

La creación de actitudes clínicas. Una fuente primordial para formular objetivos educacionales en el entrenamiento médico.

Javier Gutiérrez J., M.D.*

EXTRACTO

Se presenta la experiencia de 20 años de docencia en áreas clínicas y se da una serie de ideas para crear actitudes clínicas, que redunden en la mejor formación de los estudiantes de medicina. El punto principal de la creación de estas actitudes es la solución de los problemas del paciente, a través de actitudes de respeto humano, espíritu de servicio, dedicación, honestidad, autoinstrucción y responsabilidad.

En la formación médica se ha dado mucha importancia a la adquisición de conocimientos y habilidades y poco énfasis a la creación de actitudes. Posiblemente esto se debe a lo difícil que es plantear estrategias para cumplir ese objetivo. La transmisión de conocimientos es más fácil. Que un grupo de estudiantes oiga lo que el profesor sabe, aumenta el autoaprecio y perpetúa el "magister dixit" del catedrático que no permite recoger de sus estudiantes lo que ellos piensan o razonan, haciendo de la enseñanza un método pasivo que anula otras actitudes que se deben fomentar.

Pretende esta pequeña contribución sembrar una inquietud sobre la creación de actitudes en los estudiantes de medicina. Se aspira a que estas actitudes dejen una huella indeleble en su formación para el ejercicio profesional, más permanente que la simple transmisión de conocimientos. Es imperativo recordar el proverbio de Kuan-Tzu: "Si das pescado a un hombre, se alimentará una vez; si le enseñas a pescar, se alimentará toda su vida".

Todas estas ideas se han recogido a través de la filosofía docente del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Salud, Universidad del Valle, durante el transcurso de los años.

¿Qué es una actitud?

Es una disposición de ánimo que se manifiesta por actos exteriores¹. Todos los que tienen que ver con la educación médica, deben ayudar a crear y fomentar esta disposición de ánimo.

Primer paso para la creación de actitudes.

Para hacer esto el docente debe primero tener la conciencia de la necesidad de crear actitudes en los alumnos. Se sigue haciendo énfasis en la adquisición de conocimientos o habilidades. El **currículum** médico está lleno de esta metodología con clases, conferencias, sonovisos, etc. y existe muy poco interés para plantear una estrategia curricular en la creación de actitudes. La experiencia del autor, como docente de 20 años en áreas clínicas, ha servido como fuente principal de información para estas ideas.

Hay a diario la queja que los alumnos no estudian, no se motivan para la solución de los problemas. Se dice que todo lo quieren "cuchareado". Pero son los mismos profesores quienes fomentan esas actitudes pasivas que van en contra de la formación del estudiante y se fomentan con la estrategia curricular, llena de clases, conferencias, etc. También se fomentan con las actitudes de enseñanza magistral, en donde casi siempre el profesor quiere que se le oiga, pero no quiere oír. Para corregir esto es indispensable un cambio primero en los profesores.

Cómo crear actitudes en el área clínica

El punto de partida debe ser el paciente y la solución de todos sus problemas de salud. Esto es lo que se llamaría **la actitud clínica**. Lo más importante no debe ser la conferencia o la revisión de un tema, o determinadas ayudas audiovisuales. Si se logra interesar al estudiante de pre y post-gradó en que lo básico en su vida profesional es el enfermo y todos sus

* Profesor, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

problemas, con la meta definitiva de ayudar a solucionarlos, ya de por sí se estará creando en él una serie de actitudes importantísimas. Debe haber una actitud de compromiso personal con el paciente, tanto desde el punto de vista científico como humano.

Al empezar su entrenamiento se le debe hacer ver al futuro médico que lo más importante en la institución es el paciente. Las huelgas múltiples, justificadas o no, dejan al enfermo por fuera de esta consideración, pues se está fallando en actitudes de responsabilidad. Si el estudiante se convierte en un estudiante de salón de clase, aumentará su pasividad siendo solamente receptivo, tomador de apuntes y repetidor de datos. Su capacidad de abstracción y análisis se reduce a su mínima expresión.

Todo paciente con su problema deja una enseñanza inmensa, superior a la mejor conferencia del más excelente expositor. Ojalá se centre pues, toda la enseñanza en el enfermo y se empezarán a formar así las actitudes que se quieren crear.

Tipo de actitudes deseables.

1. Aplicación y práctica del método científico.

- . Obtención de datos.
- . Formulación de hipótesis diagnósticas.
- . Confirmación de esas hipótesis con datos objetivos.

Cada problema del paciente es un ejercicio investigativo con la aplicación del método científico, si se hace con actitudes de honestidad, análisis y síntesis. En el Departamento de Medicina Interna la utilización del método científico se consideró como de vital importancia, como objetivo formativo, en la creación de actitudes desde la crisis universitaria de 1971. Es necesario crear en los estudiantes la actitud de una obtención honesta de datos, tan cercana a la realidad como se pueda con tal base. Para esto se ha de recurrir al sistema de historia orientada por problemas². Se les enseñará así a recoger todos los elementos de juicio que permiten llegar a un diagnóstico lo más objetivo posible. Hay que organizar esos elementos de juicio en un listado sistematizado de problemas para establecer prioridades. Como el listado debe estar ceñido a la realidad y a la objetividad, se crearán así actitudes investigativas y de honradez. Cuando se presente una historia es indispensable que el mismo profesor verifique los datos en presencia del estudiante, que re-interrogue y re-examine al paciente. Con este ejemplo y el modo como se haga, se estarán creando actitudes.

El profesor es un modelo de actitudes

El ejemplo es, sin duda alguna, la mejor manera para inculcar actitudes. No es posible formar actitudes si con el ejemplo se está demostrando lo contrario. Las consultorías en las diversas salas, en urgencias, en consulta externa y las tutorías, brindan excelentes campos de acción en este sentido. Pero es imperativo concretarse a los problemas del paciente y su solución.

El listado de problemas será un excelente medio para la auditoría de la primera etapa en la obtención de datos, en el empleo del método científico al enfrentarse al problema del paciente. Se debe ser orientadores severos en que el estudiante sea HONESTO y OBJETIVO en los datos que da. Con esto se crea un control de calidad.

2. Respeto al paciente e interés por solucionarle sus problemas.

Detrás de la obtención de esos datos, debe haber siempre el respeto al paciente y el deseo sincero de ayudarlo. Se debe fomentar desde el comienzo una buena relación humana.

El autor siempre ha enseñado a los estudiantes de semiología a llamar al paciente por su nombre, e iniciar la entrevista con lo más elemental que es el saludo. La actitud de interés por el paciente debe tener demostraciones externas que se puedan observar, para clasificarla como un verdadero objetivo educacional. No es simplemente un concepto abstracto. Esa actitud de interés se puede manifestar con los siguientes elementos:

- a) Saber escuchar.
- b) Dedicar tiempo a la historia clínica.
- c) Buscar a conciencia y con detenimiento los datos.
- d) Comprender muchos de los problemas, inclusive los psicológicos y socio-económicos.
- e) Estudiar los problemas planteados.
- f) Comunicación con el paciente en un verdadero **plan educacional**.
- g) Relaciones humanas llenas de respeto y amor.

El profesor debe fomentar en todo momento unas buenas relaciones humanas con su ejemplo y con su orientación.

En el curso de semiología se debería dedicar más tiempo a las técnicas de una buena entrevista y esas técnicas de entrevista deben hacerse con prácticas personales a través de laboratorios vivenciales, utilizando casos reales o simulados.

El autor hizo una encuesta a los profesores del Departamento de Medicina Interna, a través de esta simple pregunta: En su experiencia profesional ¿cuáles considera usted son los aspectos más importantes para mantener una buena relación médico-paciente? Las respuestas, en orden de frecuencia, fueron: Ser amable, ser honesto, tener disponibilidad permanente de servicio, saber escuchar, tener respeto e interés por el paciente, inspirar confianza y calor humano.

Cada vez se acepta más el concepto de entrar usted con su paciente en una "negociación en la cual los dos están comprometidos para solucionar un problema". Al paciente se le debe informar acerca de los procedimientos a que se le va a someter, con sus riesgos y beneficios, y se debe obtener el visto bueno de él. Este principio mejorará considerablemente la relación médico-paciente y permitirá tener éxito en el resultado final³.

Todo esto hay que hacerlo dando el ejemplo con las acciones. Una de las fuentes primordiales para la creación de actitudes positivas o negativas, es el ejemplo que se debe dar en todo momento. La actitud clínica es una mezcla de actitudes que confluyen todas a ayudar al paciente. Hay que demostrar satisfacción y gozo en las acciones orientadas hacia esa meta. Cuánta alegría se obtiene cuando un paciente dice sentirse mejor con el tratamiento que se le ha ordenado.

3. Responsabilidad, objetividad, honestidad personales. Se debe hacer énfasis en que el paciente es la fuente primordial de la obtención de datos. Ultimamente ha habido mucha flexibilidad para aceptar que el estudiante transcriba los datos de la historia obtenida por otros médicos. El no está haciendo mucho esfuerzo y tal vez está perpetuando errores en la información. Por eso en las tutorías de las salas y de la consulta

externa o de urgencias, se debe responsabilizar al estudiante que presenta la historia, de los datos obtenidos: "...Y usted mismo, ¿qué le encontró, qué le oyó?... ¿Qué opina usted sobre este problema? ...¿Qué tratamiento haría? ...¿Por qué le ha pedido ese examen?..."

El debe sentirse responsable de lo que está haciendo. Esto tendrá una gran importancia en su formación: le irá creando actitudes de responsabilidad y objetividad.

Es necesario ser enérgicos cuando se inventan los datos. Los datos así dados crean serios problemas en los diagnósticos y conductas que van en contra del paciente. Que no haya temor a la frase "no sé", siempre y cuando ésta no termine allí, sino que suponga una actitud positiva para averiguarlo y salir de la ignorancia.

La pasividad se debe criticar constructivamente. Para evitar esa pasividad se debe estimular al estudiante haciéndole copartícipe del equipo humano médico que maneja al paciente. Frases como esta "...El dato obtenido por usted ha ayudado bastante para llegar al diagnóstico más seguro...", servirán para motivar una participación más activa. El contenido del "Mensaje a García" debe ser orientador hacia esa participación personal y activa, estimulando la solución a los problemas con lectura diaria, juicio clínico y capacidad de crítica.

Nunca está demás el énfasis en una obtención lo más completa y objetiva de los datos. Hay que verificar si ellos son correctos o no. Esto se debe hacer al pie de la cama del paciente, en donde el estudiante vea actuar al profesor. No se puede ser objetivos si no se ve al paciente.

El autor sabe de sistemas de corrección de historias en ciertos departamentos clínicos, donde el profesor se sienta con el estudiante en un salón de clase a corregirlas. No van al paciente. No se verifica si los datos son objetivos o no. ¿Qué enseñanza puede dejar ese sistema? Es obvio que va en contra de los principios que se están tratando de inculcar. El paciente debe ser la fuente primaria de los datos para la historia clínica.

La historia orientada por problemas puede ser un sistema magnífico de auditoría médica, siempre y cuando los datos tengan una confrontación objetiva. En la obtención de datos en la historia clínica, hay que inculcar la responsabilidad personal, buscando en todo momento la excelencia. Se debe exigir que los datos sean obtenidos personalmente y no a través de una simple transcripción de una historia clínica hecha por otros. Cuando en la presentación de un caso se pregunta por un síntoma o signo, es necesario criticar las respuestas impersonales como "...la historia no dice nada de eso". La pregunta se debe hacer al estudiante de pre-grado o post-grado directamente, responsabilizándolo de sus actos u omisiones. No es rara la tendencia a eludir responsabilidades y así, en la cadena, el residente se excusa en el interno, y el interno en el estudiante. Es preferible crear la actitud de honestidad en el estudiante con respuestas como "...yo no le hice el fondo de ojo", "no pregunté por ese síntoma". Esto, siempre y cuando haya acción para completar los datos que han faltado, ojalá en su presencia, creándole una tensión constructiva que le deje una enseñanza clara para el próximo caso.

El centro de la enseñanza debe ser el paciente. Gran error en las Grandes Sesiones Clínicas, cuando el residente presenta un

caso y el profesor, de inmediato empieza a dar cátedra sobre un tema específico, olvidando discutir los problemas del paciente presentado. ¿Qué se pensó? ¿Cómo se llegó al diagnóstico? ¿Qué errores se cometieron y por qué? El profesor de cátedra, el **magister dixit** en áreas clínicas, no es lo mejor para crear actitudes. Produce pasividad y apatía y crea el grupo estudiantil amigo del "cuchareo".

Según el magnífico artículo de los De-Bakey⁴, para alcanzar la excelencia, es indispensable establecer el sentido de la responsabilidad personal. Este sentido en las áreas clínicas, no termina con la obtención de una historia lo más completa y objetiva posible, sino en una evaluación permanente y concienzuda de todos los problemas del enfermo. Los exámenes se deben ver personalmente, buscándole un razonamiento clínico lógico y coherente. Hay que examinar las radiografías, las gamagrafías, los electrocardiogramas, etc., y no contentarse con las lecturas pasivas de los informes.

Se debe mantener una motivación constante en el plan de estudio y en el plan terapéutico. Esto puede alcanzar un óptimo control de calidad a través de la historia orientada por problemas.

Si el paciente fallece, se debe asistir a la autopsia. Este sistema es uno de los de mayor eficacia para el aprendizaje clínico y es un método excelente de auditoría médica. Poder uno confrontar todas sus hipótesis diagnósticas y las dificultades en el manejo, con un diagnóstico patológico objetivo, es una experiencia que nunca se olvidará. Asistir a los procedimientos que se hagan al paciente, deja también una magnífica enseñanza. Cuando el enfermo se agrava o se complique, el estudiante debe permanecer con él, sacrificando la mejor conferencia o reunión que haya, en aras del beneficio que ha de recibir al ver la solución del problema crítico. Con esto se le ayuda a formar actitudes de responsabilidad. Está primero la obligación con el paciente que cualquier otra cosa.

Los profesores deben fomentar la dinámica de grupo, volviéndose como consultores, moderadores y orientadores de la discusión, con base en su mayor experiencia. Es necesario dar a los estudiantes la oportunidad de manifestar sus pensamientos. Hay que estimularles a que hagan discusión en grupo aplicando las técnicas de cómo conducir discusiones. Si se sigue la historia clínica bien hecha, y orientada por problemas, al reunir todos los elementos de juicio, es posible hacer pensar con lógica y empleando el método científico. Se debe quitar el temor de la discusión, orientando con paciencia y respeto todas las intervenciones de quien quiera hacerlo. Conviene hacer preguntas que puedan tener varias respuestas, pues inhiben menos que aquellas con una sola respuesta concreta.

La ayuda de las preguntas de cierto o falso, puede servir como autoevaluación formativa si estimula al grupo a discutir y si no se emplea para reprobar a la persona interrogada.

Plantear un problema que pueda tener varias alternativas en su diagnóstico y solución, hace menos inhibitoria la discusión.

No hay que ridiculizar nunca a nadie por cualquier respuesta o pregunta, aunque parezca absurda. Es necesario hacerle recapacitar o escucharle las razones que tiene para su respuesta. Es técnica recomendable en la discusión hacer uno mismo de abogado del diablo. El desacuerdo no es signo de fracaso sino

que se debe usar en forma constructiva. Se debe ser enemigos acérrimos del dogmatismo rígido.

En la técnica de discusión es bueno hacer un círculo para dar más cordialidad al diálogo. Si se conoce a los estudiantes, se les puede pedir que contribuyan a la discusión teniendo en cuenta sus conocimientos sobre el tema. No se debe dar excesiva cátedra para evitar que el grupo sea pasivo. Hay que lograr que los alumnos hagan abstracciones hasta el nivel de sus capacidades. Mientras más alto sea el nivel de abstracción, más permanencia tiene lo aprendido.

No se debe temer a la controversia, siempre que se haga con respeto mutuo. Ojalá que no se dé respuesta a todos los interrogantes; vale la pena dejar campo para que los estudiantes investiguen, o para que en grupo se vaya a la biblioteca o en la misma sala se abra un texto de Medicina Interna tratando de solucionar las dudas. Uno de los obstáculos más frecuentes en la discusión es el profesor que da respuesta a todo lo que se le pregunta, sin él primero saber qué piensan sus estudiantes.

La biblioteca se debe emplear como ayuda clínica, tal como lo son el fonendoscopio y el tensiómetro. Cuando se tenga un punto de controversia, es recomendable en la misma sala consultar los textos o revistas y aclarar con este auxilio las dudas. Aunque el profesor sepa la respuesta, puede callarla y hacer encontrar a los mismos alumnos la solución. El profesor sabelotodo, lleno de orgullo, evita crear estas actitudes que se están propugnando en este artículo. Ese profesor que tiene una respuesta para cualquier pregunta, crea pasividad en el estudiante. Es conveniente dejar dudas que el alumno debe aclarar, si revisa la literatura médica con la orientación del profesor. Es antitécnico y antiprofesional querer mostrar siempre ante el estudiante una inmensa sabiduría enciclopédica. El ser humano por su naturaleza limitada, no puede dominar en forma horizontal o vertical ninguna materia. En este punto el profesor mismo debe dar ejemplo en las discusiones clínicas con los colegas mostrando respeto y consideración. Es lastimoso ver algunos docentes que no pueden discutir con ecuanimidad, pues en ellos existe un gran celo profesional y carga afectiva que puede llegar a las ofensas personales. Este mal ejemplo crea en los estudiantes actitudes contraproducentes. En la discusión de los casos el subespecialista debe tener consideración con el especialista y éste con el médico general, sin apabullarlo, y sin originar lo que se puede llamar el complejo del especialista.

Para seguir fomentando la participación activa en la discusión, el profesor debe vencer la tentación de transformar su visita a las salas, a urgencias, o a la consulta externa, en una pequeña o gran clase magistral.

Es indispensable comunicar entusiasmo y amistad en la discusión. Se ha visto que este método estimula más en forma activa el pensamiento que la simple disertación. El aprendizaje pasivo es menos eficiente que el activo. Esto también da oportunidad al estudiante para ganar aprecio y elogio, elementos que de acuerdo con las teorías del aprendizaje, reforzarán su motivación.

En esa dinámica de grupo que se fomenta hay que buscar que el alumno aprenda a pensar por sí mismo, obteniendo la propia solución a los problemas del paciente. Esto aumenta su creatividad y lo ayuda a desarrollar actitudes clínicas de aprender a

estudiar, estimulado por hechos concretos a los cuales se está enfrentando en la realidad.

Además, con estas prácticas se le enseña a comunicar sus conocimientos o pensamientos, sin temor y con confianza. De esta manera se ha podido observar cómo los estudiantes tímidos manifiestan sus ideas inteligentes que antes no habían podido expresar delante del profesor enciclopédico. El profesor debe pues, escuchar más y hablar menos, para saber cómo van sus alumnos y qué están pensando.

La solución de problemas clínicos, un método excelente de enseñanza.

Cuando el autor era estudiante, se hablaba de entidades: el infarto del miocardio, la tifoidea, la TBC, etc. Hoy el enfoque es más lógico, orientado hacia los problemas: el paciente que llega con un dolor precordial, otro con fiebre cuya etiología se debe estudiar y otro con hemoptisis. Esto hace más real la enseñanza en áreas clínicas. Por eso es fácil apreciar el gran fomento en libros orientados por problemas^{7,8}.

El paciente, centro principal de la enseñanza

Todas las exigencias que se deben hacer a los estudiantes en áreas clínicas se tienen que referir a los problemas del paciente. Elaborar una buena historia clínica, implica también seguir a conciencia la evolución del caso, y leer sobre todos los problemas presentados por el enfermo. Se ha demostrado experimentalmente que cuando usted lee sobre un problema al cual tiene que darle una solución, se graban más en la memoria los conocimientos obtenidos, que cuando se lee en abstracto y sin esa motivación.

Cuántas veces se han visto estudiantes, internos o residentes, que al motivarlos con este sistema superan al profesor en la adquisición de conocimientos. Si se siembran estas disciplinas o actitudes en su comportamiento, se están formando buenos médicos o pescadores y no receptores pasivos del saber.

SUMMARY

The experience of twenty years of teaching in clinical areas is presented and a series of ideas to create clinical attitudes which lead to the better formation of the medical students is given. The main objective is the creation of these attitudes to solve the patient's problems through attitudes of human respect, spirit of service, dedication, honesty, auto instruction and responsibility.

REFERENCIAS

1. García-Pelayo y Gross, R. **Nuevo Larousse manual ilustrado**. Editorial Larousse. París, 1091 pp., 1973.
2. Gutiérrez, J.: La historia clínica orientada por problemas. **Colombia Med** 12: 39-44, 1981.
3. Brody, D.S.: The patient's role in clinical decision making. **Ann Intern Med** 93: 718-722, 1980.
4. DeBakey, M.D. y DeBakey, L.: Relighting the lamp of excellence. **Forum on Medicine** 2: 523-528, 1979. (También en castellano: Volvamos a encender la lámpara de la excelencia. **Colombia Med** 12:31-36, 1981).
5. Hills, L.D.: **Manual of clinical problems in cardiology**. Little Brown Co., Boston, 319 pp., 1980.
6. Friedman, H.H.: **Problem oriented medical diagnosis**. Little Brown Co., Boston, pp. 447 pp, 1975.
7. Spivak, J.L.: **Manual of clinical problems in Internal Medicine**. Little Brown Co., Boston: 496 pp., 1974.