

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Relación estudiante de medicina-enfermo: visión de los estudiantes

Juan Pablo Beca I¹, Francisca Browne L², Paula Repetto L¹, Armando Ortiz P¹, Camila Salas A¹.

Medical student - patient relationship: the students perspective

Background: *The relationship between medical students and patients has special characteristics that require to be well understood to prepare both students and tutors. **Aim:** To learn about medical students' thoughts and experiences once they start working with patients, how do they solve difficulties or problems and their perceptions about professional roles and patient rights. **Material and methods:** Qualitative study based on semi-structured interviews applied to 30 volunteer third year medical students who were beginning their clinical practice. The answers to open questions were transcribed and them analyzed and grouped by topics and categories. Results: Helping other was the main motivation to go to medical school. Other reasons were scientific interest and social status. Students felt prepared to communicate with patients. However they felt anxious, stressful and fearful of not being competent or not being able to answer patients' questions. There were some differences between male and female students feeling. Nevertheless students declared that they had rewarding experiences with patients. They all recognized that patients have the right to reject being treated by students. The answers also showed that the first clinical experiences led to significant changes in their views of the medical profession. **Conclusions:** Students are aware of their trainee condition, the benefits that they obtain being in contact with patients and of their limitations. Patients must voluntarily accept to be involved with students, and informed consent procedures need to be developed (Rev Méd Chile 2007; 135: 1503-09).*

(Key words: Confidentiality; Informed consent; Patient rights; Students, medical)

Recibido el 16 de abril, 2007. Aceptado el 3 de julio, 2007.

El proyecto contó con el aporte de la Dirección de Investigación de la Universidad del Desarrollo.

¹Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. ²Socióloga, Investigador asociado del Centro de Bioética. ³Psicóloga, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. ⁴Ayudante-alumno Centro de Bioética, Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

En la relación clínica contemporánea los enfermos y sus familias se relacionan con el médico tratante y médicos residentes, diferentes especialistas, otros profesionales de la salud, enfermeras, auxiliares y personal administrativo¹. Los pacientes, además, han dejado de ser sujetos pasivos para ser actualmente agentes activos, informados y dispuestos a tomar sus decisiones en todo lo referente a sus atenciones de salud². En los hospitales docentes los enfermos se relacionan también con estudiantes de medicina que realizan sus prácticas clínicas. El enfermo pasa así a ser alguien que no sólo recibe una atención o prestación sino también alguien en quien un estudiante aprende, un objeto de aprendizaje. Aun cuando la docencia intrahospitalaria se ha reemplazado parcialmente con pacientes simulados³, el contacto directo con enfermos reales es una necesidad en la enseñanza médica⁴⁻⁶. Los enfermos que participan en la enseñanza de estudiantes de medicina no deben ser considerados objetos pasivos de aprendizaje sino sujetos voluntarios que aceptan libremente este rol⁷⁻¹². Sin embargo, llama la atención que la relación de los estudiantes con pacientes ha sido escasamente estudiada¹³⁻¹⁷. En un estudio anterior se analizó la visión de pacientes en Chile respecto de la posibilidad de ser atendidos por estudiantes de medicina, quienes revelaron tener una actividad favorable hacia los estudiantes¹⁸. Sin embargo es necesario conocer también la visión de los estudiantes para comprender la participación de ambos en este vínculo. El presente estudio se realizó con el propósito de conocer los pensamientos y vivencias de los estudiantes de medicina cuando se enfrentan con enfermos, cómo abordan las dificultades o conflictos, cómo es influida su visión sobre la profesión médica y el concepto que tienen sobre los derechos de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se definió un diseño metodológico cualitativo que prescinde de una hipótesis explícita que se intenta comprobar o rechazar y privilegia la construcción de conocimiento a partir de los datos¹⁹⁻²⁰. El instrumento elegido fue la aplicación de entrevistas individuales semi-estructuradas. Las variables analizadas fueron las motivaciones de los alumnos

para estudiar medicina, el nivel de preparación y conocimientos de los estudiantes para la atención de pacientes, sus sentimientos y emociones previas al encuentro con el enfermo, las dificultades encontradas, la repercusión en cuanto a su visión de la profesión y su percepción en cuanto a los derechos y deberes de los pacientes y de los estudiantes.

Participaron en el estudio estudiantes voluntarios reclutados por invitación abierta a todos los alumnos de tercer año de medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, que estaban realizando sus primeros meses de práctica clínica. Se incorporaron al estudio 15 estudiantes mujeres y 15 hombres, quienes firmaron previamente un documento de consentimiento informado aprobado junto con el proyecto por el Comité de Ética. Las entrevistas fueron aplicadas por dos de los autores (FB y PR), y luego transcritas ad-verbatim para ser posteriormente analizadas por ellos. Las preguntas introdujeron los temas, permitiendo respuestas libres, abiertas y amplias que fueron grabadas para su posterior transcripción. Las preguntas incluidas se presentan en la Tabla. El análisis de contenido de la transcripción de las entrevistas se realizó mediante un método de análisis comparativo de las respuestas, vaciando la información a una matriz que las agrupó por temas. Se seleccionó la información relevante y sustantiva de cada respuesta, lo cual permitió identificar los elementos que son transversales a la muestra. Posteriormente se hizo un análisis por pregunta y luego por dimensión, siguiendo un proceso de agrupación de la información en categorías cada vez más amplias para, finalmente, dar respuesta a las interrogantes iniciales de la investigación.

RESULTADOS

En lo referente a su motivación para estudiar medicina, una respuesta recurrente de los estudiantes fue *"para ayudar a la gente"*. Esta vocación de ayuda a las personas que sufren se combina con el interés por lo científico, especialmente por la biología. Algunos estudiantes entrevistados eran hijos de médicos, vinculándose así a la medicina desde niño, a través de las experiencias de sus padres. Para otros estudiantes el

contacto positivo previo con médicos, en calidad de pacientes, fue determinante en la elección de esta carrera. Otros factores para decidir fueron: status social, expectativa de altos ingresos, poca monotonía en el trabajo, posibilidades de desarrollo personal y la diversidad de especialidades.

Respecto a su preparación previa para relacionarse con enfermos, la mayoría de ellos dijo sentirse bien preparado, a pesar de reconocer inseguridades y temores. Mencionaron dificultades para formular preguntas, dirigir entrevistas y para responder a las dudas de los enfermos. En las respuestas de las mujeres se apreció en general que ellas experimentaron mayor inseguridad para relacionarse con los pacientes, manifestando que se sintieron nerviosas e inseguras. Al ser consultados sobre la posible reacción del paciente al saber que son alumnos, las respuestas de estudiantes hombres y mujeres fueron diferentes. Casi la totalidad de los hombres eran optimistas frente a la recepción que tendrían del paciente, mientras las mujeres tenían la sensación de que los enfermos no las tomarían en cuenta. Sin embargo estos sentimientos fueron transitorios y no llegaron a constituir un problema mayor.

Los estudiantes señalaron haber experimentado algunas dificultades o debilidades que describieron como: dificultad para iniciar la conversación, falta de empatía, temor a los tutores, incomodidad ante sus compañeros, hacer historias demasiado detalladas, temor a equivocarse, sobreinvolucrarse con el enfermo, dificultad para ponerse en el lugar de una persona más humilde, transmitir su nerviosismo al paciente, miedo a preguntar sobre temas íntimos, sentirse muy jóvenes al lado de los pacientes y no saber enfrentar los aspectos emocionales. Otro temor compartido fue sobrepasar su rol de "estudiante de medicina" y, de manera generalizada, destacaron como dificultades mayores tener que enfrentarse a enfermos con dolor y el temor a molestar al paciente. Una preocupación recurrente para los estudiantes fue el temor a violar la privacidad de los enfermos. Las siguientes respuestas ejemplifican lo anterior: *"Estaba muy nerviosa, me paraba afuera, respiraba un rato y entraba tratando de sentirme bien segura, pero en realidad estaba super nerviosa"* y *"Pánico ... era miedo a ser el moderador de la situación, creo que era miedo a lo desconocido"*.

Un tipo de problema, aunque infrecuente, fue el rechazo de pacientes que inicialmente no querían ser entrevistados ni examinados por alumnos. Generalmente esto se debió a cansancio, o porque los enfermos ya habían sido entrevistados y examinados reiteradamente por estudiantes. También hubo situaciones de enfermos con sordeza o dificultad para comunicarse. Cuando se relacionaron con enfermos terminales, muy deprimidos o de extrema gravedad, los estudiantes no supieron cómo enfrentar la situación. Algunos señalaron ponerse tan nerviosos que no pudieron realizar su trabajo, especialmente si estaban frente a otros compañeros o a su tutor. El examen físico fue motivo de inhibición, principalmente ante exámenes ginecológicos. Preguntar sobre sexualidad, orientación sexual o consumo de drogas, fueron situaciones que generaron severo estrés a algunos estudiantes. También se enfrentaron a pacientes que los trataron malo que los hicieron sentir inseguros. Sin embargo, estos problemas fueron excepcionales y los estudiantes los relacionaron como episodios que ellos mismos pudieron superar. La aseveración siguiente es clara al respecto: *"Hay dos formas de solución: primero explicarles la cosa más objetiva como para decirles que en verdad vengo a aprender y que por favor me traten de ayudar. Otra es meterles conversación y tratar de que te encuentren simpático. Esto me ha dado resultado"*.

Finalmente, todos los estudiantes manifestaron que sus encuentros con pacientes, contrariamente a sus temores previos, fueron muy gratificantes. Se sintieron impresionados por la buena disposición de los enfermos hacia ellos. En general los estudiantes manifestaron que los pacientes los aprecian, apareciendo en este tema nuevamente diferencias entre estudiantes hombres y mujeres. Los hombres sentían que dan una impresión de seriedad, en la medida en que se presentan en forma correcta y respetuosa, mostrándose como estudiantes que necesitan aprender. Las mujeres, en cambio, se reconocieron más inseguras y que tenían que ganarse la confianza de los enfermos.

Los estudiantes no supieron responder con claridad cuando se les preguntó acerca de sus deberes y derechos con los enfermos. Al referirse a sus deberes las respuestas fueron más claras, mencionando que deben respetar al paciente, refiriéndose especialmente al resguardo de la

intimidad. Pese a lo anterior, la mayoría coincidió en que ellos tienen derecho a aprender y a que se les enseñe, lo cual implica contar con los recursos necesarios, tanto de docentes como de pacientes. Sin embargo todos los entrevistados reconocieron que los enfermos tienen derecho a rechazar la atención de los estudiantes. La siguiente respuesta resume este concepto: *"Los estudiantes tenemos derecho a tener un paciente con quien aprender, pero siempre y cuando cumplamos con nuestros deberes de tratar bien al enfermo, ser respetuoso y no hacer algo que no sabemos. Aunque lo sepa, si incomoda al paciente, no debemos hacerlo"*.

Las respuestas mostraron que los estudiantes, durante sus primeras prácticas clínicas, realizadas durante el tercer año de medicina, experimentaron cambios importantes en su visión de la medicina, que percibieron aspectos que no habían considerado suficientemente y que consolidaron su gusto por la profesión: *"No sabía que el aspecto social era tan importante, pensaba que la medicina era algo más cuadrado, que se limitaba a dar un diagnóstico..."*, o *"lo que hago ahora me gusta mucho más, ...cuando empecé la carrera yo todavía estaba en lo de la biología, ahora me gusta más este enfoque hacia los pacientes, el enfoque social..."*.

DISCUSIÓN

La relación de los estudiantes de medicina con pacientes, durante sus prácticas clínicas de pregrado, genera un tipo de vínculo con características especiales, dadas por la condición de los enfermos, las diferencias culturales, roles, edades, etc.^{21,22,23}. Desde el punto de vista de los estudiantes, esta relación está influida por sus condiciones personales, género, preparación previa en habilidades comunicacionales, experiencias y temores⁴. Los resultados de este estudio muestran que estos factores, aunque no significaron problemas mayores, están presentes en las primeras experiencias clínicas que ellos explican, en gran parte, las dificultades que vivieron los estudiantes. Conocer estos problemas o dificultades es importante para determinar la preparación de los estudiantes de medicina para sus prácticas clínicas.

Los problemas por actitudes negativas de algunos pacientes fueron infrecuentes, circunstan-

ciales y los propios estudiantes fueron capaces de solucionarlos. La disposición favorable que los estudiantes percibieron de parte de los enfermos hospitalizados coincide con lo expresado por enfermos chilenos en un estudio anterior¹⁸. Sin embargo esta actitud favorable no es razón suficiente para pensar que se puede contar con ellos como un recurso ya dado en los hospitales docentes. Más bien esta disposición debe considerarse como una actitud general que se debe especificar para las múltiples prestaciones realizadas por estudiantes en las diferentes etapas de su aprendizaje^{24,25}. Docentes y estudiantes deberían solicitar una autorización formal de los enfermos, mediante procesos de consentimiento verbal o escrito, para ser atendidos con estudiantes^{26,27}. Los enfermos conocen bien su derecho a aceptar y a rechazar su participación en la docencia¹⁸, y los estudiantes entrevistados tenían claridad de este derecho. Por lo tanto, solicitar el consentimiento de los enfermos debería ser un procedimiento fácil de implementar, como forma de expresar respeto a los derechos de los enfermos y como manera de enseñar este respeto a los alumnos.

Resulta interesante el hallazgo de diferencias entre las respuestas de estudiantes hombres y mujeres, especialmente en cuanto a la inseguridad de su aceptación por los enfermos. Es posible pensar que esta diferente sensibilidad se pueda manifestar después, durante la vida profesional, como una diferencia en la relación médico-paciente, tema que debería ser estudiado en diferentes entornos socio-culturales.

Es de especial interés que los estudiantes reconocieran haber fortalecido o modificado su concepto de la medicina y su sentido vocacional como resultado de sus primeras experiencias con pacientes. El contacto con los enfermos les mostró que la medicina implica conocimientos y fundamentos científicos, pero que es también una profesión humanista que exige adquirir y desarrollar sensibilidad por los enfermos y habilidades sociales y de comunicación²⁸. La enseñanza médica, ante la progresiva dificultad de contar con enfermos para la práctica de estudiantes, ha reemplazado parcialmente a enfermos por actores, pero se ha señalado que es insuficiente para la adquisición de habilidades sociales^{12,14,29}. Es posible que las vivencias relatadas por estudiantes

en este estudio no hubiesen sido iguales en el caso de haberlas experimentado con pacientes simulados.

Los alumnos destacaron, como antes lo expresaron los enfermos¹⁸, la importancia de la confidencialidad, el respeto a la privacidad de los pacientes y la necesidad de clarificar su rol de alumnos frente a ellos. Esto pone de manifiesto la dificultad de organizar las prácticas clínicas, considerando que muchos enfermos serán entrevistados y examinados por varios estudiantes. El hecho que algunos estudiantes destacaran ciertas actitudes negativas de sus tutores, resalta la necesidad de optimizar la preparación de los docentes clínicos, sabiendo que parte importante de lo que los estudiantes aprenden surge del ejemplo de sus tutores³⁰.

Los resultados de esta investigación permiten conocer la visión de estudiantes de medicina en sus primeras prácticas clínicas. Junto con describir sus dificultades, ellos demostraron tener conciencia de su rol de estudiantes, del beneficio que reciben, de sus limitaciones, derechos, obligaciones y de los derechos de los pacientes. Aun cuando estos resultados sólo describen de manera

general una situación particular, se debe considerar que ella puede ser diferente en otras circunstancias, en prácticas con pacientes ambulatorios o en entornos culturales diferentes. Los resultados enfatizan la necesidad de que los pacientes deben aceptar voluntariamente ser atendidos o entrevistados por estudiantes y que éstos necesitan tener adecuada preparación previa y conciencia de los derechos de los enfermos y de sus obligaciones hacia ellos. Para la preparación de los estudiantes es por lo tanto fundamental el desarrollo y perfeccionamiento de las asignaturas humanísticas en las facultades de medicina.

Finalmente es importante señalar que la incorporación voluntaria y no selectiva de los estudiantes al estudio podría significar cierto sesgo en los resultados, si los participantes fueron los estudiantes con mayor sensibilidad humanista. A pesar de esta limitación, es necesario destacar que este es un estudio exploratorio desarrollado en un área en la cual existe muy poca investigación y que permite mostrar algunos elementos para analizar y estudiar con más detalle en futuras investigaciones.

TABLA. Preguntas abiertas formuladas a los estudiantes

1. ¿Qué fue lo que más te motivó a estudiar Medicina, el aspecto biológico, científico, humano o social?
2. ¿Consideras que tú te encuentras preparado para atender pacientes al momento de hacer práctica clínica? ¿Qué te faltó?
3. ¿Qué sentías momentos antes de relacionarte con pacientes por primera vez? (Miedo, interés, ansiedad, etc.).
4. ¿Qué es lo que más te interesa de los pacientes?
5. ¿Cuál consideras que es tu mayor debilidad en tu relación con pacientes?
6. ¿Qué sientes cuando te enfrentas personalmente con pacientes?
7. ¿Ha cambiado de alguna manera tu visión de la profesión médica después de haber iniciado tu práctica clínica?
8. ¿Cómo sientes que te perciben los pacientes?
9. ¿A qué problemas te has enfrentado en tu relación con los pacientes?
10. Si hubo problemas, ¿Cómo los solucionaste?
11. ¿Qué temores o inseguridades tienes o has sentido en la relación con los pacientes?
12. ¿Qué esperabas de los pacientes? (colaboración, rechazo, etc.)
13. ¿Crees que un paciente puede rechazar tu atención?
14. ¿Aconsejarías que un familiar directo tuyo se atienda con estudiantes? ¿Por qué sí o no?
15. ¿Cuáles son los derechos y deberes de un estudiante que participa en la atención de pacientes?

REFERENCIAS

1. GRACIA D. La Relación Clínica. En: Gracia D. *Bioética Clínica, Estudios de Bioética*. Ed. El Buho, Santa Fe de Bogotá, Colombia: 1998.
2. SIMON LODA P. El Consentimiento Informado: abriendo nuevas brechas. Cuadernos de la Fundación Grifols Nº 5; 2002: 11-62.
3. EDWARD C, PREECE PE. Shared teaching in health care ethics: a report on the beginning of an idea. *Nurs Ethics* 1999; 6: 299-307.
4. PITKÄLÄ KH, MÄNTYRANTA T. Feelings related to first patient experiences in medical school. A qualitative study on students' personal portfolios. *Patient Educ Couns* 2004; 54: 171-7.
5. CHIPPE E, STONELEY S, COOPER K. Clinical placements for medical students: factors affecting patients' involvement in medical education. *Med Teach* 2004; 26: 114-9.
6. SPENCER J. Patients in medical education. *The Lancet* 2004; 363: 1480.
7. FRANK SH, STANGE KC, LANGA D, WORKINGS M. Direct observation of community-based ambulatory encounters involving medical students. *JAMA* 1997; 278: 712-6.
8. GRABER MA, PIERRE J, CHARLTON M. Patient opinions and attitudes toward medical student procedures in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 1329-33.
9. JACKSON A, BLAXTER L, LEWANDO-HUNDT G. Participating in medical education: views of patients and carers living in deprived communities. *Medical Education* 2003; 37: 532-8.
10. SANTEN SA, HEMPHILL RR, SPANIER CM, FLETCHER ND. 'Sorry, it's my first time!' Will patients consent to medical students' learning procedures? *Medical Education* 2005; 39: 365-9.
11. SCHOONER C. The Ethics of learning from patients. *Can Med Assoc Med J* 1997; 156: 535-8.
12. SPENCER J, BLACKMORE D, HEARD S, McCRORIE P, McHAFFIE D, SCHERPIER A ET AL. Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Med Educ* 2000; 34: 851-7.
13. FRANCIS CK. Professionalism and the medical student. *Ann Intern Med* 2004; 141: 735-6.
14. HANNA M, FINS JJ. Viewpoint: power and communication: why simulation training ought to be complemented by experiential and humanist learning. *Acad Med* 2006; 81: 265-70.
15. KIYOHARA LY, KAYANO LK, KOBAYASHI ML, ALESSI MS, YAMAMOTO MU, YUNES-FILHO PR ET AL. The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students'. *Sao Paulo Med J* 2001; 119: 97-100.
16. GLASSER M, BAZUIN CH. Patients' views of the medical education setting. *J Med Educ* 1985; 60: 745-56.
17. PRISLIN MD, MORRISON E, GIGLIO M, TRUONG P, RADECKI S. Patients' perceptions of medical students in a longitudinal family medicine clerkship. *Fam Med* 2001; 33: 187-91.
18. BECA JP, BROWNE F, VALDEBENITO C, BATASZEW A, MARTINEZ MJ. Relación Estudiante Enfermo: Visión del paciente. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 955-9.
19. GUTIÉRREZ, J. Y DELGADO, J. *Métodos y Técnicas Cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Síntesis, Madrid, 1994.
20. ALONSO, LE. "Sujeto y Discurso": el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa, en Gutiérrez, J y Delgado, J; *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Síntesis. Madrid, 1998.
21. COOKE M. Nursing students' perceptions of difficult or challenging clinical situations. *J Adv Nurs* 1996; 24: 1281-7.
22. FUSNER S, STAIB S. Students and senior citizens learning from each other. *J Gerontol Nurs* 2004; 30: 40-5.
23. O'FLYNN N, SPENCER J, JONES R. Does teaching during a general practice consultation affect patient care? *Br J Gen Pract* 1999; 49: 7-9.
24. GRABER MA, PIERRE J, CHARLTON M. Patient opinions and attitudes toward medical student procedures in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 1329-33.
25. O'FLYNN N, RYMER J. Consent for teaching: the experience of women attending a gynaecology clinic. *Med Educ* 2003; 37: 1109-14.
26. BARNES HV, ALBANESE M, SCHROEDER J. Informed consent: the use of inpatients as teaching-patients for sophomore medical students. *J Med Educ* 1980; 55: 698-703.
27. SANTEN SA, HEMPHILL RR, McDONALD MF, JO CO. Patients' willingness to allow residents to learn to practice medical procedures. *Acad Med* 2004; 79: 144-7.

28. JOHNSON AK, SCOTT CS. Relationship between early clinical exposure and first-year students' attitudes toward medical education. *Acad Med* 1998; 73: 430-2.
29. DAELMANS HE, HOOGENBOOM RJ, DONKER AJ, SCHERPBIER AJ, STEHOUWER CD, VAN DER VLEUTEN CP. Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences. *Med Teach* 2004; 26: 305-12.
30. VIEIRA JE, DO PATROCINIO TENORIO NM, DE ARRUDA MM. Directing student response to early patient contact by questionnaire. *Medical Education* 2003; 37: 119-25.