



ORIGINAL

Sensibilidad de los alumnos admitidos en una facultad de medicina en aspectos relacionales, organizativos y éticos de la práctica clínica



Roger Ruiz Moral*, Fernando Caballero Martínez, Cristina García de Leonardo y Diana Monge

Unidad de Educación Médica y Comunicación Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

Recibido el 9 de mayo de 2016; aceptado el 25 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 22 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Estudiantes de medicina;
Profesionalismo;
Actitudes;
Comunicación médico-paciente;
Facultad de medicina;
Viñeta clínica;
Estudio cualitativo

Resumen

Antecedentes: A pesar de que la sensibilidad humana y ética se considera atributo clave en los médicos, estos no son considerados para la selección de alumnos en las escuelas de medicina. **Objetivo:** Estudio exploratorio para valorar la sensibilidad de los estudiantes que inician sus estudios de medicina en aspectos relacionales, organizativos, personales y éticos que supone el ejercicio de la medicina.

Metodología: Estudio cualitativo sobre comentarios basados en la observación. En la primera sesión del curso se presentó a los alumnos un vídeo de un encuentro clínico simulado que ponía de manifiesto diferentes conductas y acontecimientos que incidían negativamente en su calidad. Se les pidió a los alumnos que destacaran al menos un par de aspectos/conductas que podrían mejorarse. Dos observadores externos categorizaron estos comentarios.

Resultados y conclusiones: Participaron 105 alumnos (30 varones, 75 mujeres) que realizaron 251 comentarios (media: 2,3). Se identificaron 47 (21%) comentarios de tipo exclusivamente evaluativos o conceptuales y 177 (79%) de tipo descriptivo de los que la mayoría ofrecían algún comentario evaluativo. Los alumnos detectaron conductas comunicativas entre las que destacan contenidos del lenguaje verbal y no verbal del médico que interpretaron como pérdida del interés profesional y de respeto por el paciente, actitudes de prepotencia y de insensibilidad, falta de solidaridad emocional con los pacientes así como falta de privacidad y confidencialidad. Estos resultados son útiles para conocer la sensibilidad del recién ingresado sobre estos temas y para orientar intervenciones educativas al respecto. Su carácter exploratorio exige realizar estudios más exhaustivos sobre este tema.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: r.ruiz.prof@ufv.es (R. Ruiz Moral).

KEYWORDS

Medical students;
Professionalism;
Attitudes;
Physician-patient
communication;
Medical school;
Clinical vignette;
Qualitative study

Sensitivity of students admitted in a medical school regarding relational, managerial and ethical aspects of clinical practice

Abstract

Background: Although human sensitivity and ethics is considered a key attribute doctors, usually these are not considered in candidates to be admitted in medical schools.

Aim: An exploratory study to assess the sensitivity of students admitted in medical school in relational, organizational, personal and ethical issues involved in clinical practice.

Methodology: A qualitative study on comments based on the observation of a clinical situation. In the first session of the course students watched a video of a clinical encounter who highlighted different behaviors and events that contributed negatively on its quality. Students were asked to stand out at least a couple of aspects/behaviors that could be improved. Two external observers categorized these comments.

Results and conclusions: A total of 105 students (30 men and 75 women) made 251 comments (average: 2.3). Exclusively evaluative or conceptual comments: 47 (21%); descriptive comments (most with evaluative remarks also): 177 (79%). Students detected a wide range of communicative behaviors: physician verbal and nonverbal behaviours that were interpreted as loss of professional interest and respect for the patient, attitudes of arrogance and insensitivity, lack of emotional solidarity with the patients as well as lack of privacy and confidentiality. These results are useful to know the sensitivity of the students admitted to medical school on these issues and to guide and planing educational interventions. Further studies on this topic will be needed.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El ingreso en las escuelas de medicina exige a los aspirantes un nivel de conocimientos y competitividad muy altos, sin embargo cada vez se insiste más en la doble naturaleza técnica y humanística de la medicina cuyos profesionales tendrían que dominar un conjunto de conocimientos y una serie de técnicas que aplicarán a personas únicas y autónomas objeto fundamental de la atención clínica¹⁻³. Bajo esta perspectiva la medicina occidental ha incorporado en los últimos años el concepto de *práctica clínica centrada en el paciente (la persona)*⁴⁻⁶. Por ello en cada vez más universidades ya han empezado a exigir y enseñar aspectos relacionados con algunas habilidades específicas de carácter más humanístico como las relaciones interpersonales (comunicación médico-paciente/familia, con el equipo, autoconocimiento) el profesionalismo y la ética⁷⁻¹¹, y esto no solo a lo largo de sus programas educativos sino como condicionantes para ingresar en las facultades¹²⁻¹⁴. Hasta la fecha, salvo muy escasas excepciones en el ámbito de alguna escuela privada, en España estos atributos no se tienen en cuenta. El desarrollo posterior de los propios estudios de medicina aun más exigentes y competitivos, un currículum oculto de gran influencia para modelar actitudes y comportamientos, un examen final de acceso a la especialidad que valora exclusivamente conocimientos y sin duda el ambiente imperante en la propia práctica clínica de los centros asistenciales (currículum oculto), disminuye la sensibilidad de los futuros médicos hacia los aspectos humanísticos y de relación asistencial ya desde etapas muy tempranas de su formación^{15,16}.

Este estudio pretende aproximarse de forma exploratoria a valorar la sensibilidad de los estudiantes que inician sus estudios de medicina en aspectos relacionales, organizativos, personales y éticos que supone el ejercicio de la medicina en el contexto del encuentro asistencial en el que habitualmente van a formarse y deberán ejercer. Sus resultados pueden ser útiles para detectar necesidades en estos ámbitos de la enseñanza de la medicina y orientar el diseño de aspectos concretos en los programas educativos.

Métodos

El estudio, observacional descriptivo de tipo cualitativo y exploratorio, se realizó con todos los estudiantes matriculados en primero de medicina en la Universidad Francisco de Vitoria (UFV) de Madrid el primer día de clase de la asignatura «*Habilidades interpersonales*». Esta asignatura incluye un rotatorio práctico denominado «*Inmersión clínica precoz*» así como otras actividades seminarios, clases y mentorías individualizadas. La «*Inmersión clínica precoz*» supone la estancia del estudiante de primero de medicina y nada más incorporarse a la carrera en centros asistenciales durante un periodo de 5 días en atención primaria y posteriormente otros 5 días en hospital con el objetivo de tomar un primer contacto con la asistencia clínica en calidad de observadores, para reflexionar sobre cualquier aspecto derivado de la asistencia clínica. Durante estas estancias los estudiantes deben de realizar al menos 2 descripciones y reflexiones, siguiendo el formato de «*incidente crítico*», sobre algún aspecto de la experiencia vivida en cada uno de los contextos por los que rotan.

En la sesión inicial donde se informa a los alumnos sobre la dinámica de la asignatura y se les introduce brevemente la metodología del *incidente crítico*, se les mostró un vídeo que representaba una consulta médica en un centro asistencial reflejando un encuentro médico-paciente en el que está presente un estudiante como ellos en calidad de observador.

En el [anexo 1](#) se expone el contenido que sirvió de guión para este encuentro. La situación pretendía reflejar algunos problemas y errores de naturaleza relacional entre el médico y el paciente/familia, el equipo y el propio estudiante que habitualmente tienen lugar en este tipo de encuentros. El vídeo resultante fue finalmente aprobado por 4 médicos y una enfermera con experiencia asistencial y docente que conocían los objetivos del estudio. Estos profesionales detectaron hasta 10 diferentes aspectos que reflejaban déficits en los dominios explorados. A pesar del elevado número de incidentes negativos presentes en la situación, se trató que la situación fuese «auténtica», es decir representase una situación real de forma creíble y natural. Para ello se entrenó a pacientes simulados de los que algunos eran profesionales de la salud.

A los alumnos se les pidió que observasen el vídeo y que destacaran al menos un par de aspectos acaecidos en la consulta sobre los que podrían posteriormente reflexionar y discutir con sus compañeros y profesor. Para ello se les dieron las siguientes instrucciones:

«Describe brevemente de lo que has observado en el vídeo al menos 2 aspectos que te hayan llamado la atención (por chocante para ti, porque no te parece que sea correcto, porque te hayan gustado especialmente, etc.). Después relata brevemente «por qué» te ha llamado la atención lo que has señalado, las razones de haberlo destacado».

Tras la visualización del vídeo los alumnos dispusieron de 4 min para hacer sus comentarios. Estos fueron analizados por 2 observadores externos que los categorizaron según su naturaleza y su contenido. La naturaleza de los textos se refiere a si los comentarios eran de tipo principalmente descriptivo («la consulta es invadida por otro personal»), o por el contrario no describían ninguna conducta observada sino que tan solo expresaban directamente impresiones, definiendo estas mediante conceptos o juicios valorativos («no es cercano, hay un muro entre ellos»). Se distinguió también si junto a los juicios descriptivos además estos se seguían de comentarios evaluativos («hay interrupciones que hacen ignorar al paciente»). Por otra parte los comentarios se categorizaron también en función de sus contenidos, de las áreas temáticas identificadas. Las discrepancias fueron resueltas mediante acuerdos entre los observadores.

Resultados

Participaron 105 alumnos de los que 30 eran varones y 75 mujeres, realizando un total de 251 comentarios. La media de comentarios por alumno fue de 2,4. Todos los alumnos hicieron al menos un par de comentarios, sin embargo algunos realizaron hasta un máximo de 4 comentarios diferentes.

Se detectaron 47 (21%) (mujeres: 28 [18%], varones: 19 [28%]) comentarios de tipo exclusivamente evaluativos

o conceptuales («Es una relación inadecuada», «ignora a la paciente y a su madre», «el médico manifiesta superioridad»; o incluso «no respeta», «le falta empatía», «no parece interesarse por la paciente», «los trata de forma inadecuada», «no es cercano, hay un muro entre ellos»). El mayor número de comentarios fueron de tipo descriptivo: 177 (79%) (mujeres: 129 [82%]; varones: 48 [72%]) («habla al estudiante de la posibilidad de que sea un tumor delante de ellos», «mira todo el rato al ordenador y habla más con el estudiante», «la enfermera y la auxiliar interrumpen la consulta», «no atiende a las explicaciones de la madre»). Aunque no todos, en la mayoría de estos comentarios descriptivos además se ofrecía un comentario evaluativo (p. ej.: «hay interrupciones que hacen ignorar al paciente», «Falta de educación y respeto (al no mirarles, al hablar con el estudiante)», «Comentar otros posibles problemas al estudiante o la brusquedad con la que explora supone falta de empatía o cercanía», «No le presta casi atención por lo que creo que así es difícil hacer un buen diagnóstico», «No se preocupa por la paciente, apenas mantiene contacto visual», «Poca empatía no se preocupa nunca por hacerlas sentirse cómodas», «Mala gestión en cuanto al personal del centro ya que no me parece que se pueda interrumpir en la consulta como en un despacho», «La entrada de personal afecta a la confidencialidad así como la descripción al estudiante de otro paciente»).

Los contenidos temáticos detectados aparecen en la [tabla 1](#) así como la frecuencia absoluta y relativa de los mismos globales y por sexos.

Discusión

El presente estudio pretende ser una primera aproximación en la valoración de la sensibilidad de los estudiantes que inician sus estudios de medicina hacia los aspectos relacionales, organizativos, personales y éticos que supone el ejercicio de la medicina en el contexto del encuentro asistencial en el que recibirán su formación. Este estudio no pretende valorar la capacidad reflexiva de los estudiantes sino solo su capacidad de observación ante los acontecimientos para detectar áreas de mejora que puede reflejar su sensibilidad sobre estos temas. Los resultados obtenidos ofrecen datos interesantes al respecto.

Un aspecto preliminar era conocer la capacidad de los alumnos para describir las conductas observadas antes de inferir conclusiones al respecto. Del total de comentarios un 79% tenían un componente descriptivo. Desde un punto de vista educativo resulta importante este enfoque *factual* sobre el que el alumno alcanza sus conclusiones. La «capacidad perceptiva» conlleva la aprehensión intelectual de una situación y exige imaginación y un apropiado grado de compromiso emocional¹⁷, todo lo cual es importante para realizar un razonamiento práctico e indispensable para un análisis ético. Por otra parte, este enfoque es un condicionante del aprendizaje en profundidad^{18,19} y que posteriormente deberán desarrollar los alumnos mediante la metodología del *incidente crítico*²⁰. Aunque el estudio no permite obtener conclusiones, los resultados pueden ser de interés como generadores de hipótesis que habría que explorar con más profundidad. Entre estas, por ejemplo, el grado de sensibilidad de nuestros ingresados con relación a los

Tabla 1 Contenidos temáticos de los comentarios realizados por los alumnos

Contenido del comentario	Ejemplo	Frecuencia, n (%)	Mujer/Varón, n (%)
Aspectos genéricos de la relación entre el médico y la paciente y su madre	«no parece interesarse por la paciente»	38 (15)	20/18 (11,4/23,6)
Insensibilidad/brusquedad al explorar a la paciente	«Falta de sensibilidad ante un procedimiento que aunque para él sea cotidiano se inmiscuye en la intimidad del paciente haciéndole sentirse incómodo»	37 (14,7)	29/8 (16,5/10,5)
Consulta interrumpida privacidad invadida	«Interrupciones constantes con entradas de otras personas del hospital que ignoraban a la niña»	29 (11,5)	23/6 (13,1/7,9)
Discusión en la consulta con otros miembros del equipo sobre aspectos ajenos	«El trato del médico con su compañera me parece muy poco profesional; ponerse en medio de una consulta a discutir de ese modo»	23 (9,1)	20/3 (11,4/3,9)
No atender, explorar o facilitar las preocupaciones de la madre	«El médico no hace ningún esfuerzo por intentar entender al paciente y su preocupación»	22 (8,7)	19/3 (10,8/3,9)
Comentar aspectos de otro paciente en la consulta	«no cumple el secreto profesional ya que comenta la situación de otro paciente usando además un tono irónico»	21 (8,3)	14/7 (8/9,2)
Conductas comunicativas deficientes	«el médico en vez de atender y mirar a la madre y la niña está continuamente mirando el ordenador»	17 (6,7)	8/9 (4,5/11,8)
No ofrecer la información y explicaciones necesarias	La poca explicación que le da a la madre	13 (5,2)	13/0 (7,4/0)
Comentar con el estudiante aspectos relacionados con los posibles diagnósticos de la paciente	«Se pone a hablar de tumores delante de la paciente sin ninguna restricción ni tacto, provocando que se preocupe todavía más la madre»	13 (5,2)	8/5 (7,4/6,5)
Abandonar la consulta por motivos ajenos a la misma	«El médico sale dejando sola a la paciente. Mientras estás con un paciente hablando no puedes de repente interrumpirle y marcharte»	10 (3,9)	4/6 (2,3/7,9)
Falta de atención/desgana	«¡falta de atención a lo que le contaba la madre: repite hasta tres veces que de qué mama se trataba!»	7 (2,8)	3/4 (1,7/5,2)
Minimizar el problema de la paciente	«Ha restado importancia al problema que le preocupaba a la madre mucho sin indagar nada»	6 (2,3)	5/1 (2,8/1,3)
Desorganización/mala gestión de la consulta	«Las continuas interrupciones de distintas personas ajenas demuestra una mala organización del centro»	4 (1,6)	0/4 (0/5,2)
Aspectos positivos	«el estudiante muestra comprensión hacia la madre y se lo transmite»	4 (1,6)	4/0 (2,3/0)
Subestimar la consulta y transmitir esto al estudiante	«Al final, cuando se han ido, el médico hace un comentario al estudiante en el que no da importancia y critica el motivo de consulta»	2 (0,8)	1/1 (0,5/1,3)
Modales	«la forma de hablar, las expresiones suponen una falta de consideración»	2 (0,8)	1/1 (0,5/1,3)
Otros	«No apunta la receta que le da»	3 (1,2)	3/0 (1,7/0)
Total		251 (100)	175/76 (100/100)

distintos temas, la relación entre estos y otras variables personales y culturales aquí no estudiadas, o las diferencias entre las mujeres y los varones que este estudio muestra importantes en cuanto a que parece que estos últimos tienden en mayor medida a realizar juicios de tipo valorativo exclusivamente.

Ya en el ámbito de las áreas temáticas detectadas, estas tienen que ver con diferentes aspectos de la relación asistencial y con implicaciones en el comportamiento profesional. Por ejemplo, tanto en la categoría de «aspectos genéricos de la relación entre el médico y la paciente y su madre» como en el resto de las mismas de tipo descriptivo que derivaban en un juicio, los estudiantes directamente inferían de la visualización actitudes del médico en su relación con la paciente y su madre que etiquetaban como: «de menosprecio», «superioridad», «desatención», «desgana», «ignorar», «falta de respeto», «de cercanía», «de empatía»... De entrada este tipo de comentarios, casi siempre presentes en todos los estudiantes, revelan una sensibilidad hacia una relación asistencial presidida por el respeto, la confianza y la empatía hacia la paciente y su madre, que para ellos exige de la puesta en juego de determinadas conductas y esfuerzos explícitos por parte del profesional. Se ha destacado cómo esta sensibilidad se ve afectada ya en las primeras experiencias prácticas de los estudiantes, iniciándose así un proceso de «aculturización» hacia lo que supone el *ser médico en la realidad práctica* que en muchas ocasiones es doloroso para el propio estudiante en la medida en la que muchas de estas concepciones y valores propios se ven alterados por la realidad del entorno²¹. El intervenir de una manera directa e incipiente sobre estos temas en su educación profesional puede mitigar la transformación hacia actitudes menos profesionales¹⁶ cuando no a reforzar o incrementar los valores de los que son portadores como realmente valores adecuados para el ejercicio profesional²².

Los estudiantes descubren en la situación ofrecida transgresiones relacionadas principalmente con la relación entre el médico y la paciente (en este caso la paciente infantil y su acompañante, la madre), entre las más destacadas son las declaraciones genéricas y evaluativas sobre lo que implica el comportamiento del médico para ellas y la relación mantenida: «Es una relación inadecuada», «ignora a la paciente y a su madre», «el médico manifiesta superioridad»; o incluso «no respeta», «le falta empatía», «no parece interesarse por la paciente». Entre estas llama la atención predominantemente la forma en la que el médico trata de realizar la exploración física a la niña que les revela una falta de sensibilidad y brusquedad. Las interrupciones de la consulta son consideradas preferentemente y catalogadas como hechos que tienen distintas consecuencias pero la mayoría destacando que afectan la relación y atentan contra la privacidad de los pacientes. Posteriormente un conjunto importante de comentarios tienen que ver con la discusión con otras personas sobre aspectos ajenos al problema del paciente y de nuevo en muchos de ellos se destaca las implicaciones que esto tiene para los pacientes. Las mujeres, con diferencias porcentuales de 7 puntos respecto a los varones, destacan más este aspecto cuando estas discusiones son con otros miembros del equipo. A los estudiantes, y también en especial las mujeres (diferencias porcentuales de 6 puntos), les llama la atención cómo el médico no explora y no se interesa por conocer las preocupaciones de la madre que en

reiteradas ocasiones esta le manifiesta y comentan algunas de las implicaciones que esto puede conllevar. En relación con lo anterior, y también detectado en exclusiva por las alumnas, está la ausencia de «explicaciones necesarias». Ello revela una sensibilidad especial sobre la necesidad de informar adecuadamente adaptándose a las necesidades de los pacientes y atender sus preocupaciones específicas, ambos aspectos claves para llevar a cabo una adecuada toma de decisiones clínicas compartidas²³. Los estudiantes también describen una serie de elementos y conductas comunicativas deficientes como falta de contacto visual, mirar al PC más que al paciente, no dirigirse a ellos y sí al estudiante, no levantarse a recibirles, hacer la misma pregunta varias veces, no cerrar la puerta, etc.

Todo lo anterior supone el 83% de los aspectos destacados en los comentarios. En el análisis realizado se detecta que en algunas expresiones los alumnos utilizan erróneamente los conceptos principalmente el de confidencialidad o empatía, aunque sus mensajes revelan en el primer caso una transgresión del derecho de privacidad y en el segundo una ausencia de una mínima comprensión emocional por parte del profesional.

Las viñetas clínicas han sido utilizadas para evaluar la sensibilidad de los estudiantes en estos temas²⁴; nuestro diseño incorpora la presentación en vídeo que es más realista y no restringe u orienta sobre los aspectos a observar y reflexionar^{24,25}. El estudio sin embargo presenta algunas limitaciones importantes que pueden matizar algunos de los comentarios o hipótesis aquí planteadas. Quizás la crítica más evidente que pueda hacerse recae en la situación clínica utilizada para tratar de determinar la supuesta sensibilidad hacia estos temas de los estudiantes. Cabe pensar que un contenido en el que aparecen de forma clara y reiterada una amplia gama de aspectos criticables hace más fácil la detección de algunos de ellos que situaciones en las que estos problemas aparecen de forma más sutil y en menor medida. Sin embargo nuestro objetivo era precisamente acercarnos a valorar esta capacidad en personas que hasta ahora han sido ajenas a la dinámica de las consultas y a la relación asistencial, más allá de haber sido protagonistas de experiencias propias como pacientes o familiares de pacientes. Se ha destacado cómo los pacientes tienden a ver como normal o habitual tipos de relación con su médico o enfermera considerados a todas luces deficientes simplemente porque es el único tipo de relación que conocen²⁶. Además, jóvenes de entre 20 y 22 años han tenido generalmente escasas experiencias como pacientes por lo que su visión es novedosa y no contaminada. En estas circunstancias era preferible plantear un escenario de máximos como el utilizado. El conseguir una interacción realista fue un reto importante, para ello se les pidió a los profesionales que comentasen el guión original aportando modificaciones y visualizando la grabación final. Creemos por tanto que los resultados obtenidos son válidos para los propósitos planteados.

Concluimos que los estudiantes detectan aspectos de naturaleza relacional y ética, especialmente un amplio abanico de conductas comunicativas entre las que destacan contenidos del lenguaje verbal y no verbal del médico, que suponen para ellos pérdida del interés profesional y el respeto por su paciente, actitudes de prepotencia y de insensibilidad, falta de solidaridad emocional con los pacientes así como falta de privacidad y confidencialidad. Estos

resultados pueden ser útiles para conocer la comprensión que el estudiante recién ingresado tiene sobre algunos conceptos habituales de estos dominios y sobre su influencia en el acto clínico, y utilizarse para orientar la posterior enseñanza de estos contenidos y evaluar su progresión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Alonso Mateos por su participación en el diseño del caso y al Dr. Salvador Espinosa, Dra. María Alonso (del Centro de Simulación de la UFV), a Lara Picazo (enfermera C de S de la UFV), a Patricia Chica (del Centro de Simulación de la UFV), Jaime (estudiante de 2.º curso de la UFV) y A. Mateos (paciente simulada), por su colaboración en la puesta en escena de la situación.

Anexo 1

La madre inicia la consulta a la que ha acudido con su hija porque «le nota las mamas como inflamadas» y la niña lleva quejándose por ello varios días

La madre es la que habla de entrada «desde hace algunas semanas le vengo notando la mama izquierda como más elevada, y la niña se queja de que le duele y yo le veo como que está inflamada, como más dura y le toco y le duele y claro como la otra es normal y la niña no ha desarrollado aun pues, no me parece esto normal, me preocupa que pueda ser otra cosa».

De entrada está volcado con el alumno y el PC, parece estar explicándole algo. La invita a sentarse y, de manera un tanto automática, a que le cuente. No hace ninguna atención específica a la niña aunque puede nombrarla y cómo tratar de localizarla en la historia del PC y a la vez le comenta al alumno el historial previo de la niña («aquí está todo»).

Cuando se dirige a la madre el médico se muestra correcto pero serio, le hace una serie de preguntas generales sobre la salud de la niña y otros síntomas que son negativos, entre ellas si se ha dado algún golpe, si le ha notado algo raro, si ha tenido fiebre o si ha notado que haya echado por el pezón algo. A lo cual todo es negativo por parte de la madre.

No existe diálogo con la niña

En un momento de la anamnesis entra alguien en la consulta (parece una auxiliar para llevarle al médico algo que parece ha pedido [unos papeles]), el médico cambia su atención a lo que le ha traído para después volver a la historia y sin pedirle que se vaya para la camilla se dispone a «descubrir el torso de la niña» a lo cual esta opone resistencia.

El médico amablemente usa expresiones del tipo: «¡vaya!, ¿y esto? ¿No quieres que te vea o qué?», «cuando se viene al médico señorita no hay que tener pudor!», «O es que no quieres que te lo curemos?».

La madre interviene un tanto azorada instándole a la niña a que se deje explorar. La niña sin embargo sigue resistiéndose y la madre cada vez más nerviosa «Por favor María...». Mientras el médico se muestra pasivo.

Durante este tiempo la persona que ha entrado se queda haciendo algo en la zona de la camilla (la puerta parece estar abierta) antes de salir, el médico le dice a esa persona que quiere hablar con la enfermera que lleva «detrás de ella toda la mañana» «haga el favor de decirle si la ve que venga inmediatamente».

Tras esto el médico vuelve su atención a la paciente y la niña: «Bueno ¿qué, me dejas que te vea o no?».

En un momento el estudiante dice sonriendo: «parece que a la pobre le da un poco de vergüenza, ¿verdad?» (dirigiéndose a la niña) y esta asiente con la cabeza.

El médico como reculando: «¡ya te he dicho que no se puede tener vergüenza cuando se viene al médico!, venga pasa aquí» (y ahora se la lleva a la camilla de exploración).

El estudiante no se mueve de su sitio. El médico lo llama: «ven aquí, mira esto». El estudiante duda y la niña parece que otra vez vuelve a taparse y su madre le llama de nuevo la atención «¡por favor, no seas tonta María, que te tienen que ver!» Finalmente la niña cede.

Tras una breve exploración, el médico le explica en voz alta al alumno: «esto es el inicio de la telarquia, es un botón mamario o «telarca» a veces...bla, bla, bla», «hay que considerar si ha tenido fiebre o ha habido algún tipo de secreción especialmente láctea, en cuyo caso no es normal y hay que descartar un tumor en la silla turca (un prolactinoma)».

La madre se muestra en ese momento muy alterada y le comenta «¿Doctor no me diga que la niña puede tener un tumor?».

Este de forma condescendiente: «no mujer no».

En ese momento entra la enfermera y el médico se dirige a ella en tono de reproche por alguna forma de actuar o por información que le debían de haber dado, etc. (el caso es que el médico emplea un tono de enfado y de recriminación «no me gusta que», «es la última vez que pasa esto» y cosas por el estilo); la enfermera inicialmente parece defenderse pero después no responde, parece que se dirigen a un tercero como responsable... «Bueno pues ahora mismo se lo digo» y dando una excusa a la madre y al estudiante sale con la enfermera.

En ese momento se quedan solos la madre, la niña y el estudiante y la madre le transmite lo muy preocupada que está y sobre todo si la niña tiene algo malo. El estudiante la escucha y la madre le habla y le cuenta que una hermana suya perdió a una hija (o ella misma). El estudiante escucha y le transmite su comprensión y trata de tranquilizarla.

El médico vuelve pidiendo disculpas y le informa sobre lo que tiene la niña y lo banal del cuadro, instándola a que la observe y si le molesta mucho le dée un analgésico que le manda. La madre le vuelve a comentar que le preocupa mucho pero sin revelar el motivo de su preocupación, el médico insiste en la banalidad del cuadro y deja la puerta abierta a que vuelva.

Cuando salen el médico comenta al estudiante: «Hay que ver cómo son las madres, por cualquier tontería se preocupan por acuden a la consulta; esto antes no era así pero ahora por cualquier cosa ¡hala, al médico!».

El estudiante hace una sonrisa forzada.

«Que pase el siguiente»

Bibliografía

1. Cohen J. Linking professionalism to humanism: What it means, why it matters. *Acad Med.* 2007;82:1029–32.
2. Miles A, Asbridge JE, Caballero F. Towards a person centered medical education: Challenges and imperatives. *Educ Med.* 2015;16:25–33.
3. Dorsey ER, Ritzer G. The McDonaldisation of medicine. *JAMA.* 2016;73:15–6.
4. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med.* 2011;9:100–3.
5. Bardes CL. Defining patient-centered medicine. *N Engl J Med.* 2012;366:782–3.
6. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. Towards person centered medicine: From disease to patient to person. *Mt Sinai J Med.* 2010;77:304–6.
7. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2008;42:1100–7.
8. Branch WT Jr, Davis K, Weng M. Teaching compassion. *Patient Educ Couns.* 2012;89:3–4.
9. Van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns.* 2013;90:177–83.
10. Deveugele M. Communication training: Skills and beyond. *Pat Edu Coun.* 2015;98:1287–91.
11. Shapiro J, Rucker L, Robitshek D. Teaching the art of doctoring: An innovative medical student elective. *Med Teach.* 2006;28:30–5.
12. Koenig TW, Parrish SK, Terregino CA, Williams JP, Dunleavy DM, Volsch JM. Core personal competencies important to entering students' success in medical school: what are they and how could they be assessed early in the admission process? *Acad Med.* 2013;88:603–13.
13. Pau A, Jeevaratnam K, Chen YS, Fall AA, Khoo C, Nadarajah VD. The Multiple Mini-Interview (MMI) for student selection in health professions training—a systematic review. *Med Teach.* 2013;35:1027–41.
14. Kirch DG, Mitchell K, Ast C. The new 2015 MCAT: Testing competencies. *JAMA.* 2013;310:2243–4.
15. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009;84(9):1182–91.
16. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86:996–1009.
17. Gillies J, Sheehan M. Perceptual capacity and the good GP: Invisibile, yet indispensable for quality of care. *Br J Gen Pract.* 2005;97:4–77.
18. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14:595–621.
19. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach.* 2009;31:685–95.
20. Branch WT Jr. Use of critical incident reports in medical education. A perspective. *J Gen Intern Med.* 2005;20:1063–7.
21. Branch WT, Pels RJ, Lawrence RS, Arky R. Becoming a doctor: Critical incident reports from third year medical students. En: Henderson GE, King NMP, Strauss RP, Estroff SE, Churchill LR, editores. *The social medicine reader.* Durham: Duke University Press; 1997. p. 223–6.
22. Roff S, Preece P. Helping medical students to find their moral compasses: Ethics teaching for second and third year undergraduates. *J Med Ethics.* 2004;30:487–9.
23. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Pat Edu Couns.* 2008;73:526–35.
24. Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid R. Evaluating ethical sensitivity in medical students. *J Med Ethics.* 1990;16:141–5.
25. Akira Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I, Nishimura T, Yamagish A. The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Med Ethics.* 2004;5:1.
26. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Br Med J.* 2001;323:908–11.