


Comunicación interpersonal de médicos-docentes en las prácticas formativas de un pregrado de medicina

Interpersonal communication of doctors-teachers in the training practices of an undergraduate medicine program

Olga Francisca Salazar-Blanco^{1*}  ; Margarita María Gómez-Gómez¹  

Forma de citar: Salazar Blanco OF, Gómez Gómez MM. Comunicación interpersonal de médicos-docentes en las prácticas formativas de un pregrado de medicina. Salud UIS. 2023; 55: e23006. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23009> 

Resumen

Introducción: la comunicación es una competencia esencial en los currículos médicos, y es fundamental en modelos de atención centrados en el paciente. Las prácticas clínicas, eje en la formación médica, son escenarios de interacciones docente-estudiantes-pacientes; en ellas, los estudiantes aprenden a comunicarse con el paciente de la mano de sus profesores. El objetivo del estudio fue comprender la comunicación de médicos-docentes en prácticas clínicas de un pregrado de medicina. **Metodología:** investigación cualitativa desde el marco interpretativo del interaccionismo simbólico y el análisis bajo los lineamientos de la teoría fundamentada. Se entrevistaron quince médicos docentes de cursos clínicos. Las entrevistas se grabaron, transcribieron y codificaron por unidades de sentido. **Resultados:** del análisis emergen diferentes visiones del estudiante e interés por los elementos comunicativos con este y el paciente y la reflexión de la práctica docente. Los docentes son conscientes del rol de modelaje para el aprendizaje de los estudiantes; consideran a los pacientes como seres vulnerables, generosos, agradecidos, que representan el recurso más valioso para la enseñanza; con ellos desarrollan su doble misión de resolver problemas de salud y enseñar. **Conclusiones:** los docentes, en la interacción con los estudiantes y pacientes, transforman una práctica más instruccional y disciplinar a una centrada en los sujetos y sus necesidades. La regulación del currículo y la normativa de las instituciones de salud genera tensiones a los docentes entre el quehacer médico y el deseo de enseñar.

Palabras clave: Relaciones Interpersonales; Docentes Médicos; Estudiantes de Medicina; Prácticas Clínicas; Currículo; Educación Médica.

Abstract

Introduction: Communication is an essential skill in medical curricula and crucial in patient-centered care models. Resident experience is fundamental in medical training. These experiences offer teacher-student-patient interactions where students learn about doctor-patient communication directly from their preceptors. The objective of the study was to understand doctor-teacher communication during clinical practices in an undergraduate medical program. **Methodology:** Qualitative research undertaken from the interpretive framework of Symbolic Interactionism and

¹ Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

analysis under Grounded Theory guidelines. Fifteen (15) clinical-course medical doctors were interviewed. The interviews were recorded, transcribed, and coded by meaning units. **Results:** Different student views emerged, including student interest in student-patient communicative aspects as well as their own thoughts on teaching. Teachers are aware of their role as models in student learning; they see patients as vulnerable, generous, grateful people that represent the most valuable asset in their teaching endeavor; with them, teachers develop their dual mission, that is, solving health-related problems and teaching. **Discussion and conclusions:** During their interaction with students and patients, teachers transform an essentially instructional and disciplined practice into one centered on the patient and their needs. The stress doctors face when addressing the medical task itself versus their desire to teach is compounded by curriculum guidelines and health agency norms. This is, in fact, part of the hidden curriculum that influences student learning

Keywords: Interpersonal Relations; Faculty; Medical Teachers; Medical Students; Clinical Training; Curriculum; Medical Education.

Introducción

Como práctica social, la medicina se desarrolla en escenarios que demandan recursos de comunicación en pro de una relación médico-paciente más armónica que redunde en mejores resultados en salud¹. Desde el enfoque biopsicosocial, el reto del médico es prestar una atención integral centrada en las necesidades del sujeto que atiende, criterio que comporta la toma de decisiones concertadas en consideración de los recursos disponibles².

En su publicación sobre la educación de los profesionales para la atención de salud³, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que, dentro del marco de la atención primaria en salud, las universidades incluyan herramientas formativas para las relaciones interpersonales, que incentiven la participación del paciente y faciliten las relaciones de confianza con el equipo sanitario.

La comprensión del rol que juegan los escenarios de aprendizaje (consulta clínica: ambulatoria, comunitaria, hospitalaria) en la educación médica lleva al estudio de las relaciones docente-estudiante-paciente, intrínsecas en las prácticas académicas⁴⁻⁶. En estos escenarios, los médicos en formación tienen la oportunidad de vivenciar el desempeño de los docentes como profesionales de la medicina, experiencia que incide en la formación de habilidades clínicas y blandas, acorde con la teoría cognoscitiva social de Bandura, que resalta la influencia de los modelos en la conducta de los aprendices⁷. Las habilidades de enseñanza y cualidades personales del docente se ponen en juego en las prácticas clínicas para el desarrollo profesional de los estudiantes de medicina, acorde con el modelo de roles de Passi et al.⁸

En Colombia, la pandemia del COVID-19 evidenció la necesidad de trabajar por el desarrollo de las

competencias comunicativas en la formación de los médicos, por su impacto en las acciones médicas, así como la importancia de la relación de ayuda y de la actitud empática de los médicos con sus pacientes, familiares y colegas para entender sus miedos, sus acciones y la manera como se sienten⁹.

Un estudio previo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (UdeA), en Medellín, reveló los recursos de comunicación empleados con los niños y sus familias por docentes del área de niñez en su quehacer profesional, lo cual acerca a los estudiantes que participan en estas prácticas formativas a la comunicación y a las habilidades propias de la relación médico-paciente¹⁰. Otros estudios de la misma facultad enfocados en este asunto concluyeron que, en buena parte, la enseñanza de la comunicación y la relación médico-paciente se da durante las prácticas formativas, y que no existe un curso específico para tal fin^{11, 12}.

El presente artículo da cuenta de las interacciones que los docentes médicos participantes en el estudio “Universo relacional en las prácticas clínicas del pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia”¹³ establecen con estudiantes y pacientes en las prácticas académicas, estudio que hace parte de la investigación macro “Identidad de los docentes del área de la salud de la Universidad de Antioquia”, aprobada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia, según acta 2015-3854.

Materiales y métodos

Implementado en el presente estudio el método cualitativo, bajo lineamientos de la teoría fundada y desde la perspectiva constructivista de Charmaz, se busca comprender las acciones de los actores sociales en contextos específicos y los significados que ellos le atribuyen a dichas acciones¹⁴. Este método de

investigación se apoya en el enfoque que ofrece el interaccionismo simbólico, teoría que concibe la interacción de los individuos en los diferentes contextos sociales a partir de la construcción y manejo de símbolos, y cuyos significados definen conductas y situaciones¹⁵.

El estudio “Universo relacional en las prácticas clínicas del pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia” contó con la aprobación del Comité de Bioética del Instituto de Investigaciones Médicas de la UdeA (Acta n.º 012 de agosto 11 de 2016). La técnica usada para la recolección de los datos fue la entrevista semiestructurada. Las entrevistas a quince médicos docentes (seis mujeres, nueve hombres), de cursos desde el quinto semestre en adelante y con más de cinco años de experiencia docente en el programa de Medicina de la UdeA, se hicieron entre el 22 de agosto y el 16 de diciembre de 2016.

Los participantes se seleccionaron mediante la técnica “bola de nieve”: los docentes entrevistados sugirieron otros docentes. Se hicieron entrevistas hasta lograr la saturación teórica de las categorías. Las entrevistas se transcribieron y se identificaron con un código para garantizar el anonimato de los participantes; este incluyó número de entrevista (E), sexo (H/M) y página (p. #), ej. (E, H, p).

Siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada, el análisis se hizo en tres pasos: codificación abierta, para encontrarse cara a cara con los datos, familiarizarse con estos y relacionarlos con conceptos; codificación axial, que mediante la comparación constante y el muestreo teórico relacionó los datos según afinidad entre asuntos, y codificación selectiva, que interpretó la categoría central emergente¹⁶. Este proceso permitió comprender cómo se relacionan los docentes-médicos con estudiantes y pacientes en las prácticas formativas del pregrado de Medicina de la UdeA.

Resultados

En los escenarios de atención y prácticas académicas, los médicos docentes participantes en este estudio reconocen a los estudiantes y definen los recursos comunicativos para la interacción con estos y con los pacientes), se transforman como docentes e identifican al paciente como el centro de la atención, fundamental en la formación profesional médica.

Algunos docentes ven a los estudiantes como personas “a quienes hay que llenar” o que eligieron la medicina como opción de vida para un desempeño profesional futuro, y que necesitan adquirir un conocimiento para la atención del paciente; también como un diamante en bruto “al que hay que saber tallar” o como una *tabula rasa*, un ser pasivo que espera recibir todo y que solo aprende por cumplir un requisito, o como simple depositario de información y conocimientos que valora solo si cree que va a ser útil para su práctica profesional.

[...] es un barro que está por moldear, es un cuadro que está por pintar, es un pedazo de mar... de piedra que está por tallar, yo pienso que eso es el estudiante [...] (E8, H, p. 5).

Algunos docentes ven a los estudiantes como hijos, sujetos temerosos ante lo desconocido y a quienes hay que acompañar, hablarles mucho, comprender, enseñarles; son personas inexpertas, ingenuas, quienes, por no saber lo que les espera, necesitan que se les brinde confianza acerca de sus propios conocimientos.

¿El estudiante?... ¡es como un hijo!; hay que exigirle, hay que estimularlo, hay que felicitarlo, hay que enseñarle [...] (E14, M, p. 14).

Otros docentes reconocen en los estudiantes a sujetos autónomos, con habilidades, con conocimientos diversos y motivación hacia los temas de su interés. Para ellos, estas características les facilitan que se apropien del conocimiento, apropiación que se evidencia al compartir los saberes con los demás.

[...] ser comprometido, primero con él mismo en un proceso de crecimiento y que todo lo que él crezca tiene la obligación de irlo transmitiendo a los que lo rodean, y a los pacientes específicamente (E5, H, p. 20).

En cuanto a las percepciones acerca de la relación docente-estudiante en ambientes clínicos, los participantes de esta investigación reconocen en el rigor académico propio de la formación médica dos posibles situaciones: una, que los estudiantes se intimiden y puedan sentirse maltratados, se angustien y lloren ante las dificultades para demostrar dominio de ciertas habilidades y conocimientos; la otra, que se esfuercen, reconozcan y agradezcan la labor del docente en su proceso de aprendizaje. Estas circunstancias llevan

a los docentes a procurar ser cautos en el tono y en los recursos que utilizan al dirigirse a los estudiantes, considerando su nivel de formación.

Los participantes reconocen las vicisitudes inherentes al proceso formativo, y por ello valoran el respeto, el reconocimiento, la cordialidad y el buen trato como condiciones necesarias para favorecer el aprendizaje y el rigor académico, y así garantizar el cumplimiento en las prácticas académicas y el compromiso con su formación como médicos generales.

[...] estricto, exigente, comprometido, duro [...] esa es la fama que tengo entre estudiantes y profesores [...] trato de ser lo más recto posible, ¡exijo!, porque es que nosotros trabajamos con seres vivos. Si fuera una panadería, pues, ¡no hay problema!; si saco un pan feo, ¡pues la gente no lo compra, no se lo come!; pero aquí no es así (E6, H pp. 3-4).

Al estimar los recursos comunicativos por utilizar, los docentes tienen en cuenta las características de los estudiantes, su nivel de formación, su motivación y sus actitudes, y siempre esperan que ellos se comporten de acuerdo con las exigencias del escenario de atención.

[...] me esfuerzo, busco herramientas, mecanismos, para tratar de que el estudiante me entienda mejor (E5, H, p. 3).

En el inicio de su profesión docente, los participantes refirieron que la relación con los estudiantes se centraba en lo estrictamente disciplinar, pero posteriormente entendieron que la calidad de esta relación dependía de su capacidad para identificar y acompañar las necesidades, potencialidades y dificultades de los estudiantes en las prácticas, al entrevistar y examinar al paciente, al responder preguntas sobre temas básicos y según observaban el logro de los objetivos.

Para los docentes participantes, el que los estudiantes se inquieten por el conocimiento y participen de las actividades propuestas son motivaciones para acompañarlos en el proceso enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, cuando hay un grupo de estudiantes que se consideran incumplidos o con poco interés por los temas que se están abordando, los docentes reaccionan de diferentes maneras: para algunos es motivo de reflexión y de búsqueda para replantear la forma de enseñar, mientras que en otros genera crisis, desgano y apatía. Algunos participantes refieren la insatisfacción y angustia que sienten por no tener la capacidad de motivar a los estudiantes, pese a los años de experiencia como docentes.

He tenido momentos de crisis [...] de mal genio, de decir: ‘¿sí vale la pena?’, ‘¿cómo es posible que haya aquí una reunión de ocho estudiantes y la mitad llegue media hora tarde?’ [...] ¡se perdió el cincuenta por ciento de la rotación!, ¡se perdió la mitad de los pacientes!; y a veces veo que las excusas no son verdaderas razones (E14, M, p. 6).

Al referirse a la duración y frecuencia de las interacciones con los estudiantes de pregrado, los entrevistados señalan limitaciones temporales para el acompañamiento en los cursos de profesionalización; muchos de ellos refieren solo uno o dos encuentros de consulta clínica con el grupo de estudiantes. Por el contrario, en el último año de práctica o internado, cuando comparten más tiempo con los estudiantes, los conocen, se percatan de la construcción de conocimiento que han hecho y cómo resuelven los problemas que afrontan durante la práctica.

Con los estudiantes de octavo, como es muy poquito tiempo [...] en este momento tengo que enseñarles de todo un poquito ¡es un poco estresante a veces! Ya en internado, pues ya nos volvemos súper amigos, ¡claro que los tengo más tiempo!, ¿un interno conmigo todo el día?, tengo ya la posibilidad como de almorzar, de desayunar, tomar media mañana, ¡ya es otra cosa muy distinta! (E14, M, p. 17).

Así algunos docentes identifiquen la diversidad y heterogeneidad de los estudiantes, reconocen no disponer de herramientas pedagógicas y didácticas para acercarse a ellos individualmente y hacer un seguimiento de su proceso. De otra parte, la forma como se desarrollan las prácticas y los pocos espacios para la discusión de las inquietudes y necesidades de los estudiantes dificultan el cultivo de la empatía y la confianza, indispensables en la relación docente-estudiante.

Los escenarios de atención donde se dan las prácticas clínicas reúnen tres de los actores del sistema de salud: médicos profesionales, médicos en formación y pacientes. A los primeros, su actuación y conocimiento disciplinar les permite desarrollar su capacidad para enseñar y educar en salud. Los médicos en formación, por su parte, aprenden el quehacer mediante la observación, al estar inmersos en ambientes de prestación de servicios de salud y ser observados por el docente en su actuación. En lo que respecta al paciente, actor principal del sistema de salud y presente en el escenario formativo, es reconocido como persona que

espera ser bien atendida, tratada con respeto y quien desea obtener respuesta a su motivo de consulta y solución a sus problemas de salud

[...] los pacientes son un rayo luminoso, que nosotros tenemos que aprender a mirar, y no debemos evadirlo, en el sentido que es una realidad que, aunque si bien duele, nos enseña sobre la vida y depende del ángulo con que se mire, es bonita, es gris o es fea (E8, H, pp. 14-15).

Para los docentes entrevistados, en la educación médica es fundamental el escenario de atención a los pacientes, allí, los estudiantes recrean y visualizan lo leído en los libros, y, en su condición de centro de la atención, el paciente se beneficia del estudio y discusión atenta de docentes y estudiantes, quienes desean comprender su situación de salud, darle la respuesta acertada, brindarle la ayuda que él y su familia están buscando y aprender con estas acciones.

El paciente es el centro de la atención de nosotros [...] obviamente, aunque estamos en una consulta docente-asistencial, el centro tiene que ser la paciente (E15, M, p. 17).

En las interacciones educativas del docente con estudiantes y pacientes en el hospital universitario y en otros escenarios de práctica, tanto los docentes como los estudiantes valoran la colaboración y satisfacción que manifiestan los pacientes con la calidad y el mayor tiempo de atención que reciben en las consultas y rondas hospitalarias, lo cual las hace diferentes a las de otras instituciones de salud. Asimismo, los docentes reconocen que, mediante las explicaciones que brindan a los estudiantes, mejoran el trato a los pacientes y las indicaciones que hay que ofrecerles, en su beneficio.

[...] cada paciente es diferente, tiene una personalidad diferente, un momento de vida y una actitud diferente, ve su enfermedad también con ojos distintos: usted puede tener dos pacientes con el mismo diagnóstico, pero la vivencia de su enfermedad es muy diferente para cada uno de ellos (E03, M pp. 11-12).

El ejercicio del acto médico-docente está mediado por las exigencias de la universidad con su currículo y del sistema de salud y de las instituciones prestadoras con el volumen de pacientes, las complicaciones que estos lleguen a presentar y los tiempos asignados a la asistencia; estas condiciones pueden generar tensiones y llevar a comportamientos de poca cortesía hacia el

paciente, a considerar tangencialmente su condición cultural y dar pobres explicaciones sobre su estado de salud o el procedimiento requerido. Lo anterior ha motivado a los docentes a proponer cambios en los convenios con las instituciones, luego de dialogar con las directivas y exponer la influencia de la situación en el aprendizaje de los estudiantes.

[...] explicarle al paciente lo que le va a pasar y, obviamente, es muy difícil en cinco, diez minutos, uno poderle hacer un panorama que probablemente lo que el paciente siente es que se le está desmoronando el mundo; pero uno tiene que tratar de acercarse al paciente y entender que ese paciente está sufriendo, que tiene rabia, que le duele, ¡ehh! ¡En esa parte nos hace falta mucho! (E07, H p.14).

Discusión

Al erigirse en espacios de intercomunicación didáctica, las prácticas clínicas de los médicos docentes en los diferentes escenarios de atención de las instituciones de salud son centrales en su desarrollo profesional docente. Ellos manifiestan que en estas prácticas formativas se exponen en lo que son y lo que saben, ejecutan el currículo en interacción con estudiantes y pacientes, se transforman según sus vivencias con los sujetos y reconocen su responsabilidad en la formación de los estudiantes en la atención del proceso salud-enfermedad de los pacientes. Estas consideraciones tienen que ver con el acto didáctico que reconoce Titone, citado por Castillo y Cabrerizo¹⁷, como la relación dinámica interpersonal docente-discente en la cual el docente enseña y estimula y el estudiante realiza el aprendizaje como asimilación del saber.

El estudiante es el motor de la reflexión de la práctica del médico-docente, reflexión que los lleva a la búsqueda de estrategias didácticas y de nuevos recursos; esto concuerda con lo planteado por Domenjó¹⁸, quien señala que reflexionar la experiencia profesional es pilar del profesionalismo, pues “la reflexión aporta conciencia a la propia práctica profesional”. Sacristán¹⁹, por su parte, señala que esta reflexión y su estudio a profundidad por los equipos de trabajo son la mejor forma para transformar dicha práctica, por encima de cursos y estudios que conduzcan a títulos y certificaciones.

En las relaciones que los docentes médicos participantes en el estudio establecen con estudiantes y pacientes influyen, además de las características propias de cada escenario de atención y práctica, la valoración que ellos hacen de estudiantes y pacientes y lo que representa

para los estudiantes atender y responsabilizarse de un paciente en las prácticas educativas. González et al.²⁰ expresan que, siempre que se den en un ambiente de diálogo y los estudiantes puedan sentirse articulados con estos espacios, estas prácticas hechas con compromiso y responsabilidad son, ante todo, “prácticas relacionales, orientadas al desarrollo institucional y personal” (p. 266).

En el presente estudio emerge la disposición de los docentes para entablar un diálogo que evolucione hacia la legitimación del otro, ese otro en quien deposita confianza y a quien, sin imponerse, reconoce y acompaña como sujeto único para que, en una relación genuina, contribuya con su profesionalismo, actitudes y acciones que dan el sentido a su ser docente. Estas vivencias tienen asidero en la filosofía del diálogo propuesta por Martin Buber, quien, según Romeu²¹, expresó que no existe un yo aislado, sino que está en relación con el otro, y eso los hace históricos. Ese yo-tú en relación genera una experiencia de diálogo en la que los sujetos se compenetran sin fundirse, pues conservan su diferencia y crean una “atmósfera de apertura y comunidad que resulta benéfica y transformadora”, y donde se da el sentido a la vida.

El reconocimiento de los participantes de las interacciones con los estudiantes recuerda el concepto “relación educativa” de Touriñán²², quien señala que la concordancia entre valores y sentimientos en la interacción docente-estudiante le da un significado propio a esta relación, que “ya no es solo una relación moral o una relación de cuidado y de convivencia y comunicación, sino la forma sustantiva de la intervención ajustada a los rasgos de carácter que determina el significado de “educación” en su definición real” (p. 226).

Rodríguez y Salinas²³ plantean cómo el docente se comunica con los estudiantes de acuerdo con el concepto que tiene de ellos:

Cuando así los vemos realmente, así son para nosotros los seres con los cuales nos comunicamos. Por tanto, hacemos como si les enseñáramos, pero es bastante claro que, si al estudiante no lo asumimos como un interlocutor válido, aunque por supuesto diferente, la comunicación y el sentido más básico de ella, la conversación, no son posibles; y si esto no es posible, tampoco lo es la enseñanza ni el aprendizaje, por lo menos no en el propósito formal de la institución (p.6).

En relación con lo anterior, en este estudio se encontró que cuando los docentes ven a los estudiantes como

sujetos que no quieren aprender, que están por cumplir un requisito y por obtener un título, sienten frustración porque en las escasas prácticas con ellos no logran motivarlos hacia el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes básicas de su área de desempeño. Las concepciones que tienen los docentes participantes sobre los estudiantes (como *tabula rasa*, como recipientes para llenar, como sujetos temerosos que hay que acompañar o como seres *autónomos*) nos remiten a John Locke y a Paulo Freire. Para Locke, la consideración del estudiante como *tabula rasa* presupone la limpieza mental para la construcción del conocimiento, a partir de la experiencia de las sensaciones y la reflexión²⁴. Esta concepción del pensamiento empirista subyace en la afirmación de los docentes participantes, donde los estudiantes llegan a ‘llenarse’ de los conocimientos médicos y creen que actuará en ellos la experiencia adquirida durante el proceso formativo.

Por su parte, Paulo Freire²⁵ define como “educación bancaria” la educación que se centra en vaciar unos conocimientos que solo le dejan al educando, como margen de acción, recibir los depósitos, guardarlos y archivarlos, ajustarse y adaptarse; esta modalidad asume una postura paternalista que presta asistencia al educando. Para Freire, esta concepción debe ser superada por una educación que contribuya a la liberación auténtica, donde el acto de educar no sea depositar palabras y conocimientos, sino la acción y reflexión sobre el mundo y sobre el hacer, y donde se problematice la relación de los hombres con el mundo. La práctica formativa, eje metodológico-didáctico del ciclo de profesionalización del pregrado de Medicina de la Universidad de Antioquia, precisa la implicación del estudiante en actividades con sentido para él, y de acuerdo con sus conocimientos, intereses, expectativas y experiencias previas. Las prácticas se hacen con la mediación de docentes médicos que despliegan su saber disciplinar en los encuentros didácticos con pacientes, pero que requieren de más saberes pedagógicos y didácticos. En este sentido, Alzate Peralta²⁶ afirma que el quehacer docente necesita formación en ciencias de la educación para ampliar la comprensión sobre lo que influye en el aprendizaje de los estudiantes, pues aprender es, además de adquisición de conocimientos, apropiación y organización de estos.

Del análisis de los datos también se infiere que, en algunos escenarios, el docente hace el ejercicio práctico y cognitivo, mientras el estudiante es observador pasivo; ello en parte porque las prácticas se han diseñado sobre las acciones asistenciales de los docentes, quienes no siempre cuentan con el tiempo, los pacientes y

actividades para brindar experiencias de aprendizaje significativas a los estudiantes, pues, además de observar, estos deberían indagar, reflexionar y recibir realimentación inmediata. Sin embargo, las prácticas en instituciones de alta complejidad, en las que los estudiantes observan el desempeño del docente con los pacientes y los relacionan con técnicas y conocimientos de las disciplinas médico-quirúrgicas, los condiciona a la búsqueda de la formación especializada⁸. Sin embargo, según PsycInfo, Embase, Education Research Complete, Web of Knowledge, ERIC and British Education Index Colombia, las especializaciones médico-quirúrgicas no están disponibles para una gran proporción de médicos generales, por los pocos cupos disponibles, frente al elevado número de egresados y los altos costos de muchos programas.

Los encuentros ocasionales docente-estudiante, sin oportunidad para conocer, seguir su proceso de aprendizaje y establecer una relación cercana, convierten las prácticas formativas en actividades del ejercicio clínico del docente, con poca oportunidad para atender las necesidades de aprendizaje de los estudiantes, situación que los desmotiva, les genera angustia y exige competencias emocionales y didácticas que reconocen no han desarrollado, pese a que la facultad y la universidad les ofrece múltiples oportunidades de capacitación pedagógica. No obstante, los docentes se reconocen como modelos para el aprendizaje de los estudiantes, lo que alude al aprendizaje social y modelado propuesto por Bandura, que hace referencia a que se aprende al observar a los demás, y de esta acción se adquieren ideas para actuar en contextos similares^{7,27}. Además, la revisión bibliográfica de Villegas et al. da cuenta de la importancia del ejemplo del docente en el aprendizaje de la competencia comunicativa de los estudiantes²⁸.

De otro lado, algunos médicos-docentes señalan que las disposiciones administrativas de algunos centros asistenciales donde hacen la práctica no favorecen la enseñanza a estudiantes de pregrado, situación que genera tensión en docentes y estudiantes. Se requiere del trabajo conjunto y articulado de los hospitales e instituciones en convenio, universidades y autoridades gubernamentales, para que, dentro de la normatividad vigente, se conjuguen las voluntades para que los hospitales universitarios ofrezcan a la sociedad colombiana dos de sus grandes aspiraciones: salud y educación de calidad²⁹. Dificultades similares refieren Sparis y Fernández en la educación médica cubana, al señalar cómo la ronda clínica en hospitales universitarios se ha convertido en una actividad de

carácter administrativo-asistencial que no favorece el análisis, la reflexión y el aprendizaje de aptitudes clínicas del estudiante³⁰.

Los resultados de esta investigación coinciden con los de un estudio con tutores clínicos del programa de medicina de una universidad de Chile³¹ en relación con su percepción sobre la motivación por la enseñanza, la responsabilidad e interés en la formación integral de los estudiantes por medio de su actuación en las prácticas clínicas, en las cuales son modelos a seguir por los estudiantes, y con el reconocimiento que estos tutores hacen de sus necesidades en conocimientos didáctico-pedagógicos. Los estudios, por su parte, difieren respecto a la importancia que nuestros participantes médicos docentes dan a las habilidades comunicativas necesarias en la enseñanza, no explícitas en el discurso de los tutores chilenos. Esta diferencia pudiera estar relacionada con el énfasis que durante la última década ha dado la Facultad de Medicina de la UdeA a la formación en comunicación de los docentes y su inclusión explícita en los cursos clínicos y en los procesos de evaluación de estos mismos.

Nuestros hallazgos difieren de los encontrados por Ruiz Moral et al.³² en cuanto a la actitud de los clínicos hacia la enseñanza de la competencia comunicativa en universidades españolas como una de las principales barreras, en tanto los médicos docentes entrevistados reconocen la necesidad del aprendizaje de la comunicación, manifiestan su interés en mostrar a los estudiantes la importancia de la comunicación en el acto médico, les facilitan que muestren sus aprendizajes en las prácticas formativas con pacientes y hacen reflexión y realimentación sobre esta.

Conclusiones

El principal aporte de este estudio radica en que los que médicos-docentes participantes reconocen las prácticas clínicas como experiencias de transformación de su quehacer docente y de las relaciones interpersonales que establecen con estudiantes y pacientes desde lo puramente instruccional y disciplinar a interacciones que reconocen a los sujetos, las necesidades de aprendizaje de los estudiantes y la resolución de problemas de salud de los pacientes.

Los docentes entrevistados consideran que las prácticas formativas en los escenarios clínicos son fundamentales para el aprendizaje de los estudiantes. En estas prácticas del currículo del pregrado de Medicina de la UdeA, la intencionalidad de la enseñanza-aprendizaje con el

paciente privilegia el aprendizaje por modelado, que conjuga el saber disciplinar con el arte del ejercicio de la medicina.

Declaración de conflicto de interés

Las autoras no tienen conflicto de intereses con esta investigación.

Referencias

1. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Heal Expect* [Internet]. 2014; 17(3): 303–310. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x>
2. Lupton D. Las relaciones de poder y la consulta médica. En: *La Medicina como cultura*. 1ra Ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2012. p.132–155.
3. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [consultado 2020 dic 29]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43236/9243562800_spa.pdf;jsessionid=81D2A83B6F8142EDB300EBEBA194AAFE?sequence=1
4. Cushing AM. Learning patient-centred communication: The journey and the territory. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2015; 98(10): 1236–1242. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.024>
5. Healy GB. Role models in surgery. *Surgeon*. 2011; 9 Suppl 1: S48–9. doi: [10.1016/j.surge.2010.11.017](https://doi.org/10.1016/j.surge.2010.11.017).
6. Sutton PA, Mason J, Vimalachandran D, McNally S. Attitudes, motivators, and barriers to a career in surgery: a national study of uk undergraduate medical students. *J Surg Educ* [Internet]. 2014; 71(5): 662–667. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2014.03.005>
7. Bandura A. The evolution of social cognitive theory. *Gt minds Manag*. 2005; 9–35.
8. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach* [Internet]. 2013 [citado 2020 Sep 30]; 35(9): 1422–1436. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2013.806982>
9. Idrovo AJ. Primeras lecciones de la pandemia de COVID-19 a la educación médica colombiana. *Salud UIS* [Internet]. 2020 [citado 2021 mayo 10]; 52(2): 87–88. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n2-2020002>
10. Salazar-Blanco OF, Gómez-Gómez MM, Zuliani-Arango LA. El proceso formativo y transformador de la práctica pediátrica de docentes del Área de Niñez: Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. *Rev Fac Med* [Internet]. 2016; 64(2): 267–276. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.52264>
11. Galindo Cárdenas LA, Arango Rave M. Principios didácticos: de cómo se enseña y se aprende en la formación médica. En: *Evaluación del currículo del Programa de medicina de la Universidad de Antioquia*. 1ra Ed. Medellín: Editorial Redipe; 2014. p. 324.
12. Villegas-Múnica EM. Significados sobre bioética que surgen en un currículo de medicina. *IATREIA* [Internet]. 2016 [citado 2020 dic 29]; 29(3): 334. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v29n3a08>
13. Salazar Blanco O. El universo relacional en las prácticas académicas en un pregrado de medicina vistos por los docentes médicos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017.
14. Delgado Arias C. *La teoría fundamentada: decisión entre perspectivas*. 1st ed. Bloomington: AuhorHouse; 2012. 68 p.
15. Pons Diez J. La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *EduPsykhé Rev Psicol Psicopedag*. 2010; 9(1): 23–42.
16. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. 2da Ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2012. 341 p.
17. Castillo S, Cabrerizo J. *Formación del profesorado en educación superior. Didáctica y currículum*. 1ra ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
18. Domenjó MN. Learning and clinical practices. *Educacion Med*. 2019; 20(2): 100–104.
19. Sacristán J. *En busca del sentido de la educación*. Madrid: Ediciones Morata; 2013.
20. González Rey FL, Mitjans Martínez A, Bezerra M. Psicología de la educación: implicaciones de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. *Rev Puertorriquena Psicol*. 2016; 27(2): 260–274.
21. Romeu V. Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica. *Dixit* [Internet]. 2018 [citado 2020 dic 30]; 29: 34. doi: <https://doi.org/10.22235/d.v0i29.1696>
22. Touriñán López JM. La relación educativa es un concepto con significado propio que requiere concordancia entre valores y sentimientos en cada interacción. *Sophía*. 2019; (26): 223–279.

23. Rodríguez HM, Salinas ML. La evaluación para el aprendizaje en la educación superior: retos de la alfabetización del profesorado. *Rev Iberoam Evaluación Educ* [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 23]; 2020(1): 111–137. doi: <https://doi.org/10.15366/riece2020.13.1.005>
24. Prato, Alessandro. La teoría lockiana del lenguaje. *DeSignis*. 2016; 25: 99-108.
25. Freire P. *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. Madrid: Siglo XXI; 1997.
26. Alzate Peralta LA. La Profesionalización Profesoral en las Ciencias de la Salud. *Biociencias*. 2018; 13(1).
27. Hernandez AC, García C, García D, Morales A, Gómez D, García D, et al. *Aprendizaje social de Albert Bandura: Marco teórico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2018.
28. Villegas Stellyes C, Hamui Sutton A, Vives Varela T. Modelo de rol, experiencias y capacidades comunicativas en estudiantes de medicina. *Educ Med Super*. 2020; 34(2): 1875.
29. Mosquera LE. De centro asistencial a hospital universitario. *Salud UIS* [Internet]. 2012; 44(3).
30. Sparis Teguido M, Fernández Díaz YD. El pase de visita médico-docente como herramienta en la formación de aptitudes profesionales. *Rev Cienc Med Pinar Río*. 2019; 23(1): 57–62.
31. Palma P, Williams C, Santelices L. Tutorial teaching in medicine from the perspective of teachers. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020; 148(4): 535-541. doi: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000400535>
32. Ruiz Moral R, García de Leonardo C, Cerro Pérez A, Caballero Martínez F, Monge Martín D. Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: A qualitative study with academic leaders. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 [citado 2020 sept 30]; 20(1): 41. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1944-9>