

SOBREEXPOSICIÓN DE LOS PACIENTES EN HOSPITALES DOCENTES: LA EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA

*PATIENT OVEREXPOSURE IN TEACHING HOSPITALS:
THE EXPERIENCE IN A MEDICAL SERVICE FACILITY*

*SUPEREXPOSIÇÃO DE PACIENTES EM HOSPITAIS DE ENSINO:
EXPERIÊNCIA EM UM SERVIÇO DE MEDICINA*

Cecilia Orellana-Peña³, Juan Manuel Olmos-Olmedo⁴
Juan José Rojas-De la Vega⁵, Enrique Rebolledo-García⁶

RESUMEN

Introducción: la enseñanza práctica de la medicina en hospitales ha llevado a la sobrepoblación de estudiantes y muchas veces al agotamiento de los pacientes. Percibimos que a los docentes clínicos se les produce un conflicto de intereses: respeto por la condición del enfermo frente a enseñanza. Planteamos que si estudiantes y docentes conocen la percepción que de ellos tienen los pacientes, es posible crear un clima que permita el aprendizaje y descubra la persona que hay detrás de cada cuadro clínico. **Objetivos:** conocer la reacción que provocan los alumnos en los enfermos y precisar si hay un máximo prudente de entrevistas por paciente. Se entrevistó una cohorte de enfermos de un servicio de medicina comprobando que ellos: 1) identifican la relación estudiante-paciente como de beneficio mutuo; 2) piensan que el límite de entrevistas lo establece cada enfermo; 3) saben que pueden negarse a cooperar; 4) que esto último no los predispone negativamente. **Conclusiones:** 1) la oportunidad de entrevistar o no a un paciente la establece él mismo; 2) es indispensable solicitar el consentimiento informado en docencia; 3) el rol del docente es de observador activo del binomio estudiante-paciente fomentando en los alumnos virtudes propias de la convivencia e interviniendo si peligra la confianza o confidencialidad debidas. **PALABRAS CLAVE:** consentimiento informado, comunicación en salud, paciente, docentes. (Fuente: Decs, Bireme).

ABSTRACT

Introduction: Practical training in medicine at hospitals has led to an overpopulation of students and, oftentimes, to patient exhaustion. The authors believe professors in a clinical environment face a conflict of interests: respect for the patient's condition versus teaching. It is suggested that a climate conducive to learning and discovery of the person behind each set of clinical symptoms can be created if students and teachers know how they are perceived by patients. **Objectives:** To understand the reaction students provoke in patients and to indicate whether there is a prudent maximum amount of interviews per patient. A cohort of patients at a medical service facility was interviewed. The results of those interviews indicate: 1) patients identify the student-patient relationship as one of mutual benefit; 2) they believe the limit on interviews should be set by each patient, 3) patients know they can refuse to cooperate; and 4) doing so does not predispose them negatively. **Conclusions:** 1) The opportunity to interview a patient, or not, is determined by the patient. 2) It is essential to seek informed consent in teaching. 3) The teacher's role is that of an active observer of the student-patient duo, promoting the virtues of coexistence among students and intervening if due trust or confidentiality are compromised. **KEY WORDS:** Informed consent, communication in health, patient, teachers. (Source: Decs, Bireme).

¹ Nefróloga, Universidad de Antofagasta, Chile.
corellanap@gmail.com

² Interno, VII año de Medicina, Universidad de Antofagasta, Chile.

³ Interno, VII año de Medicina, Universidad de Antofagasta, Chile.

⁴ Interno, VII año de Medicina, Universidad de Antofagasta, Chile.

FECHA DE RECEPCIÓN: 16-11-2010

FECHA DE ACEPTACIÓN: 20-05-2011

RESUMO

Introdução: o ensino prático da medicina nos hospitais conduziu a superlotação de alunos e, muitas vezes, até a exaustão dos pacientes. Os professores clínicos afrontam um conflito de interesses clínicos: o respeito pela condição do paciente versus ensino. Sugerimos que se os estudantes e professores conhecer a percepção que deles têm os pacientes, pode criar-se um clima de aprendizado que permita descobrir a pessoa por trás de cada quadro clínico. **Objetivos:** conhecer a reação dos doentes à frente dos estudantes e indicar se é máximo da entrevistas-paciente é pertinente. Se entrevistou uma coorte de pacientes de um serviço médico, verificando que: 1) identificam que a relação aluno-paciente é de benefício mútuo, 2) acreditam que o limite de entrevistas o determina cada paciente, 3) sabem que podem se recusar a cooperar, 4) que o último não predispô-los negativamente. **Conclusões:** 1) a oportunidade de entrevistar um paciente ou não depende deste, 2) é essencial obter o consentimento informado pelo ensino, 3) o papel do professor é um observador ativo do binómio aluno-paciente a fim de promover nos alunos virtudes de convivência, intervindo somente se a confiança ou a confidencialidade estão comprometidas.

PALAVRAS-CHAVE: comunicação em saúde, consentimento informado, pacientes, professores. (Fonte: Decs, Bireme).

INTRODUCCIÓN

Este trabajo parte de la siguiente observación: una persona hospitalizada en sala común del servicio de medicina de un hospital clínico puede ser vista hasta por 33 personas en un día: médico a cargo, dos internos de medicina, nutricionista, un miembro del personal de aseo, un grupo de 6 alumnos de IV año de medicina y su tutor, un grupo de 6 alumnos de III año medicina y su tutor, 5 alumnos de enfermería y su docente, 2 internos de química y farmacia, 5 alumnas de técnico paramédico con su docente. El precio de esta enseñanza es la pérdida de la intimidad del enfermo (1). Por tal motivo, quisimos centrarnos en un factor responsable de esta pérdida de intimidad: la sobreexposición del enfermo.

Relación médico-paciente e idiosincrasia latina

Chile pertenece a una de las cuatro Américas (2, 3) descritas: hispana, portuguesa (Brasil), anglosajona (USA) y anglo-francesa (Canadá), cada una de ellas con

su propio desarrollo cultural. Chile pertenece a la América hispana, con una fuerte tradición católica, lo que le confiere una identidad propia distinta, por ejemplo, de la estadounidense. La diferencia de culturas explica por qué modelos bioéticos válidos en un país pueden no ser apropiados en otro de un mismo continente.

En la historia de la medicina chilena encontramos que inicialmente el cuidado de los enfermos fue asumido por las órdenes religiosas católicas. Estas fundan los primeros hospitales —Nuestra Señora de la Asunción en 1544 (4), y Nuestra Señora del Socorro en 1616. La enseñanza de la medicina es impartida por una universidad aconfesional a partir de 1738. Desde ese momento, esta disciplina ha alcanzado un desarrollo notable y se mantiene la presencia religiosa en algunos hospitales, aunque su labor es fundamentalmente de apoyo espiritual. Resulta comprensible que en nuestra cultura la actitud inicial del paciente sea, por lo general, de confianza hacia quien le atiende, con sus palabras: “uno se entrega”. Esto ayuda también a comprender, en parte, por qué

se ha mantenido vigente por tanto tiempo una relación médico-paciente de corte paternalista.

En Chile, hasta 1990 cinco universidades impartían la carrera de Medicina (Universidad de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de la Frontera, Universidad Austral y Pontificia Universidad Católica de Chile). A partir de esa fecha empiezan a dictarla también universidades privadas. Desde entonces, el número de facultades de Medicina ha aumentado progresivamente llegando a dieciocho en diciembre de 2009. Los hospitales susceptibles de ser campo clínico no han incrementado su número con igual velocidad, de ahí que en el año 2003, trece de los ciento treinta establecimientos asistenciales eran compartidos por más de una de las once escuelas de Medicina del país; instituciones que son de diverso origen: Ministerio de Salud, Fuerzas Armadas, clínicas privadas, municipalidades, universidades (5, 6).

Concomitantemente con los aspectos positivos derivados de la presencia universitaria en un centro asistencial comprobamos otros aspectos negativos como la sobrepoblación estudiantil, que no solo repercute en la calidad de la formación recibida (interferencia entre los alumnos de una y otra facultad, comparaciones en cuanto a método de enseñanza y resultados, entre otros), sino que también puede llevar al agotamiento de los pacientes. Quienes nos desempeñamos en docencia hemos oído en más de una oportunidad: “la paciente dice que está cansada”, “no pude conversar con el paciente, porque cuando me vio entrar a la sala se hizo el dormido”. El agotamiento de los pacientes que cooperan en la docencia práctica también lo encontramos en campos clínicos que son exclusivos de una sola universidad, por la cohabitación de estudiantes de varias carreras de la salud.

La mayor parte de los hospitales docentes actualmente disponibles pertenecen a la red pública; en ellos recibe atención una proporción considerable de la población que no puede financiar los costos de la medicina privada. Personas en su mayoría de baja escolaridad se inhiben ante el profesional o no distinguen con claridad quién es el médico y quién el estudiante (suelen identificar a los internos como el “doctor jovencito”).

Estas características llevan a muchos usuarios a mostrarse agradecidos por el trato recibido: protección del frío, preocupación por la evolución de su salud, compañía por parte de los estudiantes y, sobre todo, alguien que los escuche sin las prisas que impone la presión asistencial del sistema.

En la medida que esta población ha mejorado su nivel educacional, y dispone de mayor acceso a información, exige más explicaciones que antaño. Cuando consulta ya tiene cierta noción de qué padece, pues se ha generalizado la búsqueda de una “segunda opinión” médica. Por tanto, el médico se ve presionado a informar, algo a lo que no estaba acostumbrado, como tampoco a pedir el consentimiento del enfermo.

No se nos había ocurrido hasta ahora aplicar el consentimiento informado en docencia, probablemente por el tipo de relación establecida con el enfermo. No pareciera que la *docencia práctica* tenga relación con *investigación*, pues se trata de una conversación o de compartir con un pequeño grupo de estudiantes la prestación de un servicio. Por su parte, los pacientes suelen considerar estas situaciones como un beneficio (son vistos por “varios doctores”). Otros ven con gusto cooperar en la formación de futuros profesionales. En caso de duda ante la disposición del paciente a cooperar, hasta ahora

se había invocado: “Este es un hospital clínico”, como licencia para disponer del enfermo. Sin embargo, en razón de la dignidad de toda persona, sana o enferma, esta merece ser respetada y no admite ser “utilizada en función de...” por noble parezca la formación de futuros médicos. En Chile hemos ido incorporando las prácticas de la bioética moderna, no como consecuencia de nuestra madurez cultural, sino más bien como otro producto que se importa, y que se practica principalmente como protección del médico ante la ley; queda excluido lo referente a enseñanza. El docente clínico ha de vivir e inculcar el respeto y la delicadeza debidos a la persona enferma, a los estudiantes y al propio paciente enseñándole, cuando sea el caso, a valorarse conforme a su condición de *persona*, de modo que la futura relación médico-paciente sea asimismo la evolución natural de una adecuada relación alumno-paciente y luego del alta la persona considere la hospitalización como una experiencia de vida positiva.

Vista así la relación docente-estudiante-paciente, el hecho de solicitar el consentimiento del enfermo (verbal) surge con naturalidad y no como un trámite impuesto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nos vemos enfrentados a una población pasiva hasta hace poco, pero que actualmente tiene mayor escola-

ridad (7) (población alfabeta ≥ 10 años de edad: 95,8%) y está mejor informada respecto de las patologías y sus derechos. ¿Cómo proceder ante el conflicto de intereses que se plantea al docente clínico: exigencias de los pacientes frente a enseñanza práctica en Medicina? Pensamos que si tanto estudiantes como docentes conocen la percepción que los pacientes tienen de estas prácticas clínicas, pueden lograr un clima apropiado para el aprendizaje no solo de la historia o el examen físico de los enfermos, sino también para descubrir a la persona que hay detrás de ese cuadro clínico.

CARACTERIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis: en la medida en que estudiantes y tutores conozcan la percepción que los pacientes tienen de las prácticas clínicas, se podrá evitar su agotamiento y una exposición que ponga en peligro la confidencialidad debida.

Objetivos generales

- Conocer la disposición de los enfermos para cooperar en la confección de la anamnesis o el examen físico.
- Determinar qué grado de conocimiento hay en la población hospitalizada de lo que es el consentimiento informado en docencia.
- Saber qué reacción provocan en ellos los alumnos.

EL DOCENTE CLÍNICO HA DE VIVIR E INCULCAR EL RESPETO Y LA DELICADEZA DEBIDOS A LA PERSONA ENFERMA, A LOS ESTUDIANTES Y AL PROPIO PACIENTE ENSEÑÁNDOLE, CUANDO SEA EL CASO, A VALORARSE CONFORME A SU CONDICIÓN DE *PERSONA*.

EN LA MEDIDA EN QUE ESTUDIANTES Y TUTORES CONOZCAN LA PERCEPCIÓN QUE LOS PACIENTES TIENEN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS, SE PODRÁ EVITAR SU AGOTAMIENTO Y UNA EXPOSICIÓN QUE PONGA EN PELIGRO LA CONFIDENCIALIDAD DEBIDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Precisar si hay un máximo prudente de entrevistas otorgadas por los enfermos.
- Elaborar una definición de *sobreexposición*, con el propósito de evitar llegar a ella en la docencia práctica.

MÉTODO

Se incluyeron todos aquellos pacientes mayores de 15 años, y más de 72 horas de hospitalización en el Servicio de Medicina (32 pacientes). Se excluyeron aquellos con compromiso de conciencia, con demencia y con condiciones que impidieran la entrevista (hipoacusia). Tres internos de Medicina de la Universidad de Antofagasta entrevistaron a los pacientes previo consentimiento informado verbal, siguiendo una pauta semiestructurada. Las entrevistas se hicieron en un día. Las conversaciones fueron grabadas y posteriormente transcritas (ver Anexo: formato de entrevista).

La entrevista consignaba aquellos datos que podían afectar las respuestas. En antecedentes personales:

quien vive solo o reciba pocas visitas es más proclive a dar entrevistas; la presencia de comorbilidad sugiere un mayor número de hospitalizaciones y mayor exposición a alumnos. En hospitalización: días de estadía y diagnósticos más “interesantes” que otros haciendo que esos enfermos sean entrevistados más veces. Intentamos que las preguntas fueran lo más precisas posibles, y que la entrevista fuera escueta. Previo a su aplicación se validaron y se corrigieron las preguntas que resultaban poco claras.

RESULTADOS

De 35 pacientes a quienes se pidió el consentimiento para ser entrevistados, dos se negaron: uno porque estaba viendo un programa de televisión y uno porque no quería ser molestado. El total entrevistado son 15 pacientes varones y 18 mujeres con un rango de edad entre 15 y 90 años (promedio: 58 años); 29 pacientes de raza hispanoamericana (88% de la muestra), dos atacameños, un aymara y un boliviano (12%). Respecto a escolaridad: 13 personas cursaron enseñanza básica; 6, enseñanza media incompleta; 9, tenían escolaridad completa, y 5 estudios superiores. Tres entrevistados viven solos, dos en su domicilio y uno institucionalizado. Para 17 enfermos esta era su primera hospitalización, los 16 restantes habían sido hospitalizados una o dos veces previamente; uno tenía a su haber 14 hospitalizaciones y otro paciente, 15. La mediana de días de estadía al momento de la entrevista fue de 15. En tres casos podemos hablar de hospitalización prolongada: veinte, treinta y cuarenta días. Todos los entrevistados recibían un mínimo de visitas de tres veces por semana. Para la mayoría de ellos (26 pacientes, 79%) las visitas eran diarias.

Tabla 1. Características de la cohorte entrevistada

Sexo Varones: 15 Mujeres: 18
Escolaridad Enseñanza básica: 13 Enseñanza media incompleta: 6 Escolaridad completa: 9 Enseñanza superior: 5
Etnia Hispanoamericanos: 29 Atacameños: 2 Aymara: 1 Boliviano: 1

De los entrevistados, 31 (94%) sabían que iban estudiantes al HRA (gráfico 1) y entre los 31 que habían vivido la experiencia de dar su historia clínica, dos personas desconocían la presencia de estudiantes en el hospital. En esta hospitalización los enfermos habían dado su historia un promedio de 4 veces, con un rango entre 1 y 10. En 20 casos (70%) las personas manifestaron la disposición a dar su historia un número *ilimitado* de veces (gráfico 2). El término *ilimitado* nos pareció el adecuado para agrupar las expresiones utilizadas por los entrevistados que fueron del estilo: “Las veces que quieran”; “Cuántas veces quieran”; 6 personas respondieron que una vez (18% de la muestra) y 4 personas (12%) dijeron 5 veces (gráfico 2).

Tabla 2. Número de hospitalizaciones de los entrevistados

Pacientes	Número de hospitalizaciones previas
17	0
16	1 ó 2
1	14
1	15

Gráfico 1.

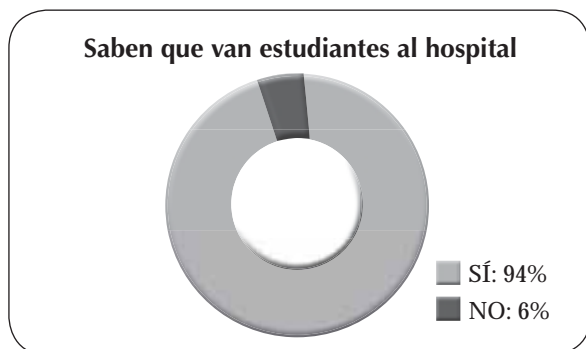
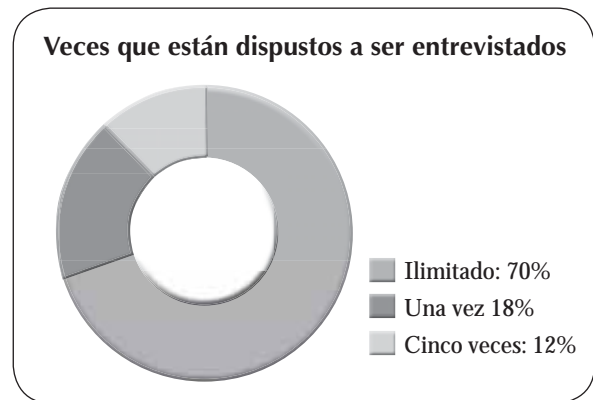


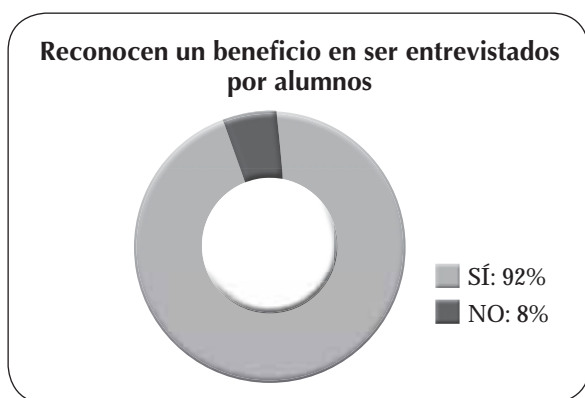
Gráfico 2.



Catorce de los entrevistados (42,4%) sabían que no estaban obligados a atender a los alumnos; 9 manifestaron alguna vez su negativa a ser interrogados, en 8 casos los motivos fueron: aburrimiento, afonía, ayuno por un examen, mal estado de ánimo. En un caso el modo de negarse no fue verbal: “me he hecho el invisible”. Uno solo de los entrevistados quiso negarse en una oportunidad pero no sabía que podía hacerlo.

Al preguntar: ¿encuentra que los estudiantes le aportan a usted alguna ventaja? 24 entrevistados respondieron la pregunta, de los cuales 22 (92%; 66% de toda la muestra) considera positiva su relación con los estudiantes (gráfico 3).

Gráfico 3.



Ante la pregunta: ¿Qué importancia cree que tiene para los estudiantes conversar con usted?, 25 personas, de 29 que respondieron la pregunta, consideran su enfermedad como un referente importante para el estudiante (gráfico 4). Solo un paciente no tenía clara la importancia de la entrevista clínica. Resulta relevante la respuesta de tres personas, puesto que se salen del marco del aprendizaje inmediato de patologías y apuntan a la formación integral de los universitarios, en cuanto a valores:

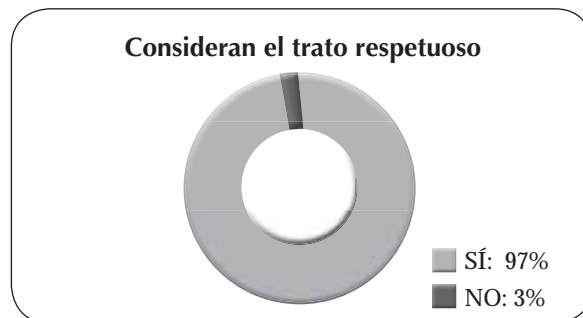
- “Así no se olvidan que somos personas”.
- “Espero que aprender a tratar bien a las personas, porque aunque no tengamos recursos, igual valemos”.
- “Conocerán lo necesario para tener paciencia y comunicar lo que quieren dar a conocer”.

Gráfico 4.



De los pacientes, 32 consideran que los alumnos tienen con ellos un trato respetuoso (gráfico 5). Una paciente comentó: “Me tutea mucho”.

Gráfico 5.



DISCUSIÓN

Las entrevistas se aplicaron a partir del tercer día de ingreso para evitar que las respuestas estuviesen influidas por el estrés inicial de la hospitalización. Se escogió el servicio de medicina por ser el más visitado en las prácticas clínicas. Al caracterizar la población que aportaría los datos se consignó el número de personas con quienes

viven, por la probabilidad de que alguien que vive solo o no recibe visitas pueda experimentar cierta ansiedad por transmitir su experiencia a quienes se acercan y estar dispuesto a dar su historia con mayor frecuencia para sentirse acompañado. No se dio este sesgo dado que de las tres personas que viven solas, dos eran visitadas diariamente, y la tercera, cinco días a la semana. También se consignó la duración y el número de hospitalizaciones dado que podía incidir en la resistencia de los enfermos a cooperar con los alumnos dada la cifra acumulada de entrevistas. Los resultados obtenidos nos sorprendieron de manera positiva: esperábamos encontrar un mayor número de personas que dijera que se cansa de ser entrevistado y, por tanto, esperábamos que los entrevistados nos permitirían establecer un límite de entrevistas que hiciera posible nuestra labor sin agotarlos. Se descubrió un alto número de pacientes dispuestos a dar su historia de manera “ilimitada”. Quienes se habían negado alguna vez tenían un motivo justificado, que en ningún caso se trató de rechazo a los estudiantes en cuanto tales. También temíamos que los pacientes estuvieran cooperando de manera poco libre: por sentirse intimidados por el docente que llega acompañado de varios estudiantes, o por el temor a que no cooperar repercutiera en el trato posteriormente recibido. Vimos que no es así, de 14 personas (71,4%) quienes sabían que podían negar-

se, 10 lo hicieron con toda soltura. Una sola habló de “no agotar a los pacientes”, comentario comprensible considerando que había sido interrogado 8 veces en 15 días. Es el mismo paciente que “se hizo invisible” y que opina que estaría bien con dar su historia una vez al día. Cabe destacar que aun cuando esta persona establece un límite, este es de frecuencia y pareciera estar dispuesto a “atender” estudiantes a diario. No encontramos diferencia significativa según sexo, la disposición a cooperar con los estudiantes es de todos los enfermos.

Comprendiendo la relación estudiante-enfermo

Planteamos que la relación entre personas es mucho más que de respeto por derechos y deberes de uno y otro. La relación estudiante-paciente puede ser una instancia de mutuo beneficio y así lo interpretan los pacientes entrevistados. Ellos lo refieren del siguiente modo:

- a) “Me enseñan de mi enfermedad”.
- b) “Son un aporte para mi salud”.
- c) “Beneficio mutuo, ellos responden las dudas que uno les pregunta”.
- d) “Tiene la paciencia de decirme todo con lujo de detalles, aprenden ellos y yo también”.

AL CARACTERIZAR LA POBLACIÓN QUE APORTARÍA LOS DATOS SE CONSIGNÓ EL NÚMERO DE PERSONAS CON QUIENES VIVEN, POR LA PROBABILIDAD DE QUE ALGUIEN QUE VIVE SOLO O NO RECIBE VISITAS PUEDA EXPERIMENTAR CIERTA ANSIEDAD POR TRANSMITIR SU EXPERIENCIA A QUIENES SE ACERCAN Y ESTAR DISPUESTO A DAR SU HISTORIA CON MAYOR FRECUENCIA PARA SENTIRSE ACOMPAÑADO.

Para el profesional es importante lograr una adecuada relación, ya que:

la comunicación que hoy se necesita es la que pueda romper las barreras que distancian al profesional de su objetivo vocacional, que lo muestran desafectado e indiferente, que le impiden alcanzar una relación de empatía con su paciente para obtener efectiva sintonía clínica y reivindicar esta aproximación frente al abuso tecnológico, el abordaje impersonal de los problemas y la actitud prescindente de compromiso (8).

En pocas palabras: permitir que el médico experimente el ideal de vida logrado mediante la relación que construye con cada uno de sus pacientes. En esta adecuada relación médico-paciente puede encontrarse la explicación de por qué médicos de prestigio siguen trabajando en hospitales públicos con pocos recursos. Hay un elemento gratificante que no lo suple la materialidad. Una relación médico-paciente capaz de enriquecer a ambos integrantes permite comprobar que “no me equivoqué al escoger esta carrera”, que el esfuerzo y tiempo dedicados “merecen la pena”, y que no es la fama, los títulos, ni el número de publicaciones los que contribuyen a la felicidad, si no el sentido que se le dé a la profesión.

Al plantear la necesidad de proteger en cierto modo al enfermo, en ningún caso se defiende el modelo de relación paternalista; la sobreprotección del enfermo manifestaría que se le subestima, que si se sobreprotege es porque no se le cree capaz de enfrentar una situación, de sobreponerse.

Yepes (9) define como una de las características de la persona el manifestar la intimidad. Ejerciendo su liber-

tad la persona decide qué comunica, a quién y cuánto; estos tres aspectos quedan definidos por su “capacidad de dar”, en este caso, “de darse”. Compartir la intimidad no termina en los antecedentes mórbidos, que siendo bastante, no lo son todo. En una conversación se manifiesta toda la persona: preocupaciones, alegrías, motivos de orgullo. La entrevista clínica, en muchos casos, abre las puertas a una cultura hasta ese momento desconocida para los estudiantes. El contacto con personas de ámbitos diferentes al suyo les permite descubrir el valor de todas las ocupaciones honestas que desempeñan los pacientes, conocer diferentes actitudes ante la vida: cómo resuelve esa persona los imprevistos provocados por la enfermedad; qué sentido les da. En los enfermos encontramos ejemplos de resiliencia, lealtad familiar, gratitud filial, desprendimiento. En suma, la relación estudiante-paciente puede constituir para los primeros una escuela de virtudes, aspecto de la formación entregada por las instituciones de nivel superior (que ha de ser integral). La práctica clínica permite que los alumnos desplieguen virtudes relativas a la convivencia: comprensión, generosidad (anteponer el bienestar del otro a mi interés por aprender), saber escuchar. La condición “enfermedad” encierra un sentimiento de minusvalía, de dependencia. Si, en cambio, damos a los enfermos la posibilidad de participar en la formación de futuros médicos se reforzará su autoestima, se les demuestra de una manera muy concreta que ellos “son importantes”. Se les ofrece la posibilidad de salir de sí mismos al pensar en el otro: “Si uno no está tan enfermo, ¿por qué no dar entrevistas?”.

La pregunta de los alumnos: ¿me puede contar un poco de su enfermedad? da la oportunidad al débil de engrandecerse cuando libremente accede a cooperar y el foco de atención pasa de sí al estudiante.

La sobreexposición

En 1830, Graves enfatizó la importancia de la enseñanza de la Medicina con pacientes (10) y desde entonces hemos proclamado que el aprendizaje clínico debe ser “junto a la cama del enfermo”. Paralelamente, empleamos con alguna frecuencia el término *sobreexposición*, manifestando haber traspasado un cierto límite, generalmente tácito, pero que intuimos que existe. Es lo que ocurre con quienes son portadores de cuadros especialmente “interesantes” vistos desde el ángulo de la enseñanza. En nuestra cohorte, quienes eran portadores de patologías atrayentes habían sido entrevistados un mayor número de veces. Así fue como un paciente portador de tuberculosis pulmonar dio su historia diez veces en 30 días de hospitalización.

La tabla 3 muestra los datos de quienes fueron entrevistados ocho veces durante la respectiva hospitalización.

Tabla 3. Datos de pacientes por días de hospitalización

Paciente	Diagnóstico	Días hospitalizado
1	Neumonía adquirida en la comunidad	15
2	Diabetes Mellitus 2 descompensada	7
3	Derrame pleural Daño hepático crónico no alcohólico	21

A esto nos referimos al hablar de sobreexposición. Exponer significa, entre otros, sentar algo para que sea visto,

ponerlo de manifiesto (11). Son los pacientes, debidamente informados, quienes deciden si consienten o no en poner de manifiesto su historia clínica que involucra su historia personal o su cuerpo. Ellos establecen la frecuencia: “si es mucho, cada dos días”, o no ponen límite, como se desprende del total de entrevistas, que en el 70% de los casos fue “ilimitado”. Atribuimos ese alto porcentaje a las raíces cristianas de América Latina, ya comentadas, que han permitido que perduren valores positivos en nuestra cultura, como la generosidad que llega al olvido de sí mismo (“Si uno no está tan enfermo, ¿por qué no dar entrevistas?”). A esa generosidad de los pacientes hay que corresponder guiados por la prudencia, para evitar caer en otra acepción de *exponer*: “poner algo en contingencia de perderse o dañarse”, como puede ser el respeto (por una confianza malentendida que cae en familiaridad: “me tutea mucho”), o la confidencialidad (indagar aspectos que para un caso determinado no son relevantes).

Nuestro rol como docentes clínicos será velar porque siempre se pida el consentimiento al enfermo. Al principio el tutor presenta al estudiante, al poco tiempo ellos, tras presentarse, lo solicitan. Hemos visto cómo alguien que en un momento se negó a atender a un par de alumnos, horas más tarde daba su historia gustosamente a otros tres.

El proceso del consentimiento informado otorga al enfermo la posibilidad de crecer como persona: a medida que se informa accede a la verdad. Al conocer la verdad de lo que se le pide, e identificarla como un bien, podrá adherir a ella con mayor voluntariedad lo que permite un mejor ejercicio de su libertad, un trato conforme a su dignidad de persona.

EL LÍMITE PRUDENTE DE ENTREVISTAS DEBERÁ ESTABLECERSE DE COMÚN ACUERDO ENTRE EL ENFERMO Y EL DOCENTE CLÍNICO A CARGO, CONSIDERANDO LAS CONDICIONES DE CADA PACIENTE, CASO A CASO.

CONCLUSIONES

El límite prudente de entrevistas deberá establecerse de común acuerdo entre el enfermo y el docente clínico a cargo, considerando las condiciones de cada paciente, caso a caso. Los autores consideran que no debiera aceptarse que un paciente sea entrevistado más de una vez al día.

El hallazgo de un porcentaje elevado de enfermos dispuesto a dejarse entrevistar de manera ilimitada descarta la posibilidad de definir el término *sobreexposición*. Debe seguir fomentándose la práctica del consentimiento informado (de modo verbal) en docencia, fundado en el respeto de las personas y como medio para reafirmar su dignidad.

Aun cuando no se planteó como objetivo del trabajo, podemos concluir que el hecho de que los pacientes sepan que pueden negarse a cooperar con la docencia no los predispone de forma negativa.

El docente clínico ha de ser un observador activo de la relación estudiante-paciente, con la responsabilidad de fomentar en los alumnos las virtudes de la convivencia

e intervenir toda vez que esté en riesgo la confianza o confidencialidad debidas en esta relación.

REFERENCIAS

- Orellana C, Intimidad del paciente, pudor y educación médica. *Pers. bioét.* 2008; 12 (1): 8-15.
- León FJ. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En Lolas F (ed.). *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS.* Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Bioética OPS-OMS; 2004.
- Llano A. La bioética iberoamericana. Disponible en http://www.javeriana.edu.co/bioetica/bioetica_iberoamericana.htm [Fecha de consulta: 12 de junio de 2010].
- Cruz E. Fundación de los Primeros Hospitales Chilenos. En *Historia de la Medicina Chilena.* Santiago de Chile: Ed. Andrés Bello; 1995.
- Goic A. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile. *Rev Méd Chile* 2003; 131 (2).
- Resultados Eunacom. En Beltrán (ed.). *Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina.* Santiago de Chile, diciembre de 2009. Disponible en <http://www.emn.cl/noticias.html> [Fecha de consulta: 31 de mayo de 2010].
- Ministerio de Educación. *Indicadores de la Educación en Chile.*
- Rosselot E. Hacia el médico que nuestros países necesitan: énfasis en la comunicación y en la formación de los docentes. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 331-337.
- Yepes R, Aranguren J. *La persona.* En *Fundamentos de antropología: un ideal de la excelencia humana.* 5 edición. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra; 2001.
- Fresquet JL. William Stokes (1804-1878). Disponible en <http://www.historiadelamedicina.org/stokes.html> [Fecha de consulta: octubre 2010].
- Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html> [Fecha de consulta: 3 de abril de 2010].

OTRAS REFERENCIAS

- Rosselot E. Derechos del paciente, en el marco de calidad de la atención médica. *Rev Méd Chile* 2000; 128 (8).

- D'Agostino F. Medicina y derecho. *Cuad Bioét*; 13 (93): 5-11.
- D'Agostino F. Bioética y derecho. *Cuad Bioét*; 17-18 (94): 96-106.
- González-Torre Á. El consentimiento de los pacientes a los tratamientos médicos. Planteamientos teóricos y realidad práctica. Conferencia dada en el VI Congreso de la AEDS. Disponible en <http://www.aeds.org/congreso6/cl-02.htm> [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2010].
- Lugones M. Consentimiento Informado. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2005; 21 (5-6).
- Moreno JD. Evidentia. Resumen de comunicaciones. VII reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud. IV Jornadas Internacionales sobre Cultura de los Cuidados. II Reunión de Enfermeras y Enfermeros Antropólogos. Investigación cualitativa "cultura de los cuidados" conocimiento humanista. *Evidentia*, 2005, sept-dic; 2 (6). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n6/157articulo.php> [Fecha de consulta: 28 de marzo de 2010].
- Román O, Señoret M. La relación docente-asistencial en el nuevo contexto que establece la Reforma de Salud. *Rev Med Chile* 2007; 135: 251-256.
- Ayala M. Relación médico-paciente. *Pers Bioét* 1997; 1 (1): 68-82.
- Orellana C, Rojas M, Silva M. Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Antofagasta. *Acta bioeth* 2010; 16 (2).
- Beca JP, Browne F, Valdebenito C et al. Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente. *Rev Méd Chile*, 2006; 134 (8): 955-959.
- Beca JP, Browne F, Repetto P et al. Relación estudiante de medicina enfermo: visión de los estudiantes. *Rev Med Chile* 2007; 135: 1503-1509.
- La Medicina en la Colonia. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/historiamedicina> [Fecha de consulta: 2 de mayo de 2010].