el autoaprendizaje y la autoformación, lo que se facilita por la dinámica del enfoque y su concepción constructivista (58). En esta estrategia didáctica el estudiante decide cuáles contenidos o temas debe abordar o estudiar para resolver los problemas o casos objeto de estudio ante una situación problemática o un caso clínico; el estudiante reconoce que tiene ciertas necesidades de aprendizaje, las que traduce en contenidos que debe abordar con diferentes grados de profundidad para comprender el problema y dar soluciones totales o parciales a los interrogantes que se ha planteado, solo o con apoyo del profesor (59).

En primer lugar, en el ABP se plantea que el residente se acerca al problema o caso clínico con unos conocimientos y experiencias previas que le permiten comprender en parte la situación y que, como resultado de la búsqueda de información, surgen nuevas necesidades de aprendizaje (60). En segundo lugar, se sostiene que con esta estrategia didáctica el estudiante identifica sus necesidades individuales de aprendizaje y establece objetivos también individuales de aprendizaje y de formación (61). En tercer lugar, se sostiene que en esta estrategia didáctica el estudiante tiene la oportunidad de autoevaluar su aprendizaje y el desarrollo de competencias que integran conocimientos, habilidades y actitudes (62). Todo esto implica que el estudiante deba ser evaluado por sus pares y por sus tutores de manera formativa, cualitativa e individual (63).

En el ABP se favorecen tres aprendizajes fundamentales para el cumplimiento de las misiones propias de la educación superior. En primer lugar, el aprender a conocer o a aprender, enfocando esos

aprendizajes más al dominio de los instrumentos propios del saber que a la adquisición de conocimientos clasificados y codificados de manera arbitraria (44); en el proceso de aprender a aprender se debe favorecer el ejercicio de la atención, la memoria asociativa y el pensamiento crítico (64). En segundo lugar, se favorece el aprender a hacer desde la perspectiva de encontrar la mejor manera de poner en práctica los conocimientos para transformar el entorno (65). En tercer lugar, se favorece el aprender a convivir, toda vez que en los espacios de socialización del conocimiento el estudiante aprende a comunicarse, a trabajar con los demás y a solucionar conflictos que ocurren como producto de las interrelaciones de los grupos tutoriales (66). En esa dinámica de trabajo los estudiantes y los tutores se reconocen a sí mismos, reconocen sus potencialidades y sus debilidades y se proponen objetivos individuales comunes; de esta forma, el conocimiento de sí mismo y el establecimiento en los grupos de objetivos comunes son condiciones forzosas para el conocimiento del otro (65).

La dimensión comunicativa

Educar es comunicarse afectivamente, por lo cual es necesario crear una atmósfera comunicativa previa con el auditorio que estimule el interés; así, la comunicación en el aula implica la representación de los contenidos que se imparten. Las dificultades en el aprendizaje no solo son por deficiencias intelectuales, sino afectivas. Ninguna actividad docente se desarrolla porque sí; es necesaria la comunicación y la orientación, siendo esta última un proceso permanente que no se agota en una exposición (67).

La dimensión comunicativa tiene sentido cuando se convierte en el ingrediente más importante en la confianza que el médico le genera al paciente (68). Las habilidades de comunicación, el manejo de conflictos, la inteligencia emocional, la relación con los pacientes y con los colegas y el trabajo en equipo constituyen elementos actuales considerados con el mismo rango de importancia que las dimensiones técnicas y clínicas de la competencia profesional médica. Así se ha aseverado desde diversas autoridades de la educación médica tanto a nivel nacional (69) como internacional (70).

Existe evidencia de que solo se citará una pequeña representación respecto a la contribución de una adecuada comunicación en los resultados de salud de los pacientes (71). El profesional de la salud debe ser siempre consciente de la trascendencia de sus comunicaciones y de la necesidad de sus planeamientos, así como de la valoración permanente de sus efectos sobre el paciente. El olvido de este aspecto modular lleva a cometer errores relevantes en la práctica clínica, ya sea por omisión o por comisión en las formas de comunicación (72).

Los aportes de la formación integral en la dimensión comunicativa apuntan a fortalecer las formas de comunicación en la relación médico-paciente, este aspecto se ve reflejado en la satisfacción del paciente, está directamente relacionado con la información transmitida por el médico al paciente y tiene en cuenta las ansiedades del paciente frente a la enfermedad.

Conclusiones

A partir de lo planteado surge la necesidad de reflexionar sobre la formación de los residentes y estudiantes de medicina en comunicación y su incidencia en la relación médico-paciente que se va desarrollando desde el ciclo de clínica en el pregrado. En este proceso de formación es necesario incluir a las EPS, los intermediarios de la salud y las IPS, que por ser entidades privadas privilegian el rendimiento económico frente al social y se preocupan exclusivamente por el proceso medicalizado, curativo, de enfermedades y no de

enfermo. A lo anterior se suma el que en la actualidad algunas de estas instituciones tienen facultades de medicina donde los currículos desarrollan los procesos de formación de recursos humanos basados en problemas precisos y aislados de la integralidad de los organismos de una persona que desempeña su rol vital dentro del grupo social con necesidades básicas.

El deterioro de la relación médico-paciente se ha constituido en una de las principales causas del aumento de las demandas por mala práctica profesional. Considerar al paciente como un ser humano integral, como un sujeto particular, único y acreedor de derechos, presupone el deber del médico, del equipo de salud, del sistema de salud y de la sociedad en general de responderle de forma diligente y peculiar a su aspiración del restablecimiento de la salud e incluso de la salvación de su vida.

Una adecuada relación médico-paciente debe estar sometida a las más estrictas normas éticas, legales y culturales; es necesario que cuente con el suficiente apoyo administrativo para garantizar que paralelo a la relación de confianza exista un sistema que provea rapidez, continuidad, coordinación y accesibilidad del servicio; además se debe tener especial atención al tópico de privacidad, confidencialidad y adecuado manejo de la historia clínica de cada paciente.

Es importante destacar el derecho a la información que tiene el paciente, ya que es un deber ineludible del personal médico hacia él, quien por derecho propio tiene la prerrogativa de conocer todas las incidencias de su proceso de atención médica y evitar, en alguna medida, la presentación de denuncias judiciales que obedezcan a errores médicos o al desconocimiento de diversos aspectos de su diagnóstico y tratamiento.

El factor personal y los valores éticos y morales son los más difíciles de impactar, pues estos, en su mayoría, se inculcan en la formación del individuo dentro de la familia; sin embargo, en Colombia, la situación de violencia urbana y rural y algunos factores económicos que motivan la migración hacen que en la sociedad se dé un alto grado de desintegración del núcleo familiar y pérdida de los valores. Dadas estas circunstancias de desintegración social, los jóvenes que comienzan sus estudios profesionales son menos sensibles y la incorporación de valores de ética y bioética que rigen su ejercicio profesional y la relación médico-paciente es más complicada.

Dentro de la vida universitaria se deben manifestar, tanto de manera implícita y como explícita (talleres, seminarios, prácticas, etc.), una serie de aspectos que favorezcan la formación del estudiante para hacer efectivos los mecanismos que promuevan la seguridad del paciente; entre estos se podrían incluir el trabajo en equipo, la toma de decisiones colectivas, la retroalimentación, el desarrollo de competencias de comunicación, la implementación de una adecuada relación médico-paciente y la investigación y observación propositiva.

En una dimensión de formación del residente en sus emociones, autoestima y reconocimiento de sus debilidades, es importante incluir los principios de la PP que valoran y destacan como importantes el bienestar subjetivo del residente para el éxito académico y que favorecen el desarrollo de virtudes como autoconciencia, inteligencia emocional, autoeficiencia, optimismo y buenas relaciones interpersonales (73). Los investigadores de prestigiosas universidades como las de California, Carolina del Norte, Columbia, Harvard, Michigan, Pensilvania y Stranford han demostrado que los estudiantes que desarrollan este conjunto de características positivas, más allá de los aspectos cognitivo-intelectuales, alcanzan una mayor motivación y una mejor formación académica integral (73,74).

Es prioritario establecer la conexión entre los procesos de aprendizaje con la estrategia didáctica del ABP y la formación de los residentes en la dimensión comunicativa; además, es necesario incluir en el currículo de medicina un curso de psicología positiva para médicos, pues esto, como una forma de enriquecer el proceso

de formación de los residentes, puede ayudar a fortalecer la relación médico-paciente y, por ende, disminuir los errores médicos como consecuencia de la mala práctica.

Se cree que todos estos parámetros incluidos en el currículo de medicina tienen mucho que aportar a la educación en general y a la educación médica en particular (75). Este campo de la psicología puede ser el motor que anime a profesores a cambiar el énfasis desde una enseñanza que por tradición se ocupa de corregir las deficiencias y debilidades de los estudiantes, hacia una práctica docente interesada en identificar sus virtudes y fortalezas y en nutrirlas a través del ABP y experiencial con actividades de retroalimentación, evaluación y consejería apropiadas.

Promover la creación de políticas de educación social de todos los usuarios en el respeto al personal sanitario, uso racional de los recursos sanitarios y conocimiento de la limitación de estos ayudará y servirá para minimizar y controlar el riesgo de violencia, crear un ambiente seguro para el público y para los profesionales de la salud, evitar costos económicos relacionados con el incremento de absentismo y la baja moral del equipo, evitar posibles acciones del personal y evitar el abuso inadvertido del paciente por parte del personal (76). También se debe garantizar la seguridad de los médicos en los centros sanitarios. Además, es muy importante que los profesionales denuncien las agresiones que puedan sufrir en el desempeño de su trabajo.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarada por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. **Lomov BF.** El problema de la comunicación en Psicología. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1989.
2. **Simón MA.** Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, metodologías y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.
3. **Araya-Jácome N, Valerio-Monge CJ.** Mecanismo de prevención de la mala práctica médica. Un enfoque basado en la experiencia Costarricense. *Rev. Latinoam. de Derecho Médico y Medicina Legal.* 2003;8(1):27-34.
4. **Rodríguez-Arce MA.** Características esenciales de la relación médico-paciente. In: *Relación Médico-paciente.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 13-45.
5. **Mendoza-Castro AH, Martínez-Hernández O, Rodríguez-Fajardo X.** Formación de valores ético-morales en el profesional de la salud. *Rev. Méd Electrónica.* 2009 [cited 2017 Oct 23];31(6). Available from: <https://goo.gl/g5Qehr>.
6. **Angulo B, González LH, Santamaría C, Sarmiento P.** Formación Integral de los estudiantes: percepción de los profesores de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. *Colombia Médica.* 2007;38(4):15-26.
7. **Rodríguez M.** Formación Integral en la Escuela Colombiana de Medicina. In: *La medicina Familiar en Colombia: experiencia de la Universidad El Bosque.* Bogotá: Universidad El Bosque Facultad de Medicina; 2011. p. 23-25.
8. **Ruiz-Rubiano M, Cárdenas-López H.** Medicina familiar: 15 años de experiencia en la Escuela Colombiana de Medicina-Universidad El Bosque Bogotá. Atlanta: Net Work; 2004.
9. **Morin E.** La mente bien ordenada. Barcelona: Seix Barral; 2001.
10. **Borrone RN.** Relación médico/paciente, en crisis. Buenos Aires: Portal Médico Intramed; 2011.
11. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social service Workers. Washington: OSHA; 1998.
12. **Martínez-Pereda JM.** Los profesionales sanitarios ante el problema de las agresiones. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario; 2005.
13. **Rodríguez-Sendín JJ, Muñoz-García de la Pastora M, Becerra-Becerra JA, García-Poyatos C, Bendaña-Jacome JM, Lago-Barreiro I, et al.** Gresiones 2009. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2009.
14. **Hobbs FD.** Violence in general practice: a survey of general practitioners views. *BMJ.* 1999;302(6772):329-32. <http://doi.org/bstbmj>.
15. **Mezquita E.** Aumentan las agresiones en la Atención Primaria de Valencia. *Diario médico.com.* 2009 Dec 9 [cited 2017 Sep 6]. Available from: <https://goo.gl/GPkdsA>.
16. **Martínez-León M, Queipo-Burón D, Irurtia-Muñoz J, Martínez-León C.** Análisis Médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Rev Esp Med Legal.* 2012;38(1):5-10. <http://doi.org/fx6tqb>.
17. **Hijuelos-Reyes M, Kanan T, Restrepo-Vergara H, Ruiz-Palacios Y.** Calidad en la consulta externa de morbilidad en el hospital cañavalejo de Santiago de Cali, valle del Cauca [tesis]. Cali: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Manizales; 2012.
18. **Rivera-Cisneros AE, Juárez-Díaz N, Martínez-López S, Campos-Castolo M, Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, et al.** Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociada a la práctica médica. *Cir Ciruj.* 2003;71(3):210-6.
19. **Hall RT, Hernández-Arriaga JL, Carranza-Bucio O, Serrano-Frñaco FJ, Martínez-Pérez JA, Rosencran G, et al.** Relaciones médico-paciente. Un estudio empírico. *Medicina y Ética* 2007;18(4):315-36.
20. **Pinilla-Roa AE.** Construcción y evaluación de un perfil de competencias profesionales en medicina interna. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2015.
21. **Prieto-Ávila C.** Seguridad del paciente, Una tarea diaria e imposterable: ¿responsabilidad de quién? *Revista Colombiana Salud Libre.* 2011;6(2):73-9.
22. **Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al.** A multicenter study of burnout, depression and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(11):1435-42. <http://doi.org/b59sg2>.
23. **Seligman ME, Csikszentmihalyi M.** Positive Psychology. An introduction. *Am Psychol.* 2000;55(1):5-14. <http://doi.org/dt4zs8>.
24. **Costa T, Rognoni E, Galati D.** EEG phase synchronization during emotional response to positive and negative film stimuli. *Neurosci Lett.* 2006;406(3):159-6. <http://doi.org/b484xz>.
25. **Shator T, Riccardi AM, Raio CM, Phelps EA.** Neural mechanisms mediating optimism bias. *Nature.* 2007;450(7166):102-5. <http://doi.org/fgc49t>.
26. **Hass JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA.** Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med.* 2000;15(2):122-8. <http://doi.org/fh4fnw>.
27. **Quinn MA, Wilcox A, Orav EJ, Bates DW, Simon SR.** The relationship between perceived practice quality and quality improvement activities and

- physician practice dissatisfaction, professional isolation, and work-life stress. *Med Care*. 2009;47(8):924-8. <http://doi.org/d4qzhd>.
28. **Jores A.** La medicina en la crisis de nuestro tiempo. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 1967.
 29. **Gómez-Esteban R.** El médico como persona en la relación médico/paciente. Madrid: Fundamentos; 2003.
 30. **Perales A, Albújar P, Wagner P, Heraud JL, Peña S, Fernán-Zegarra L, et al.** Mala practica Médica: Propuesta de definición. In: El acto médico. Cuadernos de debate en salud. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 2011. p. 64-73.
 31. **Calderero-Castellanos G, Nieto-Blanco E, Ledo-García P, Pargaña-Rodríguez A.** Prevención de la infección en Atención Primaria: Prácticas y creencias profesionales. *Index de enfermería*. 2010;19(4):259-63.
 32. **Varas-Cortés J.** Gestión del riesgo médico legal en obstetricia y ginecología. *Rev. Obstet. Ginecol*. 2011;6(3):217-22.
 33. **Vítolo F.** Problemas de comunicacion en el equipo de salud. Biblioteca virtual NOBLE; 2011.
 34. **Otero MJ.** Prevención de errores de medicación. Problemas derivados de la falta de formulaciones adaptadas a las necesidades posológicas de la población. *Farmacia Hosp*. 2001;25(4):245-7.
 35. **Verges E, Vallejos M, Ebel S, Valsecia M.** Error de Medicacion que causó daño al paciente. Corrientes: Universidad Nacional de Nordeste; 2006.
 36. **Rubilar AN, Rossi MT.** Ética en salud, ¿esencial? *Revista de la Asociación Médica Argentina*. 2015;128(2):33-7.
 37. **Ricaurte-Villota AI.** Del error a la mala práctica médica, análisis de una casuística en Santiago de Cali 2006-2008. *Colombia Forense*. 2008;1(1):18-22.
 38. **Reason J.** Human Error: Models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70.
 39. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Caracas: Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas; 2003.
 40. **Novoa A.** Os professores e a sua formação. Lisboa: Nova Enciclopédia; 1992.
 41. **Zarzal-Charur C.** La Formación integral del alumno: qué es y como propiciarla. *Mexico D.F.*: Fondo de cultura económica; 2004.
 42. **Bruner J.** The Culture of Education. London: Harvard University Press; 1996.
 43. **Neef MM.** Buscar la Verdad en un Océano de Mentiras. Cali: Universidad del Valle; 2006.
 44. **Delors J, editor.** La Educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid: Ediciones UNESCO; 1996.
 45. **Morin E.** Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Fontenoy: UNESCO; 1999.
 46. **Orozco-Silva LE.** La formación integral: mito y realidad. Bogotá D.C.: Universidad de los Andes; 1999.
 47. **Lester H, Tritter JQ.** Medical Error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Med Educ*. 2001;35(9):855-61.
 48. **Knight J.** Crossborder education: An Analytical Framework for Program and Provider Mobility. In: John S, William T, editors. Higher Education: Handbook of Theory and Practice. The Netherlands: Springer; 2005.
 49. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 80 de 1980 (enero 22): Por el cual se organiza el sistema de educación postsecundaria. Bogotá D.C.; enero 22 de 1980.
 50. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá, D.C.: Gaceta Constitucional 116; julio 20 de 1991.
 51. Colombia. Congreso de la República. Ley 30 de 1992 (diciembre 28): Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Santafé de Bogotá, D.C.: Diario Oficial 40700; diciembre 29 de 1992.
 52. **Lonergan B.** Filosofía de la educación. Salamanca: Universidad Iberoamericana; 1998.
 53. **Berrios J.** La formación integral en la carrera de medicina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008;25(3):319-21.
 54. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: OMS; 2009.
 55. Perú. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de Salud basado en familia y comunidad. Lima: MINSA; 2011.
 56. **Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al.** Health Professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. <http://doi.org/b9jgqxq>.
 57. **Flexner A.** Medical Education in the United States and Canadá: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
 58. **Donner RS, Bickley H.** Problem-based learning in American medical education: an overview. *Bull Med Libro assoc*. 1993;81(3):294-8.
 59. **Dueñas VH.** El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. *Colombia Médica*. 2001;32(4):189-96.
 60. **Branda L.** Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud; 2009.
 61. **Parikh A, McReels K, Hodges B.** Student feedback in problem based learning: a survey of 103 final year students across five Ontario medical schools. *Med Educ*. 2001;35(7):632-6. <http://doi.org/dmxx27>.
 62. **Pinilla-Roa AE.** Aproximación conceptual a las competencias profesionales en ciencias de la salud. *Rev. salud pública*. 2012;14(5):852-64.
 63. **Salinas-Fernández B.** La Evaluación no es un callejón sin salida. *Cuadernos de pedagogía*. 1997;259:44-8.
 64. **McTighe J, Schollenberger J.** Why teach thinking? a statement of rationale. In: Costa AL, editor. Developing Minds: A Resource Book for Teaching Thinking. Washington: Association for Supervision and Curriculum Development; 1991.
 65. **Herrera-Marentes CE.** El aprendizaje basado en problemas (ABP) como enfoque pedagógico para la intervención de la enfermera en la prevención de caídas en el paciente adulto mayor hospitalizado en el Hospital Militar Central [dissertation]. Bogotá D.C.: Facultad de Educación y Humanidades, Universidad Militar Nueva Granada; 2013.
 66. **Holen A.** The PBL group: Self-reflections and feedback for improved learning and growth. *Med Teach*. 2000;22(5):485-8. <http://doi.org/d45jpp>.
 67. **Ortiz-Ocaña A.** Didáctica problematizadora y Aprendizaje Basado en Problemas. Holguin: Ediberun; 2008.
 68. **Tena C.** La comunicación humana y la relación médico-paciente. México D.F.: Editorial Prado; 2003.
 69. **Prat J, Carreras J, Branda L, Miralles R, Fenoll MR, Rodríguez S, et al.** Competències professionals bàsiques comunes dels llicenciats en Medicina formats a les universitats de Catalunya. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2004.
 70. **Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M.** From Competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. 1999;21(6):546-52.
 71. **Stewart M, Meredith L, Brown JB, Galajda J.** The Influencia of Older Patient-Physician Communication on Health and Health-Related Outcomes. *Clin Geriatr Med*. 2000;6(1):25-36.

72. **González-Menéndez R.** La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional. *Educ Med Sup.* 2003;17(4).
73. **López SJ.** Positive Psychology and Higher education. *StrengthsQuest*; 2006 [cited 2017 Set 8]. Available from: <https://goo.gl/cvL7jF>.
74. **Goddard RD.** Relational networks, social trust, and norms: A Social Capital Perspective on Students' Chances of Academic Success. *Educ Eval Policy Anal.* 2003;25(1):59-74.
75. **Pedrals N, Rigotti A, Bitrán M.** Focusing on Students' Talents and Strengths in Medical Education. *Acad Med.* 2010;85(5):744-5. <http://doi.org/bvhfdr>.
76. **Montes-Martínez A, Romani-Lestón M, Gestal-Otero JJ.** Agresiones al personal de salud. In: *Gestal-Otero JJ, editor. Riesgos Laborales del personal sanitario.* 3rd ed. Madrid: Mc-Graw Hill; 2003. p. 665-71.