



**Universidad del
Rosario**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

¿Cómo se aprenden y se enseñan habilidades de comunicación empática en cuidados paliativos en un programa de geriatría?

Autores

**Sandra Milena Caicedo Correa
Fabián Alexander Leal Arenas
María de los Ángeles Sáenz Nieto**

Director

John Alexander Vergel Guerrero

Magíster en educación para profesionales de la salud

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina
Maestría en educación para profesionales de la salud
Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana**

**Bogotá - Colombia
2022**

Nota de advertencia

"La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia".

Artículo 23 de la Resolución No. 13 de julio de 1946.

Agradecimientos

A todos los residentes y docentes del programa de geriatría por su apoyo, sin ellos este trabajo no habría sido posible, a Diego Chavarro y Ana María Medina que afectuosamente nos guiaron en este proceso, al Dr. Vergel por ser el mejor tutor que podríamos haber tenido. Y especialmente a mi esposo y mi mamá por su amor y apoyo constante, y a mi fortaleza por siempre, mi padre. (Sandra Caicedo).

A mi esposa por su apoyo sin el cual no hubiese podido continuar mis estudios (Fabián Leal)

Al Dr. Vergel quien con gran carisma y vocación nos orientó en este camino. A mi madre por inculcar en mí el valor del estudio. A ti Oscar por apoyar y sostenerme en este proceso. (María de los Ángeles Sáenz)

Contenido

Resumen y palabras claves	5
Abstract and key Words	6
Introducción	7
Marco conceptual	10
Marco teórico	14
Planteamiento del problema	21
Justificación	22
Pregunta de investigación y objetivos	23
Materiales y métodos	24
Análisis de los datos	29
Consideraciones éticas	30
Resultados	33
Discusión	43
Limitaciones del estudio	49
Implicaciones	50
Conclusiones	51
Bibliografía	52
Anexos	

Resumen y palabras claves

Objetivo: Describir la forma como se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje de las habilidades de comunicación empática en cuidados paliativos en los residentes del programa de geriatría de una universidad en la ciudad de Bogotá- Colombia.

Materiales y métodos: Estudio de investigación cualitativa, de tipo interpretativo, basado en un diseño narrativo de tópicos con entrevistas narrativas con estudiantes y docentes del posgrado de geriatría. Se logró hacer una observación tridimensional del material obtenido en las entrevistas, por medio del proceso de constelación de historias y previo consenso entre los autores.

Resultados: Se narran tres historias de vida: comunicación empática en geriatría, aprendizaje de la comunicación empática en situaciones de fin de vida y enseñanza de la comunicación empática. Estas historias cuentan las dificultades y los logros de aprender y enseñar la comunicación empática en geriatría.” Ahora que lo reflexiono, me doy cuenta de que realmente no está escrito cómo enseñar adecuadamente este tipo de comunicación”, “Considero que lo más importante es dar el ejemplo, en especial en situaciones difíciles, lo cual le permite al residente observar la forma como uno se comunica y creo que así también se aprende”, “Fui acogido por otros residentes más antiguos, ellos me acompañaron en los turnos y fue así como tuve las primeras experiencias de dar malas noticias a personas mayores en situaciones de fin de vida”.

Conclusión: La comunicación empática al final de la vida se enseña y se aprende a través de la práctica y el ejemplo. Esta aproximación se organizó en nuestro caso a través de una comunidad de práctica, que, si bien no se encontraba formalizada en el currículo, fue identificada como la principal forma en el que los residentes aprendían a comunicar malas noticias. Nuestros resultados orientan en la dirección que el proceso de enseñanza-aprendizaje de la comunicación en estos contextos es fundamentalmente un proceso situado y mediado por teorías socioculturales. Estos hallazgos son relevantes porque permitirían apoyar el desarrollo de un proyecto pedagógico alineado que potencie el aprendizaje de estas competencias en los estudiantes.

Palabras Clave: Enseñanza de comunicación, comunicación empática, habilidades en comunicación, geriatría. Comunicación al final de la vida, Comunicación cuidados paliativos

Abstract and key Words

Objective: To describe how the teaching-learning process of empathic communication skills in palliative care is carried out in residents of the geriatrics program of a university in the city of Bogota, Colombia.

Materials and methods: Qualitative research study, of interpretative type, based on a narrative design of topics with narrative interviews with students and teachers of the geriatrics postgraduate program. A three-dimensional observation of the material obtained in the interviews was achieved through the process of constellation of stories and previous consensus among the authors.

Results: Three life stories are narrated: empathic communication in geriatrics, learning empathic communication in end-of-life situations and teaching empathic communication. These stories tell of the difficulties and accomplishments of learning and teaching empathic communication in geriatrics." Now that I reflect on it, I realize that it is not really written how to adequately teach this type of communication", "I consider that the most important thing is to set an example, especially in difficult situations, which allows the resident to observe how one communicates and I believe that this is also how one learns", "I was taken in by other older residents, they accompanied me on shifts and this is how I had the first experiences of giving bad news to older people in end-of-life situations".

Conclusion: Empathic communication at the end of life is taught and learned through practice and example. This approach was organized in our case through a community of practice, which, although not formalized in the curriculum, was identified as the main way in which residents learned to communicate bad news. Our results suggest that the teaching-learning process of communication in these contexts is fundamentally a situated process mediated by sociocultural theories. These findings are relevant because they would support the development of an aligned pedagogical project that enhances the learning of these competencies in students.

Key words: Communication teaching, empathic communication, communication skills, geriatrics. Communication at the end of life, Palliative care communication.

Introducción

En el posgrado de geriatría, el fomento de habilidades de enseñanza - aprendizaje de comunicación empática al final de la vida y en cuidados paliativos es considerada como una habilidad clínica central para la formación médica (Laidlaw, MacLeod, Kaufman, Langille, & Sargeant, 2002). Se deben entender estas habilidades o competencias comunicativas como constructos que no solo involucran el proceso motor de la comunicación, sino también habilidades sociales o de interacción (Kiessling & Fabry, 2021). Algunos autores (Owen Hargie, 2006) definen la habilidad social como un proceso en el que un individuo aplica un conjunto de conductas sociales adecuadas a situaciones interconectadas y con propósito, que se aprenden y controlan, por lo cual es un concepto multidimensional complejo que se vive de manera individual (Owen Hargie, 2006) (Dvash & Shamay-Tsoory, 2014). Estas destrezas dialógicas se consideran esenciales por tres razones. Primero, permiten establecer el vínculo médico-paciente y médico-familia; segundo, facilitan que se dé de forma oportuna y empática información sobre los diagnósticos, intervenciones, pronósticos; y tercero, promueven acompañar a los pacientes en la toma de decisiones (Laidlaw et al., 2002). Aspectos potencialmente difíciles de la comunicación entre médicos y pacientes incluyen, por ejemplo, dar malas noticias, modificar objetivos de tratamiento, discutir con el paciente y su familia sus deseos para el manejo del fin de vida, establecer voluntades anticipadas, dialogar sobre la utilidad de prácticas como la sedación paliativa o gestionar peticiones como la eutanasia. La ausencia de estas habilidades por parte de los médicos puede afectar la atención en salud de estos pacientes (L. Tan et al., 2021) (Paternotte, van Dulmen, van der Lee, Scherpbier, & Scheele, 2015).

A pesar de que estas competencias son consideradas como centrales para los geriatras por parte de organizaciones como la “European Geriatric Medicine Society” (Pautex, Roller-Wirnsberger, Singler, & Van den Noortgate, 2021) y de que existen publicaciones con

recomendaciones similares en otros países como Canadá (Kirshen & Roff, 2011), una revisión sistemática identificó que existen debilidades importantes en la comunicación empática ya que los programas de entrenamiento en comunicación presentan deficiencias curriculares y poca estandarización (X. H. Tan et al., 2021). Aunado a lo anterior, una gran dificultad al tratar de entender cómo se enseña y aprenden las habilidades de comunicación empática al final de la vida, es la falta de consenso sobre qué es la empatía en el ejercicio médico y esto puede deberse a que tradicionalmente, la empatía clínica ha sido definida en la literatura por profesionales médicos sin tener en cuenta otras áreas asistenciales ni al propio paciente, adicionalmente al ser este un concepto multidimensional este constructo se ve afectado por la cultura (Cassels et al, 2010). Sumado a esto, debemos tener en cuenta que la mayoría de los estudios sobre este tema han sido realizados en Estados Unidos y Reino Unido, marcando una brecha contextual con las demás culturas (Tan et al., 2021).

Existen diferentes teorías de cómo se debe establecer la comunicación empática al final de la vida, pero hay muy pocos estudios en personas adultos mayores atendidos por geriatras. Autores como Van et al, (2015) (Van Vliet, Lindenberger, & van Weert, 2015) resaltan que existen tres componentes claves de la comunicación, siendo el comportamiento empático, la información clara y el establecer caminos que faciliten la toma de decisiones (Van Vliet & Epstein, 2014).

Por otro lado, Tan et al (2021) (X. H. Tan et al., 2021) menciona en su revisión sistemática cómo este proceso de enseñanza–aprendizaje de habilidades en comunicación debería incluir una amplia gama de habilidades que el residente tiene que conocer, como por ejemplo la capacidad para resumir la información comunicada; capacidad para comprender los detalles y las necesidades del paciente; capacidad para adaptar el estilo y el contenido de la comunicación; capacidad para facilitar debates sinceros, respetuosos que permitan la toma de decisiones compartidas; capacidad para negociar un plan de tratamiento centrado en el

paciente, y para brindar la atención de manera empática, comprensible y sensata, y construyendo una relación afectuosa y abierta médico-paciente.

Adicionalmente se considera que el proceso de aprendizaje de estas habilidades debería ser longitudinal y continuo durante todo el proceso formativo, lo cual incluye la capacitación teórica, la experiencia clínica, la evaluaciones y práctica reflexiva respaldada por modelos a seguir (docentes y residentes de mayor rango) junto con entrenamiento y tutoría (Van Dalen et al., 2002) (Ament Giuliani Franco et al., 2020).

Por último, la inclusión de las habilidades de comunicación empática en los currículum de formación de los residentes de geriatría es un reto para los docentes que hacen parte de este proceso formativo, y cabría cuestionarnos sobre cuál sería la mejor estrategia pedagógica para enseñar (y evaluar) destrezas como la capacidad de diálogo, la escucha empática o el acompañamiento a la persona que sufre, lo cual a todas luces plantea un desafío educativo y pedagógico no sencillo de resolver, máxime si el desarrollo de habilidades de comunicación empática no hace parte de forma explícita de los programas.

En consecuencia, identificar y describir las características de este proceso de enseñanza-aprendizaje en el desarrollo de la comunicación empática al final de la vida en personas mayores atendidas por geriatras en formación en Colombia, es un vacío en el conocimiento de la educación médica de nuestro país, lo cual motiva a realizar este estudio.

Marco Conceptual

Las habilidades de comunicación son consideradas como competencias centrales para los médicos geriatras. Por ejemplo, organizaciones como la “*European Geriatric Medicine Society*” publicó un consenso sobre las competencias en cuidados paliativos en Europa, entre las cuales incluyeron competencias en comunicación. (Pautex, 2021) Existen publicaciones con recomendaciones similares en otros países como Canadá. (Kirshen A, 2011) La preocupación por la formación en estas destrezas han promovido la creación de iniciativas pedagógicas en los programas de posgrado como por ejemplo en el departamento de geriatría de la escuela de medicina de Mount Sinai donde se creó un curso específico con una metodología novedosa llamada por los autores “*Geritalk*” dirigidas a mejorarlas. (Frydman, 2021) Una revisión sistemática identifica esta problemática al concluir que existen defectos importantes en cuanto a que los programas de entrenamiento en comunicación presentan falta de estructura curricular, enfoque y estandarización. (Tao X, 2021)

A pesar de lo anterior, en la literatura se encuentran estudios sobre la formación de posgrado en cuidados paliativos que cuestionan si los geriatras están preparados adecuadamente para enfrentar los cuidados al final de la vida de los pacientes. En una publicación, solo el 35% de los estudiantes manifestaron sentirse competentes y manifestaron necesidades de formación en áreas como el manejo del dolor, las habilidades de comunicación y el manejo de problemas psicológicos al final de la vida, a pesar de reportar tener profesores dedicados al tema y un plan de estudios oficial. (Cao Q, 2013)

En nuestro país no hay reportes de lineamientos curriculares aceptados por todos los programas en cuanto a temas de comunicación en geriatría. Existen publicaciones de programas como el de la Universidad del Valle, donde resaltan que en el diseño de su currículo incluyeron

“estrategias para enseñar geriatría” y manifiestan la necesidad de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los adultos mayores por medio de la promoción de actitudes positivas hacia los ancianos y el envejecimiento. (Reyes-Ortiz C, 2001) Sin embargo, en la literatura internacional se reporta que en algunos programas estos temas no hacen parte de forma explícita del currículo oficial, sin mencionar la causa por la cual no se incluye (Kelley A, 2012)

En el posgrado de geriatría clínica de la Pontificia Universidad Javeriana del cual hacemos parte como docentes de geriatría y de cuidados paliativos, dos de los autores de este documento, el pensum incluye una asignatura llamada comunicación I y II la cual es orientada por profesionales en comunicación social, a pesar de lo cual, en unas entrevistas exploratorias previamente realizadas por los autores de este trabajo de grado, en el contexto del microproyecto de la asignatura de currículo a egresados del programa de Geriatría, los entrevistados identificaron que en su ejercicio como geriatras la comunicación con pacientes y familias es uno de los temas débiles y que genera mayores retos en la atención diaria del adulto mayor en particular en situaciones del final de la vida.

Aspectos potencialmente problemáticos de la comunicación entre médicos y pacientes incluyen el cómo dar malas noticias, el discutir con la familia y el paciente sus deseos para el manejo del fin de vida, las voluntades anticipadas, la sedación paliativa o las peticiones como la eutanasia. Dichos aspectos no son fáciles de abordar en la formación de posgrado, especialmente en el contexto de hospitales universitarios con alta carga asistencial, por lo cual, podría ser que estas situaciones se enfrentan por los estudiantes y se aprenden como parte del currículo oculto o no oficial. Por otro lado, como docentes, cabría cuestionarnos sobre cuál sería la mejor estrategia pedagógica para enseñar (y evaluar) destrezas como la capacidad de diálogo, la escucha empática o el acompañamiento a la persona que sufre, lo cual a todas luces

plantea un reto educativo y pedagógico no sencillo de resolver, máxime si el desarrollo de habilidades de comunicación empática no hace parte de forma explícita de los programas.

Por todo lo anterior, consideramos que conocer la forma como los estudiantes de geriatría desarrollan habilidades de comunicación empática en su relación con los pacientes en situación de fin de vida, puede ser de utilidad dado que permitirán con base en el soporte científico producto de esta investigación, comprender la forma como los médicos estudiantes de posgrado desarrollan estas habilidades comunicativas y así proponer acciones para promover e impactar positivamente la formación de los geriatras y en últimas la atención en salud de los adultos mayores.

Marco teórico

En 2013 Cao Q. afirmó en una de sus publicaciones, solo el 35% de los estudiantes de geriatría manifestaron sentirse competentes con relación a los cuidados paliativos y manifestaron necesidades de formación en áreas como en las habilidades de comunicación y el manejo de problemas psicológicos al final de la vida, a pesar de reportar tener profesores dedicados al tema y un plan de estudios oficial. Es por esto, que esta investigación se enmarca en dos teorías principales, las cuales son el constructivismo y las teorías de comunicación en el ámbito de la relación médico-paciente. Hirshfield y Underman (2016) confirman que el uso de la teoría constructivista como enfoque en el desarrollo para los estudios sobre la socialización emocional y la empatía en médicos ha disminuido en los últimos 30 o 40 años.

Constructivismo y construcción social

Somos seres sociales, y como resultado de la interacción con los demás, el constructivismo que hace parte de la escuela cognitiva afirma que el alumno es el actor principal en la construcción de su conocimiento, pues este debe darle sentido a la información recibida en relación a las vivencias proporcionadas por el entorno, el docente y su propia experiencia (Morris, 2018). Bandura (1997) refiere que la autoeficacia es un determinante en la interacción de lo personal y lo cognitivo, por lo cual afirma que según como las personas sienten y piensan, influirá en cómo se comportan. Según lo anterior, si bien, el docente brinda las herramientas para que el estudiante adquiera el conocimiento, este dependerá en gran medida del estudiante. Pero ¿Qué sucede cuando no se cuentan con una educación relacionada a las habilidades comunicativas del personal de salud? Es aquí donde las teorías mencionadas anteriormente toman fuerza, puesto que Kenny (2003) & Cruess (2015) argumentan que por medio de la observación de los demás, existe una capacidad de aprendizaje que resulta siendo un modelo a seguir en el área de la medicina, y por medio de

esto, se llegan a transmitir valores y formas de intervenir con los pacientes e incluso con los demás equipos multidisciplinares.

Por consiguiente, el estudiante aprenderá reinterpretando la información recibida a la luz de sus propias interacciones, así mismo, este proceso se potenciará como resultado según el compromiso que este adquiere, (Bandura, 1997). Diversas investigaciones afirman que si bien, la comunicación en el área de la salud juega un papel importante por sus múltiples beneficios en la relación médico – paciente como por ejemplo la disminución de desconfianza respecto al juicio médico, aumento de adherencia al tratamiento y disminución de las quejas por mala práctica (Laidlaw et.al., 2002), se encuentran barreras para el proceso de enseñanza y aprendizaje de habilidades comunicativas. Reyes y Moreno (2001) afirman que existen defectos importantes en cuanto a que los programas de entrenamiento en comunicación presentan falta de estructura curricular, enfoque y estandarización.

Según Hirshfield & Underman (2017), la empatía es un constructo social clave y está inmerso en el proceso de cuidado y la educación en salud, argumentamos que la empatía, un concepto clave dentro del cuidado de la salud y la educación en salud, es una de esas construcciones sociales. Con esto queremos decir que las respuestas emocionales, como la empatía, se construyen a través de la interacción humana lo consiguiente se encuentra ligado al construccionismo social.

El modelo constructivista incorpora conceptos que facilitan la autonomía del paciente y es considerado dinámico porque en este modelo, el mensaje no es estático, sino que emerge (o se construye) por la interacción de las personas, el médico y el paciente y su familia. Por tanto, el significado del mensaje dado por los profesionales de la salud no es estático, sino que es interpretado y varía según las formas de percibir y entender de las personas. (Veenker H, 2016). A lo que respecta en relación a la comunicación entre médicos y pacientes, es un tema de interés mayor en el campo de la educación médica. Existe una amplia literatura

relacionada con su inclusión en el currículo de diversos programas mediante aproximaciones basadas en teorías o en consensos (Street J, 2013) y con el desarrollo de iniciativas pedagógicas específicas para el desarrollo de habilidades de comunicación en los profesionales de la salud. En particular, en la educación médica, se busca mejorar competencias de comunicación que hagan más humana la atención en salud como parte de un enfoque de cuidado centrado en el paciente. (Mead, N 2000).

Teorías de comunicación en el ámbito de la relación médico-paciente

la comunicación ha sido un tema recurrente de reconocida importancia en el campo de la salud por parte de investigadores, por lo cual se ha generado un cuerpo de conocimiento en crecimiento que busca comprender los modelos explicativos de los fenómenos relacionados con la comunicación entre médicos y pacientes. Lo anterior ha permitido la evolución desde una teoría clásica sobre la comunicación (Berlo, 1960) la cual es estática y falla en explicar la complejidad y las particularidades de las dificultades de la atención en salud a otras teorías emergentes que buscan comprender los fenómenos relacionados que hacen parte de la interacción entre los profesionales y las personas. Es importante mencionar que dicha evolución fue motivada en parte por los cambios experimentados en la relación médico-paciente generados desde la ética y la comprensión moderna del proceso salud enfermedad, en especial, el énfasis que existe hacia el respeto y el empoderamiento de la autonomía de los pacientes. Por tal motivo, los modelos en comunicación han evolucionado desde el modelo clásico, estático y unidireccional a los modelos dinámicos constructivista y transaccional. (Veenker H, 2016).

Ahora bien, en el modelo tradicional la comunicación ha sido entendida más como un proceso para enviar un mensaje desde un receptor (el médico) a un receptor (el paciente) y dicho mensaje consiste en la información que el paciente debe recibir sobre su condición de salud. En contraste con lo anterior, otros modelos ponen de manifiesto que la comunicación

entre médicos y pacientes cumple otras funciones muy relevantes como la construcción de la relación, la recopilación de información, la provisión de información, la toma de decisiones, la respuesta a las emociones, el manejo de la incertidumbre y el empoderamiento de la autogestión del paciente. (Street J, 2013)

Desarrollo de habilidades de comunicación en los estudiantes de medicina

El camino de aprendizaje que recorren los estudiantes de medicina de pregrado y posgrado en cuanto a la comunicación involucra factores relacionados con sus condiciones particulares psicosociales, los sitios de práctica, el proceso de aprendizaje y el currículo entre otros.

Muchos aspectos de la comunicación se aprenden en la práctica clínica, a veces se incluye en actividades de aprendizaje experiencial, cursos específicos dirigidos a esta temática, y no pocas veces se relaciona con el currículo oculto. En ocasiones, el currículo formal entra en tensión con el oculto lo cual genera disonancia cognitiva en los estudiantes. Por este motivo, en muchos casos sería deseable la existencia de un proceso reflexivo metacognitivo y probablemente metalingüístico en los estudiantes, dirigido por un tutor, que haga evidente este proceso, revele aspectos ocultos y promueva la mejora del proceso en los médicos en formación. (Cushing, A.M, 2015) El anterior proceso no es explícito en muchos programas del área de la salud en la actualidad.

Los factores anteriores podrían explicar al menos en parte por qué los estudiantes de medicina aunque estudian teorías de comunicación les es difícil aplicarlas en la realidad, por tal motivo, en la literatura ganan aceptación teorías como la de la interacción social y el lenguaje, que teorizan que el encuentro médico paciente es un evento único y creativo caracterizado por la incertidumbre y por ser un proceso situado por lo cual se requiere que los médicos realicen ajustes continuos en su forma de comunicarse y se aparten de fórmulas preestablecidas. (Durnin S. J, 2010).

Los modelos más utilizados en la literatura se centran preferentemente en los contenidos de información que deben ser ofrecidos a los pacientes más que en los procesos subyacentes a una comunicación óptima dirigida al cumplimiento de los objetivos terapéuticos en los pacientes. Otra de las tensiones encontradas consiste en que en los modelos de comunicación clínica privilegian la visión del paradigma positivista en la transmisión de la información, recomendando, por ejemplo, que a los pacientes se les expliquen situaciones como el pronóstico de un diagnóstico de cáncer o el tiempo de supervivencia con base en estadísticas lo cual muchas veces no es fácil de entender por parte de todas las personas.

Por los motivos antes expuestos, para mejorar la comprensión de la complejidad de la comunicación entre médicos y pacientes se ha promovido el uso de enfoques dialógicos para la formación en comunicación médica (Li C, 2020) lo cual incluye que a los estudiantes se les debe ofrecer el entrenamiento en habilidades de comunicación como herramientas para la solución de problemas del día a día en la práctica clínica.

Otro aspecto relevante para tener en cuenta en el estudio de la comunicación es que la relación entre médicos y pacientes es una relación asimétrica que puede ser abordada por teorías como la teoría del apego que busca comprender la necesidad de los pacientes en buscar seguridad al relacionarse con profesionales expertos. (Salmon P, 2009) Partiendo de lo anterior se busca entender cómo se pueden relacionar médicos y pacientes para mejorar aspectos del cuidado clínico de los pacientes por medio del desarrollo de valores como el altruismo, la autenticidad y la compasión en los profesionales de la salud. La pregunta relevante al campo de la educación sería el cómo enseñar esta ética del cuidado al personal en formación.

En últimas, lo que busca el proceso educativo y sería de relevancia para los docentes, sería generar en los médicos en formación competencias comunicativas que les permitan sortear las dificultades y construir relaciones significativas con los pacientes. Este constructo, no es

fácil de definir, pero en la literatura se subraya la importancia que la competencia en comunicación clínica es un proceso social bidireccional empático y efectivo tanto con el paciente como con su familia e integra aspectos objetivos (biológicos), subjetivos y emocionales y de contexto, orientados a lograr una meta comunicativa específica. (Cabrales R, 2015); (Kiessling C, 2021)

Comunicación de malas noticias en medicina

Según diversos autores una mala noticia es una información que produce un impacto negativo sobre las expectativas de las personas sobre su salud o su vida y que puede generar en ellos un déficit emocional comportamental o cognitivo que puede persistir después de recibir la noticia. (Ptacek, 1996) Este momento es reconocido como incómodo y complejo por médicos de diversas especialidades, es un momento coyuntural en la relación entre médicos pacientes y familiares al generar emociones que varían desde la tristeza, la consternación hasta la ira. (Landa-Ramírez, 2017)

Por los anteriores motivos, se han desarrollado diversos modelos para orientar a los clínicos en el cómo dar las malas noticias. Como ya lo hemos expuesto, no en todas las escuelas de medicina existen de forma explícita programas enfocados en la formación en esta área. las habilidades requeridas incluyen aspectos verbales y paraverbales que incluyen mostrar una actitud cálida, respetuosa, humana y empática (Landa-Ramírez, 2017) para el campo educativo es relevante entender el cómo se desarrollan estas habilidades para potenciarlas en la clínica, lo cual no es claro en la literatura.

Modelo de enseñanza de comunicación médico paciente

Al revisar la literatura, encontramos una propuesta teórico-metodológica de enseñanza de la comunicación médico paciente enfocada en tres dimensiones; biomédico, emocional e identidad cultural. (Hamui-Sutton, A, 2015) En este modelo se reconoce el vínculo extraordinario que existe en la relación médico paciente el cual se enriquece para su mayor comprensión por el aporte de las ciencias sociales, en particular de la antropología

Comunicación empática y cuidados paliativos

Ahora bien, en el contexto específico del cuidado paliativo, el dar malas noticias sobre temas relacionados con pronósticos adversos y manejo de fin de vida incluye constructos como por ejemplo el de la empatía lo cual no es de rutina incluido en currículos sobre comunicación y sin embargo es considerado como relevante en la literatura. Existen estudios que tratan de clarificar el constructo de la “empatía clínica” para facilitar su investigación y desarrollo en los profesionales de la salud. (Lim E 2021)

La empatía, entendida como la capacidad para entender las emociones del otro, es una habilidad interpersonal benéfica que mejora desenlaces en salud y la satisfacción del paciente, está íntimamente ligado a aspectos emocionales de los actores y a aspectos verbales y no verbales y también se ha implicado en la disminución del riesgo de “burnout” de los médicos y en el mayor disfrute de su experiencia profesional. (Beckman, 2012). La teoría interpersonal establece que cada encuentro entre médico y paciente implica el intercambio de conductas sociales y dichas conductas incluyen dos dimensiones la afiliación y el control. (Jordan K 2016) Sin embargo, se aprecia en la literatura, mayor interés en el desarrollo de modelos teóricos bajo paradigmas positivistas que la investigación sobre el cómo trasladar este conocimiento al campo práctico de la educación médica.

Planteamiento de problema

Las habilidades en comunicación son sin duda un pilar en el ejercicio médico, y se necesitan incluso en el proceso de aprendizaje desde el pregrado. Y aun teniendo claro su relevancia en los profesionales del área de la salud, no es una habilidad que este claramente definida en los curriculum de las universidades.

No se tiene una clara definición de cuales las habilidades en comunicación que deben adquirir los estudiantes en sus diferentes niveles de formación, tampoco como se deben enseñar y menos como se deben evaluar. Es por esto que existe un vacío en la educación médica en este tema tan relevante y de impacto en el ejercicio de estas profesiones.

Justificación

En la educación del posgrado de geriatría, la formación en cuidados paliativos es considerada como un área relevante para la atención integral en salud del adulto mayor. Uno de sus elementos curriculares de mayor importancia es el desarrollo de habilidades de comunicación en los estudiantes puesto que a nivel de la práctica profesional estas destrezas dialógicas entre médicos, pacientes y familiares son consideradas esenciales ya que permiten establecer el vínculo médico paciente y/o médico familia, así como brindar de forma oportuna y empática información sobre los diagnósticos, manejos, intervenciones, pronósticos y asistir a los pacientes en la toma de decisiones. (Laidlaw T, 2002) Además, la literatura reporta que las habilidades limitadas en la comunicación por parte de los médicos pueden comprometer la atención en salud de los pacientes. (Tan X, 2021) Por tal motivo, existe interés en los programas de posgrado de geriatría en desarrollar estas habilidades en los residentes. Sin embargo, estudios internacionales y otros realizados en Colombia, demuestran que hay importantes debilidades en la comunicación en la atención del final de la vida, lo cual afecta la calidad de la atención en salud del anciano, de sus familias y cuidadores. (De Vries, 2021; Luna-Meza, A 2021; Calvache J, 2021; Adang E, 2019; Bloomer M, 2018) Los estudios hipotetizan que los motivos de dicha dificultad podrían relacionarse con falta de entrenamiento o de experiencia en la formación de los médicos, no obstante, se advierte que el diseño de sus trabajos no permite adentrarse en las causas de dicha problemática, por lo cual aún no hay claridad en la comprensión de este fenómeno.

Preguntas de investigación y objetivos

Pregunta de investigación

¿Cómo se enseñan las habilidades de comunicación empática para el manejo de situaciones relacionadas con el fin de la vida de los pacientes, a los estudiantes de un programa de geriatría en Colombia?

Objetivos

- Indagar sobre cómo los estudiantes de posgrado de geriatría desarrollan durante el programa académico habilidades de comunicación empática implicadas en la atención en salud de adultos mayores al final de la vida.
- Aportar a la comprensión sobre la formación de estas competencias en los geriatras y ofrecer indicios de cómo potenciar en ellos el aprendizaje de estas habilidades imprescindibles para la atención humanizada en salud.

Materiales y métodos

Diseño de estudio

Estudio de investigación cualitativa, de tipo indagación narrativa de tópicos.

Se utilizó como instrumento de recolección de información entrevistas narrativas, las cuales se realizaron a once participantes, que incluyeron seis estudiantes de una especialización de geriatría (en diferente año de formación) y a cinco docentes de la especialidad que acompañan a los estudiantes en su proceso educativo. Los voluntarios se les invitó a participar, (muestreo no probabilístico en bola de nieve), posterior a la difusión de la realización del estudio por el correo institucional.

Se recopilaron y analizarán los relatos de las experiencias de las personas participantes, se generaron categorías de estudio y se creó una narrativa que integro los hallazgos y que permitió dar respuesta a la pregunta de investigación.

En el presente estudio se entiende como narrativa las experiencias estructuradas y organizadas en forma de relato en las cuales se exploran las formas de pensar, sentir y construir sentido de las personas participantes.

El eje de análisis de la investigación narrativa es la experiencia humana y las historias subyacentes a esas vivencias, sus relaciones, redes de significado y el sentido que le dan las personas. Su epistemología está basada en las ciencias sociales, más específicamente en las situaciones vividas como base para comprender las acciones humanas. La experiencia humana es entendida en este tipo de investigación como una entidad dinámica que se encuentra en permanente estado de flujo, lo cual le otorga complejidad que se construye y que emerge de las personas y sus interacciones. Este paradigma hace que la recolección y posterior análisis de los datos, resulte natural, sin limitarse a los modos asentados en

investigación. Eso es lo que se pretende comprender con este paradigma de investigación, ahondar en la dimensión de la subjetividad humana y la autocomprensión interna de las personas que conforman la sociedad, como parte del proceso de comprensión de la realidad. (Bolívar, B., 2002)

Siendo la comunicación y la empatía al final de la vida un proceso ineludible y eminentemente humano que se construye desde las vivencias de las personas, sus historias son fuentes primarias para lograr la comprensión del fenómeno estudiado. De acuerdo con Chou y Cols: "*La historia hace explícito lo implícito, lo oculto visto, lo no formado, formado, y lo confuso claro*" (citado en Wang C, 2015) Por tal motivo, consideramos apropiado y coherente la selección de la metodología de indagación narrativa para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Participantes y contexto

Los participantes de este estudio fueron seis estudiantes (en diferente año de formación) y a cinco docentes de la especialidad que acompañan a los estudiantes en su proceso educativo.

El programa inicio en agosto de 2010, tiene como sede principal el hospital Universitario San Ignacio y cuenta con el apoyo del Instituto de Envejecimiento de la Facultad de Medicina y la Unidad de Geriátrica del Departamento de Medicina interna. Tiene una duración de 4 años (ocho semestres).

El programa tiene como objetivo formar geriatras con competencias en la atención integral en salud, en investigación, docencia, asesoría y desarrollo de servicios y programas, que

contribuyan a solucionar, en el marco de la ética, los problemas de salud, y psicosociales, de las personas viejas y del envejecimiento en general.

Los primeros egresados se graduaron en el año 2014, y cuenta con más de treinta egresados hasta el momento. Actualmente, 28 residentes cursan la especialización de este programa académico.

Durante su formación, los residentes de esta especialización están enfrentados a la muerte como un proceso natural que sucede en la población adulta mayor, y por tanto al proceso del final de la vida. Esta experiencia no depende de una asignatura o rotación en particular, sino que los acompaña en el transcurrir de los ocho semestres de su formación académica. En la malla curricular se encuentra una asignatura de cuidado paliativo que cursan en tercer o cuarto año de acuerdo al registro calificado al que pertenezca el estudiante, en el momento hay dos registros calificados. Además, realizan un seminario en ética médica y comunicación dentro de la formación integral que pretende brindar la especialización.

Instrumentos de recolección de información cualitativa

En este proyecto de investigación se utilizarán como instrumentos de recolección de información entrevistas narrativas enfocadas en obtener las vivencias de los residentes y los docentes alrededor de la temática en estudio. Previa autorización de los participantes, la información obtenida fue será grabada y posteriormente transcrita y analizada según las categorías emergentes que se identifiquen.

La entrevista de investigación es un proceso comunicativo entre personas que busca indagar sobre subjetividades contenidas en su biografía. Puede ser definida como: “un evento dialógico propiciador de encuentros entre subjetividades, que se conectan o vinculan a través de la palabra, permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones, racionalidades

pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados.” (Velez Restrepo, 2002)

La entrevista narrativa permite, en efecto, recuperar la dimensión temporal de todo proceso social y mostrar las diferentes maneras en que los sujetos actúan dentro de los marcos de acción establecidos por los sistemas sociales en que están inmersos, pero también tiene como característica la flexibilidad para poder ahondar en las creencias y opiniones de las personas y su contexto. Es una técnica que permite que afloren libremente las manifestaciones de los individuos, para que de este discurso puedan emerger relaciones de sentido configuradas en el contexto de las personas participantes.

Los ejes temáticos de la entrevista abarcarán:

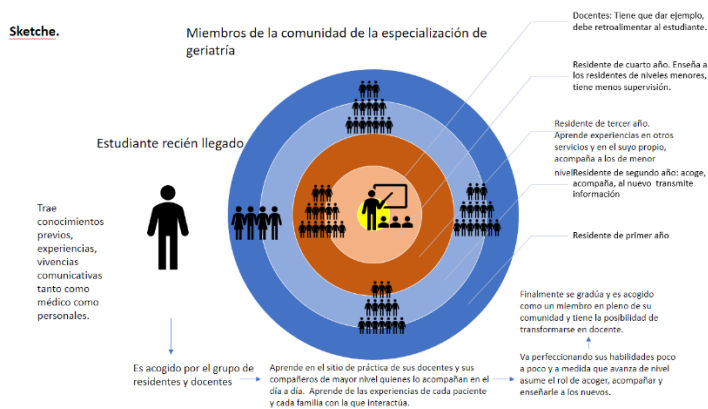
- Experiencias comunicativas con los pacientes y sus familias al final de la vida.
- Evolución o desarrollo de competencias y destrezas dialógicas de los estudiantes con los pacientes y sus familias en situaciones difíciles.
- Aspectos emocionales vinculados con la comunicación con pacientes y familias, durante el desarrollo del programa de geriatría.
- Sentido y significados de la experiencia comunicativa de los residentes durante la residencia.
- Metodologías de adquirir aprendizajes sobre comunicación empática durante la residencia.
- Papel de los docentes, de los textos y de otros aspectos didácticos.

Se solicitó la participación de estudiantes y docentes para reclutarlos hasta alcanzar el punto de saturación de datos; entendido como el momento en el cual no se obtuvo más información nueva que permita el desarrollo o la ampliación de nuevas categorías de análisis.

Las entrevistas se realizaron durante el mes de septiembre del año 2022, por uno de los investigadores quien no tenía ninguna relación de poder con los estudiantes ni vínculo con el hospital ni con la universidad, disminuyendo así los conflictos éticos. El promedio de duración de las entrevistas fue de 30 minutos, siendo la más corta de 15 minutos y la más extensa de 50 minutos, y fueron realizadas en un espacio privado.

Analisis de los datos

El análisis de la información recolectada se realizó según la estructura narrativa del espacio tridimensional, (Connelly y Clandinin, 1995) donde intervienen la interacción, la continuidad y la situación. Se realizó proceso de constelación de historias, que es el análisis de las narrativas dejando en evidencia que las historias narradas se correlacionan entre sí en "nidos de cajas" cambiando, fluyendo, chocando unas contra otras, en una infinidad de patrones (Craig, 2007). Por último, se realizó un proceso de ensamblaje de las narrativas en bosquejos (sketches) los cuales incluyen, los lugares, paisajes, pasado, presente y futuro, armando una historia polifónica basada en las experiencias de los participantes. (Ver Figura 1.)



Fuente: Elaboración propia.

Aspectos éticos

La investigación como actividad para obtener conclusiones que contribuyan y aporten al conocimiento y al desarrollo de la sociedad debe estar enmarcada en lineamientos éticos, por lo cual se manifiesta respetar la normatividad relacionada con los paradigmas bioéticos consignados en la declaración de Helsinki.

Según la resolución número 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, esta investigación se contempla como riesgo mínimo, y se hicieron esfuerzos por disminuir la probabilidad de afectar emocionalmente a los participantes por medio de la preparación del entrevistador. Se garantizará la dignidad, privacidad, confidencialidad y el anonimato de los participantes según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud.

Antes de dar inicio a las entrevistas, se brindó toda la información y se resolvieron dudas, posteriormente se entregó el consentimiento informado (ver anexo). Dicho procedimiento fue realizado por la investigadora María de los Ángeles Sáenz, ya que no está relacionada a la especialidad y con ninguno de los participantes, por lo cual disminuyó el riesgo de coacción.

Consentimiento Informado

Según lo consignado en el artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993, en el consentimiento se dejará de manera expresa información sobre justificación, objetivos, riesgos y beneficios. Se contó con la aprobación de todos los participantes para ser grabados durante la entrevista. De igual manera se garantizó la decisión de retirarse de la investigación en cualquier momento.

Garantizamos que la participación de los entrevistados fue totalmente voluntaria, utilizando el consentimiento informado como la medida que protegió a estas personas de ser reclutados contra su voluntad en la investigación, lo anterior basado en la pauta 15 (CIOMS), (ver anexos).

Confidencialidad

La confidencialidad del participante se aseguró eliminando el nombre en cada entrevista, asignando una numeración específica, la cual solo fue conocida por la entrevistadora.

La información obtenida no fue utilizada para otros fines distintos al cumplimiento de los objetivos de la investigación, las opiniones e inclusive la no participación en la investigación no acarrearán ningún tipo de consecuencia en el programa de estudio que adelantan.

Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales.

Comité de ética

Basándonos en las recomendaciones dadas por el (CIOMS) en su pauta 12, el protocolo del presente trabajo de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación conjunto del Hospital Universitario San Ignacio y de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana (Ver carta de aprobación en anexos).

Archivo de la información obtenida

La información obtenida será dispuesta en el repositorio de datos del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación CRAI de la Universidad de Rosario. Y en el repositorio de

la Pontificia Universidad Javeriana. Se espera que estos sean accesibles por parte de los investigadores por un tiempo máximo de 5 años.

Conflicto de intereses

De acuerdo a la pauta 25 de (CIOMS 25), los investigadores declaramos no estar incursos en ningún tipo de conflicto de interés.

Resultados

Tres narrativas cuentan la respuesta a la pregunta de investigación de este estudio: comunicación empática en geriatría, aprendizaje de la comunicación empática en situaciones de fin de vida y enseñanza de la comunicación empática.

Comunicación empática en geriatría

Las competencias comunicativas son de crucial importancia para todos los médicos. Considero que para ser geriatra uno tiene que saber comunicarse. Sin embargo, no todos tenemos las mismas habilidades de comunicación. Aunque hay personas con habilidades innatas para ser buenos comunicadores creo que todos podemos mejorarlas.

Al recordar mi historia, me doy cuenta de que he recorrido un largo camino de aprendizaje en temas de comunicación. Recuerdo situaciones difíciles durante el internado porque no contaba con la experiencia ni los conocimientos para dar malas noticias, y algunas veces no tuve acompañamiento por parte de los docentes en esta compleja labor. Después como médico general, trabajé y adquirí experiencias y eso mejoró mi confianza en estos temas. Uno de los aspectos que me molestaba previo al ingreso a la residencia fue el darme cuenta de que algunos colegas no hablaban con los ancianos, los “infantilizaban” o se dirigían a los familiares ignorando al abuelo, como si él no estuviera allí, lo cual va en detrimento de su autonomía y afecta su toma de decisiones en salud.

Luego de un tiempo, decidí optar por la geriatría como especialidad. Me pareció un campo de la medicina innovador y con futuro. En general, considero que los geriatras tenemos un alto desarrollo de las habilidades de comunicación lo cual es un aspecto que nos diferencia de otras especialidades médicas. De igual manera considero que la comunicación en geriatría presenta retos especiales porque se debe comunicar de forma eficaz no solo con el paciente sino también con su familia y en ocasiones las personas mayores padecen demencias o limitaciones auditivas que dificultan el proceso.

Al ingresar al programa, me concentré en aprender sobre las enfermedades, síndromes geriátricos y circunstancias relacionadas con el proceso de salud-enfermedad del adulto mayor. Creía que esto era importante puesto que, al comprender las bases fisiopatológicas, entendía lo que le pasaba al paciente y solo entonces podía transmitirle esta información a él y su familia. Fue así como en el hospital, me enfrenté a situaciones de personas ancianas con enfermedades en fase terminal o de agonía. Entonces me di cuenta de que el geriatra también tiene la obligación de saber dar malas noticias. Debo reconocer que no es fácil hablarles a esas familias angustiadas y a las personas moribundas. Dar malas noticias me confronta con mis propias ideas sobre el dolor, el sufrimiento y la muerte, por lo cual, muchas veces experimenté una sensación interna de malestar al tener que dirigirme al paciente y su familia en estas circunstancias. No obstante, tenía la obligación de hacerlo y en el hospital tuve la oportunidad de enfrentarme a menudo a este tipo de situaciones lo cual me permitió desarrollar gradualmente mis habilidades.

En más de una oportunidad como residente, me estrellé contra la ira, la rabia y otras emociones negativas de los familiares de los pacientes. En alguna ocasión, cansado, lleno de trabajo o trasnochado por los turnos me sentía sobrepasado por las circunstancias y me veía a

mí mismo dando información de mala gana o de mala forma ante familias “intensas” o “demandantes” o exasperado enfrentándome a situaciones como “la conspiración del silencio” y en sitios que no facilitan el diálogo como los servicios de urgencias o pasillos congestionados del hospital. Por todo lo anterior, me di cuenta de la importancia de controlar adecuadamente mis emociones. En la comunicación al final de la vida, es tan importante lo que se dice, así como la forma en que se dice, siendo muy relevantes aquellos aspectos no verbales y paraverbales que dejan entrever nuestras emociones.

Considero que el primer paso para una buena comunicación es que de forma genuina el geriatra se preocupe porque su paciente esté mejor, esto quiere decir que le importe su bienestar e incluya sus necesidades en la toma de decisiones. También es importante conocer un poco sobre los interlocutores, quién es el paciente, su nivel de estudios, su procedencia, quiénes son los cuidadores o familiares, su contexto sociocultural. Esto es relevante para planear la forma en que me voy a comunicar. La comunicación plantea un reto especial al ser dinámica y cambiante, no hay dos familias ni dos pacientes iguales.

En todos los casos, el valor de la veracidad es un imperativo. Los médicos tenemos un compromiso en este sentido y siempre debemos decir la verdad. Sin embargo, en algunas situaciones la información debe ser dada de forma gradual para permitirles asimilar lo que se les está diciendo. En este sentido hay que ser considerado con las emociones del paciente y sus familiares, las malas noticias suscitan emociones fuertes y se debe permitir su expresión. Reconozco que la culpa, la rabia o la negación por parte de algunos familiares pueden dificultar el proceso comunicativo por lo cual el médico debe estar atento a reconocer

estas emociones para reaccionar adecuadamente y adaptar su estrategia comunicativa. El geriatra también debe llegar a la habitación del paciente con una actitud de realmente querer comunicarse, de querer establecer una buena relación, para lo cual tiene que demostrar disposición y dedicarles el tiempo suficiente. Así mismo, son importantes estrategias de comunicación como el asegurarnos de haber sido entendidos por medio del “parafraseo” entre otras.

Como geriatra entiendo que la muerte es un proceso natural que hace parte del ciclo vital. Sé que muchas veces no puedo curar, por eso en las situaciones de fin de vida, debo esforzarme por aliviar el sufrimiento mediante una palabra de consuelo, por ofrecer acompañamiento a las familias, por mostrarme sensible y respetuoso frente a sus emociones. En ocasiones esto puede ayudar a redimensionar las experiencias de los familiares y dejar en ellos recuerdos por así decirlo “positivos” frente a la atención recibida, pese a lo difícil que es el fallecimiento de un ser querido.

Considero que la empatía es importante para dar malas noticias. Como todos los seres humanos los médicos en nuestra historia personal enfrentamos experiencias difíciles como la enfermedad grave o la muerte de un ser querido y esas vivencias nos permiten aproximarnos a lo que sienten los familiares. En la residencia noté cómo el abordaje en este sentido era diferente entre quienes previamente habíamos afrontado una pérdida y los compañeros que nunca lo habían hecho. La empatía es una habilidad intrapersonal importante, al ponerse en el lugar del otro, el médico puede, por ejemplo, comprender mejor sus necesidades y establecer prioridades en la atención en salud para ese paciente y además le facilita construir una mejor

relación clínica lo cual en últimas puede generar un impacto positivo en su atención en salud.

Aunque sé que uno de los componentes del acto médico es la neutralidad afectiva, en la especialización me vi muchas veces confrontado a sentir tristeza e impotencia frente a situaciones que vivían algunos pacientes y sus familias y que de forma inevitable tocan tu humanidad. Este permitirse “dejarse tocar por la situación” “abrirse al otro” “salirse de sí mismo” considero que son las bases para una comunicación clínica más empática.

Por todo lo anterior, considero que el posgrado es un espacio de formación en el cual crecí no solo en conocimientos teóricos, sino también en habilidades comunicativas lo cual me ha ayudado a ser un mejor médico y persona.

Aprendizaje de la comunicación empática en situaciones de fin de vida

Al ingresar al programa de geriatría, me sentí parte de un grupo selecto de médicos. Fui acogido por otros residentes más antiguos quienes me enseñaron muchas cosas prácticas de la rutina hospitalaria. Ellos me acompañaron en los turnos y fue así como tuve las primeras experiencias de dar malas noticias a personas mayores en situaciones de fin de vida. Al principio me daba temor el no poder anticipar la reacción de las familias, pero sabía que tenía que controlarme y afortunadamente el acompañamiento de mis compañeros y docentes me ayudó en este proceso. Estas vivencias en el hospital, en la cabecera del paciente fueron muy

valiosas. Poco a poco me sentí con más confianza para abordar estos temas siguiendo el ejemplo de mis residentes mayores y profesores.

Es importante mencionar que la comunicación no es inocua, puede hacer daño a las personas que están atravesando una situación difícil, por lo tanto, en la residencia es fundamental el acompañamiento por parte de los docentes para recibir de ellos sus impresiones o correcciones sobre cómo uno se desempeña en la práctica. La actividad más importante en este punto es la revista o ronda médica en la cual pasamos por las habitaciones revisando uno a uno los casos de los pacientes en grupos pequeños liderados por un docente, por lo cual la interacción con el profesor es muy cercana.

Siempre admiré a los docentes y compañeros que se comunicaban con facilidad con los pacientes. De ellos, casi sin darme cuenta, copié estrategias que me parecían de valor para interactuar con pacientes y cuidadores en momentos difíciles. También considero que aprendí de los errores de los demás cuando se presentaron problemas de comunicación con algunas personas. El trabajo como médico residente con el contacto día a día con todo tipo de pacientes y familias, algunas muy comprensivas otras no tanto, y el observar los diferentes estilos de comunicación de compañeros y docentes al enfrentarse a estas situaciones, enriquecieron mis habilidades y me dotaron de estrategias, fórmulas y herramientas que podía ajustar según las necesidades del momento. Sin embargo, sé que ningún médico se las sabe todas, siempre hay situaciones que generan retos para la comunicación clínica y ciertamente viví momentos en los cuales mis compañeros y yo nos estrellamos con pacientes o familias difíciles.

Más adelante, cursé una asignatura teórica sobre comunicación la cual es obligatoria en el posgrado. Aunque en la actualidad considero que es un tema muy importante, en ese momento estaba más concentrado en el aprendizaje de temas biomédicos. En esa materia nos

enseñaron sobre la relevancia que tiene ser buenos comunicadores en nuestra profesión y en el seno de los equipos de trabajo. Sin embargo, considero que la comunicación en el contexto del cuidado al final de la vida se aprende más en la práctica que con las clases teóricas.

Aunque suene contradictorio con lo anterior, si recuerdo haber participado en algún seminario sobre “cómo dar malas noticias” y me hubiese gustado recibir aún más formación teórica estructurada en este tema desde el primer semestre del posgrado. En este punto quiero mencionar que no se realizan actividades de aprendizaje simuladas para aprender sobre la comunicación. He escuchado que en programas de otros países hacen simulaciones con actores, lo cual creo que podría tener algún rol en el aprendizaje y en retrospectiva pienso que hubiese sido útil el participar en otro tipo de actividades diseñadas para este fin con las cuales no se contaba en ese momento.

Finalmente, a medida que pasó el tiempo, me vi a mí mismo ayudando a los residentes menores, es decir, a los recién ingresados al programa a desempeñarse en las actividades cotidianas del hospital y traté de transmitirles mis aprendizajes de esos años. Los docentes tenían confianza en mis habilidades y me dieron mayor autonomía lo cual me hizo sentirme orgulloso del proceso que había vivido y fue así como después de cuatro años de esfuerzo, estudio y trabajo me gradué como geriatra y fui reconocido por todos como especialista o “profe” como empezaron a decirme entonces los residentes que habían sido mis compañeros.

Enseñanza de la comunicación empática

Al graduarme, tuve la oportunidad de integrarme de inmediato al cuerpo docente de la especialización. Fue para mí un privilegio adoptar el rol de profesor en mi propia alma mater

y asumí el reto de enseñar y transmitir conocimientos a los estudiantes. Fue así como continué con el modelo de enseñanza que había aprendido en mis años de residente. Tenía responsabilidades asistenciales que compartía con los residentes, pasaba la ronda con ellos, supervisaba su desempeño, les hacía preguntas, les ponía tareas y revisábamos temas.

En cuanto a la enseñanza de la comunicación, la geriatría favorece una aproximación más holística al proceso salud-enfermedad de las personas mayores que trasciende lo meramente clínico, por lo cual la enseñanza de estas habilidades se da de forma transversal durante todos los años de la especialidad con el estudio de los casos y los aportes de los docentes expertos en bioética y antropología que hacen parte del grupo.

En mi caso personal, consideraba como una oportunidad para enseñar los casos de pacientes al final de la vida. Acompañaba al residente y supervisaba su actuar. Si era recién llegado al programa entonces yo le hablaba al paciente, luego, en otros casos le permitía que él diese la información mientras lo observaba y cuando era necesario le daba retroalimentación. Traté de enseñarles cosas como evitar el uso de eufemismos, a conocer a la persona que va a ser su interlocutor y a utilizar un lenguaje comprensible para ellos.

Ahora que lo reflexiono, me doy cuenta de que realmente no está escrito cómo enseñar adecuadamente este tipo de comunicación. Considero que lo más importante es dar el ejemplo, en especial en situaciones difíciles, lo cual le permite al residente observar la forma como uno se comunica y creo que así también se aprende. Lo anterior trae como consecuencia que el docente debe ser un referente en comunicación y atención humana a los pacientes. También es importante observar el desempeño de los estudiantes en el sitio de práctica y estar en la disposición de retroalimentarlos continuamente. Así mismo, el docente les debe ayudar a los estudiantes a gestionar sus emociones porque con frecuencia los casos de personas al final de vida tocan fibras sensibles en ellos.

Otro dilema que surge y me parece relevante, es que la evaluación de habilidades de comunicación empática no está claramente estructurada, no cuenta con criterios precisos y considero que tiene una alta carga de subjetividad. Creo que sería importante que el estudiante se autoevalúe y podría ser útil entrevistar a los pacientes y familiares sobre su satisfacción con el proceso de comunicación. También podrían desarrollarse rúbricas, las cuales en el momento no existen. En todo caso creo que estos temas podrían incluirse en la evaluación de desempeño de los residentes.

Para mejorar la enseñanza, un buen punto de partida sería la reflexión por parte del docente sobre sus propias falencias, ya que, al enseñar con el ejemplo, el profesor debería estar atento a sus propias actitudes y habilidades comunicativas y uno también puede aprender de sus errores. También considero que el docente debe conocer a su estudiante porque cada persona tiene competencias diferentes de comunicación y al conocerlo puede establecer metas y objetivos individualizados. Otro aspecto importante, sería el de mejorar la retroalimentación que se les da a los estudiantes, debería existir algunos lineamientos o metodología en este sentido ya que no siempre es fácil hacerle ver los errores a los estudiantes de forma constructiva y formativa.

Sin lugar a duda, una parte del aprendizaje de la comunicación empática se da de forma no intencional o dirigida, por lo cual considero que esto podría mejorarse al incluir de forma explícita la comunicación empática en el currículum formal, para lo cual, por ejemplo, se podrían revisar los objetivos de aprendizaje de las rotaciones para asegurarnos de incluir competencias de comunicación y estructurar procesos pedagógicos encaminados al logro de estos.

Por último, considero que ser llamado profesor es una gran responsabilidad, pero no basta con tener experticia en una disciplina o especialidad médica específica. Para ser docente se

requiere de vocación y del desarrollo de competencias específicas sobre procesos de enseñanza-aprendizaje por lo cual considero que los docentes en los hospitales universitarios debemos tener formación continua en temas de educación y comunicación lo cual redundará en el beneficio de los estudiantes, los pacientes y la sociedad en general.

Discusión

Las competencias en comunicación son cruciales para la formación de los profesionales en todas las áreas de la salud. Aunque en la literatura sobre educación médica existe un gran interés en este campo y se describen múltiples estrategias y metodologías para mejorar su aprendizaje, no hay claridad en cómo potenciar la enseñanza-aprendizaje de la comunicación empática en el escenario de los posgrados médicos. En esta investigación planteamos como objetivo indagar cómo se enseñan y cómo se aprenden habilidades de comunicación empática para el manejo de situaciones relacionadas con el fin de vida de los pacientes en un programa de posgrado en geriatría.

Los resultados más relevantes de nuestro estudio incluyeron: a) las habilidades clínicas de comunicación empática son consideradas por los participantes como de central importancia en la formación de los médicos geriatras y se aprenden de forma gradual durante todos los años de residencia. b) la comunicación empática en el posgrado de geriatría se aprende en el sitio de práctica por medio de la interacción social entre residentes, docentes, pacientes y familiares; y c) no hay claridad en cómo se debe enseñar ni en cómo evaluar este tipo de habilidades comunicativas. También encontramos que los docentes consideran que la comunicación empática debería incluirse de forma explícita en el currículum formal y no se cuentan con modelos pedagógicos o guías de práctica educativa para potenciar el desarrollo de estas habilidades en los residentes.

A continuación, discutiremos los hallazgos más relevantes enunciados anteriormente.

La competencia en comunicación empática en los escenarios de práctica clínica es entendida por los participantes de forma similar a lo descrito en la literatura como un proceso social bidireccional comprensivo y afectivo, tanto con el paciente como con su familia lo cual incluye aspectos biológicos, subjetivos, emocionales y de contexto orientados a lograr una

meta comunicativa específica (Cabrales, 2015). Nuestros hallazgos principales relacionados en el cómo se da la comunicación empática en el contexto de malas noticias están alineados a las teorías de comunicación dinámica, constructivista o transaccional presentes en la literatura (Veenker & Paans, 2016). Estas teorías como lo deja entrever la narrativa presentada ponen de manifiesto que la comunicación entre médicos y pacientes va más allá de la transmisión de información y cumple otras funciones relevantes como la construcción de la relación médico-paciente, la recopilación de información, la provisión de información, la toma de decisiones, la respuesta a las emociones, el manejo de la incertidumbre y el empoderamiento de la autogestión del paciente (Street & De Haes, 2013).

En la narrativa encontramos cómo los residentes responden a diferentes escenarios cambiando su estrategia comunicativa y reaccionan a las respuestas verbales y emocionales de sus interlocutores lo cual está alineado con modelos de comunicación como el constructivista, en el cual el mensaje emerge o se construye por la interacción de las personas, en este caso el médico, el paciente y su familiar, por lo cual el mensaje es reinterpretado y varía según la forma como las personas lo perciben y lo comprenden (Ruben, 2016)

Por otro lado, la empatía clínica es entendida en nuestro trabajo como un constructo relacionado con la capacidad para entender las emociones del otro, a través de un proceso afectivo, cognitivo, imaginativo, relacional y comportamental (X. H. Tan et al., 2021). Nuestros hallazgos apuntan en la dirección a que la empatía clínica es una habilidad interpersonal benéfica que mejora los desenlaces en salud, la satisfacción de los involucrados y que está íntimamente ligada a aspectos emocionales de las personas.

Otro hallazgo interesante consiste en que los residentes aprenden comunicación empática al interactuar con otros residentes, al observar el ejemplo de sus profesores y al practicar en el día a día del ambiente hospitalario con pacientes y familias. Esto puede ser explicado por teorías de aprendizaje sociocultural. En nuestro análisis identificamos los elementos conceptuales presentes en la literatura vinculados a este grupo de teorías lo cual incluye por ejemplo que el aprendizaje ocurre mediante la participación social, que los contextos sociales le dan forma y son moldeados por las herramientas lingüísticas y las normas culturales limitan el comportamiento y también crean el espacio para que los individuos creen nuevos escenarios (Kahlke, Bates, & Nimmon, 2019) .

Nuestros hallazgos sugieren que en el programa de geriatría se aprende a través de la teoría de comunidades de práctica. Esta teoría fue desarrollada por los autores Lave y Wenger y de forma sintética podemos afirmar que se basa en cuatro elementos del aprendizaje profundamente interrelacionados: el significado, la práctica, la comunidad y la identidad. Es importante mencionar que esta teoría establece un marco de referencia para analizar el aprendizaje como producto de la participación social. La participación hace referencia a la producción colaborativa de conocimiento como un proceso activo generado un grupo de personas lo cual además fomenta la construcción de una identidad común (Hodson, 2020). En geriatría, la construcción de identidad por medio del compartir intereses comunes permite la interacción continua y el refuerzo de las relaciones, además de la profundización de conocimiento y de las experiencias en los sitios de práctica.

Vale la pena acotar que las comunidades de práctica están constituidas por profesionales que interactúan para abordar problemas del día a día, quienes se asocian para aprender juntos. (Peréz y Goñi, 2020) Los elementos centrales que la conforman como espacio de

aprendizaje incluyen el compromiso mutuo, la empresa conjunta que adelanta el grupo, el lenguaje común y otras rutinas compartidas (Hodson, 2020). Todos los anteriores son elementos que se destacan en la segunda narrativa, en las vivencias del día a día de los estudiantes de posgrado de geriatría. En adición a lo anterior, en la narrativa sale a relucir que el aprendizaje se media en un proceso gradual de interacción entre los mismos estudiantes de todos los niveles, sus docentes y los pacientes y las familias. Los estudiantes no solo aprenden de sus docentes sino también de sus compañeros y de las experiencias a que se enfrentan en la práctica diaria hospitalaria. Lo anterior es una instancia de aprendizaje que no ha sido aprovechado de forma óptima en la educación de posgrados médicos debido al énfasis que se realiza tradicionalmente en la realización de seminarios y clases sobre el tema. Al respecto, en la literatura encontramos como *The Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) propuso herramientas para la enseñanza de comunicación la cual incluye estrategias como la observación directa de los estudiantes brindándoles retroalimentación frecuente, la grabación en video del desempeño de los residentes, realizar juegos de roles, simulaciones y grupos de discusión, estrategias que, aplicadas en nuestro contexto y centradas fundamentalmente en la práctica clínica, podrían potenciar el aprendizaje de los estudiantes al aprovechar mejor las interacciones sociales. (Rider & Keefer, 2006)

Otro hallazgo consistió que, en la especialidad de geriatría, existe una comunidad con varios tipos de miembros, por un lado, los residentes recién llegados que son acogidos por residentes mayores y por los docentes quienes los orientan para las actividades clínicas diarias y en la medida que el recién llegado avanza de nivel y desarrolla mayores habilidades, participa activamente en la enseñanza de otros novatos, lo cual es similar a lo descrito en la literatura con respecto a la teoría comunidades de práctica la cual describe los llamados miembros

centrales que son más activos y experimentados y que en nuestra narrativa incluirían a los docentes y a los estudiantes de los últimos años, un grupo de moderada actividad y el grupo de personas recién llegadas a la comunidad en las cuales el programa busca promover su participación periférica legítima (Graven, 2003).

En la narrativa se destaca que se enseña mediante el ejemplo y como lo indican autores como Kenny & Cruess (Kenny, Mann, & MacLeod, 2003) (Cruess & Cruess, 2017), la observación de los demás puede ser una instancia de aprendizaje al establecer modelos a seguir en el ejercicio de la medicina y por este medio se transmiten valores y formas de intervenir con los pacientes y las demás personas de los equipos multidisciplinares.

Además, encontramos que los docentes no cuentan con guías de práctica que orienten sobre los mejores métodos para enseñar este tipo de comunicación empática en pacientes al final de la vida lo cual implica que no hay claridad en cuáles son las mejores actividades educativas, metodologías, didáctica y mecanismos de evaluación para el aprendizaje que potencien estas habilidades en los estudiantes. Al respecto, en la literatura se destaca la dificultad que existe en trasladar el conocimiento de las teorías de comunicación de los salones de clase a la práctica clínica para la formación de los profesionales de la salud (Ammentorp J, 2022)

Aunque todos los participantes consideran como importante este tipo de competencias, la enseñanza de la comunicación empática no se encuentra explícita en el currículo formal y se aprende en gran parte a través del currículo oculto, este es definido como el conjunto de contenidos que en un contexto educativo, se transmite de manera implícita (Acaso y Nuere, 2005) lo cual puede generar problemas como en algunos casos disonancias cognitivas en los estudiantes por lo cual sería deseable la existencia de un proceso reflexivo, metacognitivo y metalingüístico en los estudiantes con sus docentes en que se haga evidente este proceso,

revele sus aspectos ocultos y promueva la mejora del proceso en los médicos geriatras en formación (Cushing, 2015).

Para terminar, aunque no existe acuerdo en la literatura sobre cómo se debería enseñar la comunicación empática en los programas de geriatría, nuestros hallazgos sugieren que la enseñanza-aprendizaje de la comunicación con el paciente y su familia se debería enfocar en la práctica formalizando las comunidades de aprendizaje que conforman profesores, residentes mayores y menores, y pacientes y familiares.

Limitaciones del estudio

Nuestra investigación se adentra en la comprensión de cómo se da el proceso enseñanza-aprendizaje de la comunicación empática entre médicos y pacientes al final de vida, sin embargo, se limita a estudiar el caso de un programa de geriatría con las particularidades y las dinámicas propias de este que no necesariamente son las mismas en todos los programas de posgrado en la materia. Si bien las competencias en comunicación de malas noticias son habilidades transversales y centrales para todas las especialidades médicas y otras profesiones de la salud y el proceso de enseñanza aprendizaje probablemente también sea un proceso situado en los sitios de práctica y mediado por teorías socioculturales de aprendizaje, no es claro si nuestro hallazgo de la existencia de una comunidad de práctica no formalizado se dé también en otras especialidades clínicas.

Implicaciones

La literatura en educación médica resalta el vínculo extraordinario que se genera en la relación médico-paciente por lo cual se encuentran descritas propuestas teórico-metodológicas de la enseñanza de la comunicación médico paciente enfocada en tres dimensiones, biomédico, emocional e identidad cultural (Alicia Hamui Sutton et al., 2015).

En este sentido y teniendo en cuenta que nuestros hallazgos están en relación a que la comunicación empática entre médicos y pacientes al final de la vida se da fundamentalmente en la práctica hospitalaria podría estructurarse un modelo pedagógico que oriente a los docentes a mejorar la enseñanza y a potenciar en los estudiantes el aprendizaje de estas habilidades lo cual ciertamente puede impactar la atención en salud de las comunidades y mejorar la satisfacción con el proceso de comunicación no solo en los pacientes sino también en los mismos profesionales de la salud.

Por último, consideramos que hacen falta más investigaciones sobre comunicación empática en el campo de la educación médica, dirigidas a dilucidar cuáles serían las mejores estrategias en términos de actividades de aprendizaje, el rol de la simulación, los mecanismos más efectivos de retroalimentación y evaluación de los estudiantes y en cómo hacer explícito en el currículo el desarrollo de estas competencias relevantes hoy por hoy en la educación médica.

Conclusiones

Con base en nuestros hallazgos, la comunicación empática al final de la vida se enseña y se aprende a través de la práctica y el ejemplo. Esta aproximación se organizó en nuestro caso a través de una comunidad de práctica, que, si bien no se encontraba formalizada en el currículo, fue identificada como la principal forma en el que los residentes aprendían a comunicar malas noticias. Aunque el uso de seminarios para enseñar teóricamente cómo un residente se debe comunicar empáticamente con sus pacientes y familiares fueron percibidos por los participantes como útiles, nuestros resultados orientan en la dirección que el proceso de enseñanza-aprendizaje de la comunicación en estos contextos es fundamentalmente un proceso situado y mediado por teorías socioculturales. Estos hallazgos son relevantes porque permitirían apoyar el desarrollo de un proyecto pedagógico alineado que potencie el aprendizaje de estas competencias en los estudiantes.

Bibliografía

- Alicia Hamui Sutton, D., Hamui-Sutton, A., Guadalupe Grijalva, M., Paulo-Maya, A., Dorantes-Barrios, P., Sandoval-Ramírez, E., ... de Revisión, A. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural Three dimensions of the physician patient communication: biomedical, emotional and cultural identity. *Revista CONAMED*, 20(55), 17–26.
- Ament Giuliani Franco, C., Franco, R. S., Cecilio-Fernandes, D., Severo, M., Ferreira, M. A., & De Carvalho-Filho, M. A. (2020). Added value of assessing medical students' reflective writings in communication skills training: A longitudinal study in four academic centres. *BMJ Open*, 10(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038898>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: WH Freeman.
- Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*, 87(6), 815–819
- Cabrales, R. A. (2015). Towards a concept of Communicative Competence in Health: a qualitative study in medical residents. *Tuning Journal for Higher Education*, 2(2), 309. [https://doi.org/10.18543/tjhe-2\(2\)-2015pp309-337](https://doi.org/10.18543/tjhe-2(2)-2015pp309-337)
- Cassels, T. G., Chan, S., Chung, W., & Birch, S. A. J. (2010). The role of culture in affective empathy: Cultural and bicultural differences. *Journal of Cognition and Culture*, 10(3–4), 309–326. <https://doi.org/10.1163/156853710X531203>
- Cox, A., & Li, S. (2020). The medical consultation through the lenses of language and social interaction theory. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 25(1), 241–257. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-09873-2>
- Craig, C. J. (2007). Story constellations: A narrative approach to contextualizing teachers' knowledge of school reform. *Teaching and Teacher Education*, 23(2), 173–188. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2006.04.014>
- Cruess, S. R., & Cruess, R. L. (2017). From Teaching Professionalism to Supporting Professional Identity Formation: Lessons from Medicine. *Mercer Law Review*, 68(3), 665–685. Retrieved from <http://ezproxy.newcastle.edu.au/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=124198739&site=ehost-live&scope=site>
- Cushing, A. M. (2015). Learning patient-centred communication: The journey and the territory. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1236–1242. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.024>
- Dvash, J., & Shamay-Tsoory, S. G. (2014). Theory of mind and empathy as multidimensional constructs: Neurological foundations. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 282–295. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000040>

Dennick R. (2016). Constructivism: reflections on twenty five years teaching the constructivist approach in medical education. *International journal of medical education*, 7, 200–205. <https://doi.org/10.5116/ijme.5763>.

Evelyn Lim, Laurence Tan, Sok Ying Liaw, Tanya Tierney, Mai Khanh Le, Chou Chuen Yu, Yun Ying Ho, Daphne Lim, Reuben Ng, Colin Ngeow, & James Low. (2021). Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045224>

Hamui-Sutton, A., Guadalupe Grijalva, M., Paulo-Maya, A., Dorantes-Barrios, P., Sandoval-Ramírez, E., García-Télez, S. E., Durán-Pérez, V. D., & Hernández-Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, 20(1), 17–26.

Hardy C. Empathizing with patients : the role of interaction and narratives in providing better patient care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2016;1–12.

Hirshfield, L., Underman, K., Empathy in medical education: A case for social construction, *Patient Educ Couns* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.027>

Hodson, N. (2020). Landscapes of practice in medical education. *Medical Education*, 54(6), 504–509. <https://doi.org/10.1111/medu.14061>

Jordan, K. D., & Foster, P. S. (2016). Medical Student Empathy: Interpersonal Distinctions and Correlates. *Advances in Health Sciences Education*, 21(5), 1009–1022.

Kahlke, R., Bates, J., & Nimmon, L. (2019). When I say ... sociocultural learning theory. *Medical Education*, 53(2), 117–118. <https://doi.org/10.1111/medu.13626>

Kenny, N. P., Mann, K. V., & MacLeod, H. (2003). Role Modeling in Physicians' Professional Formation: Reconsidering an Essential but Untapped Educational Strategy. *Academic Medicine*, 78(12), 1203–1210. <https://doi.org/10.1097/00001888-200312000-00002>

Kiessling, C., & Fabry, G. (2021). What is communicative competence and how can it be acquired? *GMS Journal for Medical Education*, 38(3), 1–9. <https://doi.org/10.3205/zma001445>

Kirshen, A. J., & Roff, S. L. (2011). Defining palliative care competencies in canadian geriatric medicine subspecialty training. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(10), 1981–1983. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03610_14.x

Laidlaw, T. S., MacLeod, H., Kaufman, D. M., Langille, D. B., & Sargeant, J. (2002). Implementing a communication skills programme in medical school: Needs assessment

and programme change. *Medical Education*, 36(2), 115–124.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01069.x>

Landa-Ramírez, E., López-Gómez, A., Jiménez-Escobar, I., & José Sánchez-Sosa, J. (2017). Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros. *Revista Medica Del IMSS*, 55(6), 736–747.

Manidis, M., & Scheeres, H. (2012). Towards understanding workplace learning through theorising practice: At work in hospital emergency departments. In P. Hager, A. Lee, & A. Reich (Eds.), *Practice, learning and change* (Vol. 8, pp. 103–118)

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087–1110.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)

Morris, C. (2018). Work-based Learning. In *Understanding Medical Education* (eds T. Swanwick, K. Forrest and B.C. O'Brien)

Owen Hargie. (2006). *Skill in theory: Communication as skilled performance* (3rd Edition, Owen Hargie, ed.). <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203007037>

Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J. J. A., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 420–445. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.018>

Pautex, S., Roller-Wirnsberger, R., Singler, K., & Van den Noortgate, N. (2021). Palliative care competencies for geriatricians across Europe: a Delphi consensus study. *European Geriatric Medicine*, 12(4), 817–824. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00445-5>

Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496–502.

Rodolfo A. Cabrales. (2015). Towards a concept of Communicative Competence in Health: a qualitative study in medical residents. *Tuning Journal for Higher Education*, 2(2), 309–337.
[https://doi.org/10.18543/tjhe-2\(2\)-2015pp309-337](https://doi.org/10.18543/tjhe-2(2)-2015pp309-337)

Salgado, A. (2007). Evaluación Del Rigor Metodológico Y Retos. *Liberabit*, 13(1729–4827), 71–78.

Salmon, P., & Young, B. (2009). Dependence and caring in clinical communication: The relevance of attachment and other theories. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.011>

Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Problem-based learning: constructivism in medical education. *Education for health (Abingdon, England)*, 26(3), 197–198. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.126013>

Street, R. L., & De Haes, H. C. J. M. (2013). Designing a curriculum for communication skills training from a theory and evidence-based perspective. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.012>

Sweeney K, Baker P. Promoting empathy using video-based teaching. *Clinical Teacher*. 2018;15(4):336–40.

Tan, L., Le, M. K., Yu, C. C., Liaw, S. Y., Tierney, T., Ho, Y. Y., ... Low, J. (2021). Defining clinical empathy: A grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ Open*, 11(9), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045224>

Tan, X. H., Foo, M. A., Lim, S. L. H., Lim, M. B. X. Y., Chin, A. M. C., Zhou, J., ... Krishna, L. K. R. (2021). Teaching and assessing communication skills in the postgraduate medical setting: a systematic scoping review. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02892-5>

Van Dalen, J., Kerkhofs, E., Van Knippenberg-Van Den Berg, B. W., Van Den Hout, H. A., Scherpbier, A. J. J. A., & Van Der Vleuten, C. P. M. (2002). Longitudinal and concentrated communication skills programmes: Two dutch medical schools compared. *Advances in Health Sciences Education*, 7(1), 29–40. <https://doi.org/10.1023/A:1014576900127>

Van Vliet, L. M., & Epstein, A. S. (2014). Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: Patients' need to know and need to feel known. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3474–3478. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.0425>

Van Vliet, L. M., Lindenberger, E., & van Weert, J. C. M. (2015). Communication with older, seriously ill patients. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(2), 219–230. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.007>

Veenker, H., & Paans, W. (2016). A dynamic approach to communication in health literacy education. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0785-z>

Anexos

INTRODUCCIÓN

Fecha: _____ (DD/MM/AAAA)

Versión del Formato de Consentimiento Informado: _____ (Número de versión y fecha de aprobación).

Este documento de consentimiento es para uso en un proyecto de investigación que involucrará a sujetos que quizá tengan o no la capacidad de dar consentimiento para su participación. En este documento de consentimiento, “usted” hace referencia al participante de la investigación. Si usted es un representante legal, recuerde que “usted” hace referencia al participante de investigación.

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación “Enseñanza de las habilidades de comunicación empática en cuidados paliativos en los estudiantes de geriatría.”

Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. El proyecto es realizado por la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad del Rosario en el programa de Maestría de Educación para profesionales de la salud. Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Por qué se debe realizar este estudio?

Con esta investigación se pretende comprender la forma como se aprenden habilidades de comunicación empáticas en los estudiantes de posgrado de geriatría en el escenario de pacientes al final de la vida, lo cual en últimas busca dar a los docentes elementos fácticos que mejoren el proceso de aprendizaje de dichas competencias en los estudiantes.

2. ¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Indagar sobre cómo los estudiantes de posgrado de geriatría desarrollan durante el programa académico habilidades de comunicación empática implicadas en la atención en salud de adultos mayores al final de la vida.

Aportar a la comprensión sobre la formación de estas competencias en los geriatras y ofrecer indicios de cómo potenciar en ellos el aprendizaje de estas habilidades imprescindibles para la atención humanizada en salud.

3. ¿En qué consiste el estudio?

Se trata de una investigación cualitativa en la cual se realizarán entrevistas a docentes y estudiantes, y se les realizarán preguntas sobre su proceso personal de desarrollo de habilidades de comunicación y empatía en pacientes al final de la vida. Se recopilarán y analizarán los relatos de las experiencias de las personas participantes, se generarán categorías de estudio y se creará una narrativa que integre los hallazgos y que permita dar respuesta a la pregunta de investigación.

4. ¿Cuáles son las molestias o los riesgos esperados?

Es posible que en la entrevista se rememoren momentos difíciles implicados en la atención de pacientes al final de la vida lo cual podría generar algún disconfort emocional en los participantes.

5. ¿Cuáles son los beneficios que puedo obtener por participar? La participación en el estudio es completamente voluntaria y no implica beneficios de ninguna índole.

6. ¿Existe confidencialidad en el manejo de mis datos? Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales.

La confidencialidad del participante se asegurará eliminando los nombres propios en cada entrevista, se asignará una numeración específica a cada entrevistado, la cual solo será conocida por la entrevistadora.

Las entrevistas serán grabadas y posteriormente transcritas, la información será sometida a un proceso de análisis cualitativo en donde se codificará y se identificarán categorías de análisis para finalmente construir una narrativa que no particulariza los datos individuales de los participantes.

La información obtenida será dispuesta en el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación CRAI de la Universidad de Rosario, específicamente en el repositorio de datos de investigación, donde al depositar los datos, se espera que estos sean accesibles por parte de los investigadores. Dicha información será guardada por un tiempo máximo de 5 años. Estos datos serán archivados preservando el anonimato y para tal fin estarán codificados.

7. ¿Existe alguna obligación financiera? Participar en este estudio no tiene ningún costo económico para usted.

8. ¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?

La participación en el estudio se limita a una entrevista que puede tener una duración estimada entre 40 minutos a una hora.

9. ¿Qué sucede si no deseo participar o me retiro del estudio?

Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto lo afecte de manera alguna.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que en un lenguaje claro y sencillo se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento.

Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio “Enseñanza de las habilidades de comunicación empática en cuidados paliativos en los estudiantes de geriatría.”

Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador principal: Sandra Milena 3108753158. Presidente del Comité de Ética Institucional: **Nombre, Teléfono, Dirección.**

Nombre del participante	
Firma del participante	
Número de documento de identidad	
Teléfono	
Fecha	

Nombre del Representante Legal	
Firma	
Número de documento de identidad	
Teléfono	
Relación con el participante	
Fecha	

Nombre del Testigo Imparcial 1	
---------------------------------------	--

Firma	
Número de documento de identidad	
Teléfono	
Relación con el participante	
Fecha	
Nombre del Testigo Imparcial 2	
Firma	
Número de documento de identidad	
Teléfono	
Relación con el participante	
Fecha	
Nombre del miembro del equipo de investigación que realiza el proceso de consentimiento	María de los Ángeles Sáenz Nieto
Firma	
Número de documento de identidad	c.c 1.015.430.031
Fecha	
Rol en el proyecto	Único entrevistador



Especialización en Educación para Profesionales de la Salud (EEPS)
Maestría en Educación para profesionales de la Salud (MEPS)



Abril 29 de 2022, Bogotá D.C.

Doctores

Sandra Milena Caicedo Correa

Fabián Alexander Leal Arenas

María de los Ángeles Sáenz Nieto

Estudiantes Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

Universidad del Rosario - Pontificia Universidad Javeriana

Ciudad

Ref: Aval técnico trabajo de grado Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

Respetados doctores, reciban un cordial saludo.

Por medio de la presente nos permitimos informar que el trabajo de grado titulado "Enseñanza de las habilidades de comunicación empática en cuidados paliativos en los estudiantes de geriatría.", fue presentado al Comité Académicos de la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud, de la Universidad del Rosario - Pontificia Universidad Javeriana, el día 29 de abril de 2022. Una vez evaluada la rigurosidad técnica del protocolo de investigación, el Comité Académico ha dado aprobación a la propuesta. La tesis en mención será supervisada por el profesor Asociado de la Universidad del Rosario John Alexander Vergel.

Cordialmente,

IVÁN SOLARTE RODRÍGUEZ

solarte@javeriana.edu.co

Codirector Maestría en Educación para
Profesionales de la Salud

FRANCISCO OLMOS VEGA

folmos@javeriana.edu.co

Codirector Especialización en Educación para
Profesionales de la Salud

FM-CIE-1089-22

Bogotá, 23 de noviembre de 2022

Doctora
Sandra Milena Caicedo Correa
Investigador Principal

Ref. "235-2022-Descripción de pacientes manejados con plan de atención de fin de vida y/o sedación paliativa en un hospital de alta complejidad" **2022/205**

Apreciada doctora

El Comité de Investigaciones y Ética Institucional de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y el Hospital Universitario San Ignacio declara su total adherencia a los principios éticos y científicos enunciados en la Declaración de Helsinki. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, las Guías de Armonización, Buena Práctica Clínica en Investigación, International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH), y la Resolución 2378 de 2008, por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos y a las demás normas nacionales que aplican en la investigación biomédica

Por medio de la presente le comunico que en la sesión ordinaria del 09/11/2022 de **Nº Acta 20/2022**, el Comité de Investigaciones y Ética Institucional de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y el Hospital Universitario San Ignacio, analizó los contenidos de los documentos presentados, y aprobó el proyecto.

Se presentó toda la documentación necesaria para evaluar el estudio. Los miembros del equipo de investigación son idóneos para participar. El proyecto es pertinente y cumple con el rigor metodológico para este tipo de diseño. Las consideraciones éticas se adhieren a las normas nacionales e internacionales, permiten determinar que se realizará una selección justa de los sujetos y que se respetarán sus derechos y se tomarán las medidas que garanticen su seguridad y bienestar. La relación riesgo beneficio es favorable para los sujetos.

La aprobación implica que el Investigador se compromete a:

1. Registrar el proyecto en el sistema SIAP, de la Pontificia Universidad Javeriana, si aplica.
2. Conducir el proyecto de acuerdo con el protocolo sometido y aprobado por el CIEI.
3. Enviar para revisión y aprobación las enmiendas del proyecto antes de implementarlas.
4. Notificar al CIEI cambios en los integrantes del equipo de investigación.
5. Notificar al Comité si el proyecto es descontinuado.
6. Entregar un informe de avance anual y el informe de cierre del estudio al Programa de Investigación Segura investigacionsegura@husi.org.co
7. Recibir las monitorias y auditorias del Programa de Investigación Segura en cualquier momento durante la conducción.
8. Notificar al Comité las desviaciones detectadas.
9. Si durante la conducción del estudio se identifican faltas a la integridad científica, éstas se deben notificar al programa de investigación segura mediante el siguiente enlace <http://i.mp/3aOuvT8>
10. Los datos del proyecto deben ser alojados en REDCap.