

PROGRAMA DEL CURSO-TALLER Y RESULTADOS POSTCURSO

M^a del Carmen Vidal y Benito.

Psiquiatra. Buenos Aires

Objetivo general

Mejorar los aspectos básicos de la competencia comunicacional de médicos oncólogos en formación en el marco del paradigma biopsicosocial:

- Integración bio-psico-social
- Actitud interdisciplinaria
- Capacidad de comunicarse empáticamente
- Habilidades comunicacionales: escucha empática activa, actitud colaborativa, saber escuchar, saber observar, saber preguntar, saber explicar, verificar lo comprendido.

Objetivos específicos

Dependieron del resultado de la evaluación previa, a partir de la cual se seleccionaron los aspectos en los cuales los cursantes demostraron mayor debilidad, dentro del objetivo general propuesto

Metodología

Integrantes: 10 médicos residentes del último año de la Especialidad Oncología Clínica de la Ciudad Autónoma de Bs As y Gran Bs As, Argentina.

Duración: 14hs

Talleres: dos de 6hs cada uno, y una hora para cada Evaluación pre y post curso

Evaluación

1-ECOE: de una estación en la cual un actor preparado para tal fin interpretó un paciente que consulta por primera vez, a un médico, con síntomas que hacen

sospechar una enfermedad oncológica. El médico debía entrevistarlo durante no menos de 15 minutos sabiendo que era un paciente de primera vez. La entrevista fue filmada y observada por la docente con lista de cotejo. Se realizó el feed back verbalmente, inmediatamente después de cada entrevista, con participación del paciente simulado en el mismo. Posteriormente, el docente analizó las entrevistas filmadas y los resultados de la observación y realizó una devolución escrita individual y posteriormente, una general al grupo antes de iniciar el taller. Esta dinámica se repitió en la Evaluación post - curso, en la que el actor representó un paciente diferente al anterior. Los pacientes que se prepararon, representaron dos personas de la tercera edad de sexo masculino, con síntomas físicos que sugerían la necesidad de investigar la presencia de un proceso oncológico pulmonar, en el primer caso y colorrectal en el segundo. Ambos pacientes además, presentaban situaciones de duelo importantes, (esposa fallecida hacía 4 meses en el primer caso y muerte accidental de una hija y del nieto en el segundo, un año antes), con el propósito de motivar sentimientos empáticos y contra transferenciales en los médicos, con la finalidad de evaluar el manejo de los mismos.

2- Escala de Empatía de Jefferson: al finalizar cada entrevista con paciente simulado, cada cursante respondió la escala.

Curso-Taller

Metodología pedagógica

Exposición interactiva dialogada de los contenidos básicos.

Fragmentos de material filmado y/o viñetas clínicas: se utilizaron para ejemplificar los conceptos teóricos, que se discutieron y analizaron por los alumnos con la coordinación y facilitación del docente. Juego de roles (relación médico-paciente-familia), ad referendum de las situaciones que se plantearon en el grupo.

Finalmente se hizo una síntesis de las conceptualizaciones básicas producto de la discusión grupal con las correcciones que necesarias.

Cronograma

La experiencia se realizó en el mes de noviembre de 2013.

Cordinación gral. : Dra María Viniegra (Coordinadora ejecutiva del INC)

Directora y docente: Dra. María del Carmen Vidal y Benito

Actor: Sr Luis Cioccio

Colaboración técnico-administrativa: Sra. Natalia Sragowitz

Informática y Comunicaciones del Instituto Nacional del Cáncer de Argentina

- Federico Harrington
- Camila Kolker

Resultados de la Experiencia

Población

Se seleccionaron 10 médicos residentes de oncología del último año, pero uno renunció antes del inicio y el otro realizó la Evaluación pre- curso pero no pudo concurrir por problemas de tipo organizacional en su lugar de trabajo. Los ocho cursantes cumplieron con el curso demostrando responsabilidad, interés y deseo de aprender. Se los observó muy motivados y si bien en seis de los ocho, fue su jefe el que les indicó que debían realizar el curso, no lo hicieron obligados sino que expresaron que les resultó interesante la temática. Los otros dos recibieron el mail de difusión directamente y ellos solicitaron permiso que se les concedió sin problemas.

El grupo presentaba una disposición previa positiva hacia la tarea, (sesgo positivo). A los fines de preservar la confidencialidad, en este informe los

cursantes serán designados con una combinación de letras y números: CC1 a CC8

Datos Demográficos: Edad: 29-36. Sexo: Mujeres: 2 Varones: 6; Estado Civil: Casados: 3, En Pareja: 1, Solteros: 4

Instituciones de las que egresaron como médicos:

UBA; U. Nac. de Rosario; U. Nac. de Córdoba; UNNE (U. Nac de Corrientes); U. Nac. de Tucumán; U. de Cuenca (Ecuador); U. Maimónides (U de gestión privada Bs As)

Año en que se recibieron: 2004-2009

ESCALA de EMPATIA MEDICA de JEFFERSON

En esta escala el marcador total oscila en un rango entre 20 a 140 puntos, correspondiendo al puntaje mayor, un mayor grado de Empatía. El mean score varía en diferentes poblaciones:

Ej.: EEUU (Hojat, autor de la escala, U Jefferson): 115,1 (DS=15,5); Mediana=118.

En los ocho cursantes de esta experiencia pedagógica los valores de Empatía en la evaluación pre curso, fueron: 137, 135, 131, 125, 123, 122, 110 y 109. Rango: 109-137 El promedio fue 124.

Conclusiones:

En los enunciados positivos las respuestas empáticas fueron mayoría y solamente aparecieron valoraciones contrarias a ponerse en el lugar del otro en los enunciados 13, 15 y 17, en pocos cursantes.

De la misma forma con respecto a dos enunciados negativos, 7 y 19, se realizaron valoraciones no empáticas.

EVALUACION de las ENTREVISTAS pre-curso

Informes de la Observación: Síntesis

CC1:

EEJ: 137

Realiza una muy buena entrevista clínica en la que evita profundizar el tema emocional, (no sigue las pistas), pero finalmente y luego de haber planteado sus recomendaciones, el médico demuestra que comprende la situación y está dispuesto a brindar ayuda técnica y también humana.

Del feed back posterior a la entrevista se desprende que el cursante procede adecuadamente, pero no conoce las razones que fundamentan su proceder.

CC2 :**EEJ: 131**

En la entrevista se observa una actitud profesional correcta: amable, contenedora, empática, compasiva.

La dificultad reside en la focalización en lo psicológico y la pérdida de la dirección de la entrevista, probablemente sorprendido y/o abrumado por un tipo de paciente que no le resulta habitual en la especialidad.

CC3:**EEJ: 110**

La entrevista fue buena en general con respecto a las habilidades comunicativas. Se muestra amable, contenedora, con una amplia sonrisa no empática que responde más bien a su propia tensión interna y que podría incomodar a los pacientes.

Decidió muy tempranamente, con datos insuficientes aún, que el paciente tenía una problemática emocional e intentó vencer la oposición y resistencia del mismo con argumentos poco útiles, planteándole que viera a un psicólogo antes de tiempo.

CC4:**EEJ: 109**

El médico realiza una consulta amable y respetuosa, aunque se conduce de una forma algo apresurada.

Tiende a hablar más de lo que escucha y utiliza “tips” como por ej. “el paciente es el que decide”

La conducta médica es buena, aunque resuelve demasiado rápido antes de haber recabado los datos suficientes.

Impresiona como si entendiera bien al paciente intelectualmente, con poca comprensión empática, lo que podría generar algunos desajustes en el vínculo.

CC5:

EEJ: 123

En la primera entrevista se maneja adecuadamente con respecto a la organización de la misma y al manejo de las habilidades comunicativas, pero demuestra dificultad para empatizar con el paciente y una concepción biologista de la enfermedad.

Utiliza una muletilla que puede resultar incongruente con la situación, ya que suele decir “bien” al final de una expresión del paciente. Por ejemplo el paciente dice: “tengo mucho dolor en la espalda” ... el médico comenta: “bien”...

Sin embargo, aunque dirige la entrevista no prescribe, sostiene siempre una actitud distante, no consuela, en ningún momento toca al paciente y en realidad parece entender que el tema que lo trae a la consulta es psicológico y no es de su incumbencia.

CC6:

EEJ:125

La entrevista fue muy buena, contenedora, empática, compasiva.

También fue completa, ya que recabó datos biológicos y psicosociales.

Le aportó tranquilidad al paciente.

El manejo empático y contratransferencial le resultó difícil de un modo muy ostensible, al menos en un momento muy intenso emocionalmente.

Para esta cursante el tema más importante es el de la distancia operativa.

CC7:

EEJ: 122

Le cuesta tolerar los silencios del paciente y tiende a completar las frases demasiado rápido, se muestra impaciente en la escucha.

Al final de la entrevista le da más espacio al paciente y se muestra contenedor ofreciéndole su teléfono para que lo llame si lo necesita

Demuestra comprensión de la persona mayor sufriendo pero le faltan argumentos frente a la actitud negativa del paciente.

Si bien explora los síntomas somáticos, resulta evidente que la emocionalidad del paciente (duelo), hace que focalice la consulta en ese tema y no complete la anamnesis clínica lo suficiente.

CC8

EEJ: 135

La actitud es amable, averigua datos, pero no es cálido, ni contenedor. Mantiene la distancia durante toda la entrevista.

Da la impresión de que su apreciación acerca del paciente y de su padecer es puramente intelectual, sin compromiso empático-compassivo.

El médico realizó una buena entrevista técnica dentro del modelo de Medicina centrada en el médico.

Conclusiones

Al analizar las entrevistas filmadas, las listas de cotejo, los resultados de la Escala de Empatía Médica de Jefferson y lo expresado en el feed back luego de la

entrevista, resultó evidente la discrepancia entre lo que los cursantes creen que hacen, y lo que en realidad pueden hacer con respecto a ponerse en el lugar del otro. Si bien en general manejan adecuadamente las habilidades comunicativas básicas, fallan en la organización de la entrevista, y la emocionalidad del paciente, logra desenfocarlos del tema que deberían manejar mejor, que es el de la enfermedad somática. Ninguno de este grupo de médicos, completó la anamnesis y por lo tanto ninguno tuvo sospechas de que el cuadro clínico pudiera orientar a malignidad, tampoco exploraron si el paciente padecía una depresión mayor o un duelo en uno de los casos y salvo un médico, los restantes siete, no investigaron los pensamientos agresivos del paciente con respecto al conductor del colectivo que atropelló y mató a su hija y a su nieto. Sin que nadie les haya enseñado formalmente, realizan una entrevista amable, en general contenedora, utilizan habilidades comunicativas sin darse cuenta de que lo están haciendo: facilitaciones gestuales y verbales, reiteraciones, realizan síntesis, focalizan, redireccionan, utilizan un Ud respetuoso mayormente asociado al nombre de pila del paciente y un par realizaron esclarecimientos e interpretaciones con un buen resultado que se desaprovechó por la falta de conocimiento acerca de las técnicas verbales.

Por lo tanto podemos decir que, las dificultades mayores que se observaron se vincularon a:

1-El diagnóstico:

-El desconcierto que les generó la problemática psicológica (duelo) del paciente, asociada a la física, les produjo en general, que se interesaran más en este tema, descuidando la anamnesis somática.

-La precoz sugerencia de derivación a Psicología, antes de tener los elementos para tal decisión y muy tempranamente, generaron rechazo en el paciente. Solo un residente se cuidó de dejar este tema para el final y de hablar de "Salud Mental" y de "profesionales del equipo que ayudan con las pérdidas" (eufemismo útil para no generar resistencia).

-Ningún residente sospechó que el paciente pudiera tener un problema oncológico porque la anamnesis fue incompleta.

-Están acostumbrados a resolver rápido, porque en general sus pacientes llegan con diagnóstico de cáncer o de sospecha de cáncer y ellos se dedican más bien, al diagnóstico de tipo tumoral, extensión, estadificación, etc y luego controlan los resultados de la quimioterapia y/o radioterapia.

-Carecen de recursos técnicos para focalizar y redireccionar al paciente hacia los síntomas somáticos que son los que motivaron la consulta

-Los tres que han realizado residencia de Clínica Médica, realizan mejores entrevistas desde el punto de vista metodológico.

-En cuanto a la competencia comunicacional, los dos más destacados son los más naturalmente empáticos y expresivos con un mejor manejo de la palabra.

2-La Entrevista médica:

El inicio suele ser breve, como si preparar un ambiente de cálido intercambio fuera una pérdida de tiempo. Van directo al motivo de consulta.

En general dirigieron adecuadamente la entrevista (menos uno)

Si bien se desempeñaron adecuadamente (algunos de modo excelente), al preguntarles, reconocieron que “las cosas les salen”, pero no pueden planificar un modo de manejar la entrevista, porque su conocimiento es intuitivo-empírico

3-Las Interacciones Afectivas

Este fue el tema de mayor dificultad para todos en general desde los muy distantes y nada empáticos hasta el residente que se emocionó casi hasta las lágrimas con el paciente.

Les resulta difícil manejar la emocionalidad del paciente y la propia como para lograr una distancia operativa óptima.

Por las razones anteriores se decidieron tratar los siguientes temas:

1. Paradigmas en Medicina
2. La Entrevista Médica
3. ¿Quién es el paciente?
4. La empatía en la consulta médica
5. Las Intervenciones verbales
6. El médico frente a la muerte : (breve aproximación)

RESULTADOS POST-CURSO

ESCALA de EMPATIA MEDICA de JEFFERSON

En los ocho cursantes de esta experiencia pedagógica los valores de Empatía en la evaluación post curso, fueron: 137, 134, 131, 128, 128, 125, 119 y 114.

EEJ-Comparación pre-post CURSO

| CURSANTES | PRE | POST |
|------------------|------------|-------------|
| CC1 | 137 | 134 |
| CC2 | 131 | 131 |
| CC3 | 110 | 119 |
| CC4 | 109 | 114 |
| CC5 | 123 | 128 |

| | | |
|------------|------------|------------|
| CC6 | 125 | 128 |
| CC7 | 122 | 125 |
| CC8 | 135 | 137 |

| | | |
|-----------------|----------------|----------------|
| | PRE | POST |
| PROMEDIO | 124 | 127 |
| RANGO | 109-137 | 114-137 |

I-Descendió la Empatía en 3 puntos: 1 caso

CC1: 137 – 134.

Modificó la valoración Lickert de 5 enunciados

La diferencia no es significativa conceptualmente ya que los cambios del PRE al POST son de un punto (de Totalmente a Muy)

Pero, se podría inferir que luego del curso, los valores que descendieron de “totalmente” a “muy” están vinculados a un mejor ajuste de la auto percepción de la propia capacidad, ya que las respuestas de este cursante, que había demostrado una actitud algo sobrevalorada, se acomodaron de un modo más realista, (lo que él pensaba que podía hacer y lo que pudo realmente, en una situación práctica supervisada con feed back).

En cambio en la única afirmación en que pasó de “muy” a “totalmente”, se refiere a un incremento en el peso de lo afectivo en el tratamiento médico.

II-Empatía sin cambios numéricos: 1 caso

CC2: 131- 131

Modificó la valoración Lickert de 2 enunciados

El puntaje final se mantuvo a pesar de que hubo variaciones en las respuestas a dos enunciados, aunque en ambos fue solamente de un punto (de Bastante de acuerdo a Muy de acuerdo y de Totalmente en desacuerdo a Muy en desacuerdo), lo que sugiere que en realidad no hubo variación en la posición.

III-Aumento de la Empatía: 6 casos

EVALUACION de las ENTREVISTAS post curso

CC1: 137-134

Este cursante realizó muy buenas entrevistas, la segunda mejoró aunque esto podría ser simplemente el resultado de saber de qué se trataba.

En su comportamiento, demuestra un alto nivel de expresión verbal que le posibilita contener mejor al paciente y una actitud firme, empática sin temor al contacto personal.

Da la impresión de que él es perfectamente consciente de la calidad de su tarea como entrevistador.

Es probable que el curso le haya posibilitado comprender mejor la complejidad de las relaciones interpersonales, con lo cual la valoración de sus propias capacidades se haya redimensionado. Si esto fuera así, podría ser considerado como un avance importante.

El cursante reconoce que a partir del curso pudo organizar mejor algunos elementos que ya conocía intuitivamente y poder así resolver mejor la entrevista.

Se muestra interesado en continuar con este tipo de experiencias educativas.

CC2-131-131

En las entrevistas se observó una actitud profesional correcta: amable, contenedora, empática, compasiva.

En la segunda entrevista (Post-Curso), frente a la situación emocional del paciente, logra sostener la dirección de la misma e integrar lo físico con lo emocional corrigiendo lo que se le había observado en el feed back pre-Curso.

Lo característico de este cursante es su modalidad de escucha y la forma de preguntar con un estilo más psicoterapéutico de lo que se acostumbra en Medicina.

También resalta su alarma frente a síntomas psicopatológicos que observa, pero que no puede dimensionar por falta de conocimientos (esta es una carencia de la formación de las escuelas de Medicina).

Este cursante está orientado a Cuidados Paliativos y cursa simultáneamente con su residencia en Oncología un Curso de Paliativos.

CC3: 110-119

La segunda entrevista se interrumpió por un problema personal laboral de este cursante que fue evidente que estaba alterando su desempeño.

Pero a raíz de los resultados de las Encuestas de Empatía y de la conversación que tuvo lugar, es posible afirmar que luego del curso ha habido modificaciones positivas atribuibles al mismo.

CC4: 109-114

En el segundo encuentro con un paciente simulado, el cursante se desempeñó con mayor dominio de la entrevista y no perdió nunca la dirección de la misma.

Se dedicó especialmente a que el paciente no se asustara con sus recomendaciones.

Si bien empáticamente es muy medido, es evidente que puede ponerse en el lugar del otro cognitivamente.

Cuando se le pregunta si observó algún cambio en su propio accionar en función del curso, planteó que ahora incluye en los encuentros con los pacientes del

hospital, el aspecto humano, que antes obviaba y anota en la historia clínica, sus observaciones acerca del bienestar o malestar subjetivo del paciente.

CC5: 123-128

El cursante mejoró notablemente luego del curso y corrigió lo que se le había observado en el feed back de la primera entrevista de evaluación.

Su entrevista fue excelente, ha corregido el uso de muletillas, toca al paciente, se lo ve conmovido aunque con mucho control personal

Esta ha sido una entrevista impactante para el médico, en la que este relata al finalizar la misma, su conmoción contratransferencial relacionada a una situación con su esposa e hijo en la que podría haber acontecido un accidente similar al que cuenta el paciente

El insight sobre esta situación contribuirá a que el cursante pueda registrar y resolver situaciones similares en el futuro.

Es destacable la honestidad y seriedad con la que este cursante se ha desempeñado y con la que ha recibido el feed back pedagógico

CC6: 125-128

Este cursante que se desenvuelve con un estilo afectuoso, cálido, compasivo y tiende a realizar intervenciones psicoterapéuticas adecuadas, aunque no puede desarrollarlas porque no está formado para ello, maneja con dificultad las emociones empáticas y contratransferenciales cuando el relato del paciente es muy dramático.

CC7: 122-125

Este alumno es un buen entrevistador que mejoró su entrevista luego del curso, corrigiendo las fallas que se le habían observado en el feed back de la primer entrevista.

Actúa de modo más pausado y escucha mejor y con menos impaciencia.

Se ha formado en Paliativos y manifiesta se deseo de seguir entrenándose en el tema comunicacional.

CC8:135-137

Este cursante mejoró su puntuación en dos puntos, desde posiciones que fueron favorables de entrada.

En su desempeño en la entrevista hubo una gran mejoría con respecto a la primera, sobre la base de lo que se le observó en el feed back, pero también recogiendo de los intercambios con los otros cursantes experiencias que según ha expresado, le sirven en su práctica diaria.

En esta entrevista personalizó el vínculo dentro del marco de un equipo, se movió con soltura desde el tú-yo al nosotros y fue más cálido y contenedor, dentro de un estilo personal más bien serio pero amable.

ENCUESTA DE EVALUACION por los CURSANTES

| | EXCE LENTE | MUY BUENO | BUE NO | INDIFE RENTE | REG ULAR | MALO |
|--|---------------|--------------|-----------|-----------------|-------------|------|
| La modalidad de evaluación me pareció | 6 | 1 | 1 | | | |
| La organización ha sido | 4 | 4 | | | | |
| El interés de los temas seleccionados | 4 | 4 | | | | |

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|--|----------|--|
| La utilidad de los temas | 3 | 5 | | | | |
| La utilización de ejemplos clínicos | 6 | 1 | 1 | | | |
| La dinámica de grupo | 5 | 3 | | | | |
| La comodidad del aula | 5 | 3 | | | | |
| El ambiente del taller | 5 | 3 | | | | |
| La duración del taller ha sido | 1 | 5 | 2 | | | |
| El horario realizado ha sido | 2 | 3 | 3 | | | |
| Los días elegidos han sido | 1 | 5 | 2 | | | |
| El material entregado ha sido | 3 | 4 | 1 | | | |
| En general, el taller me ha parecido | 4 | 4 | | | | |
| Mis expectativas han sido respondidas de un modo | 3 | 5 | | | | |
| Mi participación ha sido | 1 | 5 | 1 | | 1 | |
| En mi caso, la aplicación posterior de los aspectos trabajados será | 5 | 3 | | | | |