

HISTORIAS QUE ENSEÑAN

Programa Interprofesional con Pacientes Mentores



UDD

Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo



Sog. Cristina Di Silvestre Paradizo
Profesor Asociado
Oficina de Postgrado, Facultad de
Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo



Dra. Cristina Biehl Navarrete
Centro Desarrollo Educativo
Facultad Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo



Nut. Katalina Khalilie Jadue
Nutricionista Supervisora de Campos
Clínicos
Nutrición y Dietética, Facultad de
Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

HISTORIAS QUE ENSEÑAN

PROGRAMA INTERPROFESIONAL CON PACIENTES MENTORES

Cristina Biehl Navarrete
María Cristina Di Silvestre Paradizo
Katalina Khalilie Jadue

INDICE

AGRADECIMIENTOS

PRÓLOGO	6
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. PROGRAMA INTERPROFESIONAL CON PACIENTES MENTORES	13
CAPÍTULO II. LA EXPERIENCIA DE ENFERMAR	16
2.1. Marco de referencia	16
2.2 Reflexiones acerca de la experiencia de enfermar en los pacientes mentores	19
CAPÍTULO III. EL CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE	31
3.1 Marco de referencia	31
3.2 Reflexiones acerca de la relevancia del cuidado centrado en el paciente	33
CAPÍTULO IV. APRENDIZAJE INTERPROFESIONAL	42
4.1 Marco de referencia	42
4.2 Reflexiones acerca de la experiencia interdisciplinaria que entrega el Programa	44
CAPÍTULO V. EL PACIENTE COMO MENTOR	48
5.1 Marco de referencia	48
5.2 Reflexiones acerca del paciente como mentor	51
PALABRAS FINALES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

AGRADECIMIENTOS

Cuando se emprende una tarea de la envergadura del programa que les presentamos en esta publicación es evidente que sólo ha sido posible gracias al concurrencia de muchas voluntades y buenos deseos.

Deseo agradecer al Señor Decano, doctor Ricardo Ronco, quien en su calidad de autoridad y primer responsable de lo que ocurre en su “casa”, la Facultad de Medicina CAS UDD, siempre nos ha manifestado interés, inquietud “positiva” y una disposición favorable y permanente hacia el programa. Esperamos que esta publicación, manifiestamente esperada por él, llene sus expectativas.

A Cathy Kline, coordinadora de investigación de la oficina Patient & Community Partnership for Education de la Universidad de British Columbia (Canadá) quien, de manera desinteresada y sin conocernos, nos facilitó todo el material necesario que la oficina utiliza en la implementación del Programa Interprofesional con Pacientes Mentores que se desarrolla desde hace 11 años en la UBC. Además, Cathy fue nuestra anfitriona permanente abriéndonos puertas y regalando su tiempo para darnos mayores luces de cómo ha sido la experiencia del programa en Canadá.

Agradecer a nuestros estimados y estimadas estudiantes que, sin tener noción de que se trataba el Programa, donde los llevaría, qué les exigiría y que significaría la participación para su formación, aceptaron la invitación, no sin algo de inquietud y dubitativos. Por lo mismo, gracias por creer, por su entrega a la experiencia, ya que sabemos, desde sus mismas reflexiones, que se motivaron y se comprometieron, desde la primera sesión.

Luego agradecer a los actores claves de la experiencia, nuestro estimado mentor y estimadas mentoras, que al igual que les ocurrió a los estudiantes, aceptaron, sin previa información, este camino de hacerse partícipes en la formación de los estudiantes. Incluso un poco carentes de confianza, en un principio, de su rol fundamental en la formación de los estudiantes en tanto “expertos de la experiencia de enfermar”.

Gracias por su entrega, por la apertura de su vida personal, por su dedicación a nuestros jóvenes, por su motivación, por sus sinceros y auténticos relatos, todo lo cual ha tenido un impacto en la formación y en el cómo los estudiantes desean desarrollar su quehacer como profesionales del cuidado de la salud. Lo anterior se hace evidente en las reflexiones que presentamos en esta publicación.

Quiero agradecer también a tres estimadas docentes, a la doctora Cristina Biehl por haber confiado totalmente en este Programa, por su interés permanente en la formación integral y de vanguardia de los estudiantes, sin ello no hubiese podido “subirla al tren” de esta experiencia maravillosa. A Rinat Ratner, la Directora de la Carrera de Nutrición y Dietética, agradezco su motivación permanente de hacer crecer, como personas y profesionales, a sus estudiantes y también por su apoyo incondicional para que el programa funcionara. A Kati Khalilie, por creer en el programa, por su motivación constante, entusiasmo y deseo de cooperar en todo lo que fuera necesario y por aceptar ser parte del programa en su rol de tutor de grupo.

Al equipo de la oficina de Proyectos de Innovación y Fortalecimiento de la Docencia, quienes leyeron, creyeron y seleccionaron nuestro Programa para financiar su desarrollo y hacer posible que pudiéramos implementarlo, en su calidad de proyecto piloto. Muy en especial mi agradecimiento a Rocío Elizabeth Vélez por apoyarnos y acompañarnos desde un principio con mucho entusiasmo y motivación por el programa.

También queremos agradecer a la doctora Marcela Castillo, Directora de la Carrera de Medicina, quién confió y nos apoyó en el desarrollo del programa.

A los integrantes del Consejo de Facultad quienes escucharon atentamente y con interés el informe del desarrollo de las actividades del programa y nos plantearon sugerencias muy relevantes e interesantes, las cuales tomaremos en cuenta a fin de darle sustentabilidad al programa.

María Cristina Di Silvestre P.
Noviembre 2020.

Inicio del Programa: Sesión de Orientación, 30 de agosto 2018



Estudiantes participantes

Elisa Aristía Moreno	Matías Ruíz Tagle
Paulina Zarges Muñoz	Gracia Stanke Lobo
Juan Ignacio Caramori Pires	Sofía de la Cerda García
Daniela Fernández Moreno	Catalina Zegers Gallardo
Joyce Singer Fischman	María Soledad Anfossi Lubascher
Constanza Millar Fuentes	Raquel Benchimol Kirshbom
Sebastián E. Seits Ostermann	

Mentores

Rosario Torres Astorga
Paz Ruíz Fernández
Miguel Ángel Lozano Lozano

PRÓLOGO

Nunca debemos descansar en intentar ser buenos profesionales. Los profesionales de la Salud tenemos un gran privilegio, al relacionarnos directamente con la Salud de las personas. Que más importante para otros quehaceres que estar libre de enfermedades. Que más significativo que tener un rol en mantener este estado.

Sin duda alguna, la transformación de un estudiante en un profesional de la salud, y el trabajo que esto conlleva implica programación, evaluación, y seguimiento. Un aspecto en esta transformación hacia un profesional de excelencia y con valores de justicia, integridad, conducta ética, y respeto por las creencias, necesidades, familias y contexto sociocultural de la persona enferma, exige el aprendizaje en equipo y el trabajo colaborativo. La complejidad de los escenarios de salud, hace imperativo trabajar con otros miembros del equipo. El trabajar en equipo es un aspecto que se enseña y evalúa explícitamente en las carreras de salud.

Luego un actor vital hoy en día en el centro de nuestro quehacer es el paciente. En la actualidad las personas con una enfermedad tienen un rol más activo en la responsabilidad de su propio bienestar y en el manejo de sus enfermedades y a la vez se ha reconocido la necesidad de la relevancia de incluir sus creencias, sus costumbres y a su familia en cualquier decisión que se tome en referencia a su cuidado. Y en estos procesos, asociados a la educación en salud y a la formación de un profesional, con todas las características esperadas por los cuerpos colegiados, las agencias acreditadoras, los países, la sociedad y por supuesto los pacientes, nos corresponde como responsables directos de la socialización de nuestros estudiantes, participar activamente. Los pacientes como mentores. Quién mejor que ellos saben lo que les ocurre cuando están frente al profesional de salud. Buscando respuestas, consuelo, apoyo. Quien mejor que ellos pueden mostrar cuáles son los aspectos que interfieren con su adherencia, con su capacidad de aceptar, con su proceso de enfermedad; con sus estados más vulnerables.

La experiencia del Programa Interprofesional que se presenta en esta publicación es un esfuerzo por exponer, explicitar, lo que le está ocurriendo al paciente en el proceso; lo que siente, sus expectativas, es una gran oportunidad para abrir las mentes de los jóvenes profesionales de la Salud.

Los participantes son estudiantes que recién comienzan su actividad clínica y escuchan atentamente lo críticos que pueden ser los pacientes respecto a su área de desarrollo, a sus problemas de comunicación como profesionales, a las largas listas de espera, a la poca oportunidad; y también a la entrega o ausencia de ella que les han manifestado los profesionales de la salud.

¿Serán acaso estas oportunidades de abrir sus mentes al otro, y entender el rol del otro en el cuidado de la salud de un paciente? Es una gran oportunidad. La vida nos alcanza y se generan pocos espacios de reflexión referente a la visión del centro de nuestro quehacer: las personas enfermas.

El incorporar actividades como las que se exponen en este programa, y dar espacio para generar reflexiones en los estudiantes, poner en la mesa todos esos temas que nunca se conversan, lo que hace cada uno desde su particular disciplina, cómo eso afecta lo que hace el otro; como todo afecta lo que ocurre con nuestros enfermos consideramos que es una oportunidad única que enriquece la formación de nuestros estudiantes en una práctica reflexiva para una toma de decisiones razonadas que contribuya a lograr resultados eficientes. En sus diarios se muestra la reflexión permanente acerca de su deseo que, en su quehacer actual y futuro pongan el énfasis en la humanización del vínculo con el paciente ¿y que dicen los pacientes mentores?, para ellos humanizar el equipo de salud también parece ser importante. En esta oportunidad leemos las reflexiones solo de tres pacientes mentores. Sus prejuicios con los equipos de salud, sus dificultades, y además su encantamiento al ver que nos ocupa. Que nos interesa. Que tratamos de hacer algo para mejorar nuestra interacción, e incluirlos y responsabilizarlos por su salud, y ser así mejores profesionales, y porque no, mejores personas.

En esta publicación les presentamos los aprendizajes que expresan los estudiantes y que emergen desde los diarios reflexivos. El primer capítulo presenta una descripción sucinta del Programa Interprofesional con Pacientes Mentores. En el segundo capítulo se exponen las reflexiones de los estudiantes en torno a los relatos referidos a la experiencia de la enfermedad del mentor, el significado, cambios y efectos en su vida cotidiana de aquella y las emociones, temores y sentimientos asociados a la experiencia y el rol de su entorno familiar y cercano. En el tercer capítulo se presentan los pensamientos de los estudiantes respecto a la necesidad de orientar el cuidado en la persona enferma y cómo, desde los mismos relatos de los mentores, los estudiantes van formándose en la importancia de enfocarse en la “persona única e integral” que vive la experiencia de una enfermedad. Decimos que “van formándose” ya que los mismos estudiantes recuerdan particulares experiencias de sus conductas frente a un paciente y de cómo, desde lo escuchado del mentor, reflexionan acerca de la necesidad de focalizarse y “escuchar” la experiencia de quien tiene la enfermedad para, desde esa perspectiva, adoptar decisiones respecto al cuidado necesario de su salud. En el cuarto capítulo denominado “aprendizaje interprofesional” se muestran las reflexiones que emergen desde los estudiantes al darse cuenta de la relevancia y necesidad de un trabajo colaborativo interdisciplinario para el logro de un cuidado integral y eficiente de una persona enferma. Finalmente, en el capítulo quinto se discute en torno a la importancia en la formación de los estudiantes del rol de mentor de la persona que tiene una enfermedad o discapacidad crónica, como “experto en la vivencia de su condición de salud”.

INTRODUCCIÓN

El presente es un texto escrito con el propósito de dar a conocer la experiencia de un Programa innovador, el Programa Interprofesional con Pacientes Mentores, en nuestro contexto de educación, y la riqueza de los aprendizajes logrados por los estudiantes, todos los cuales apuntan a aquellas competencias que, desde algunos años, se espera manifiesten que los egresados de las carreras de la salud. Como su nombre lo indica el Programa está orientado al trabajo interdisciplinar como al aprendizaje de cómo vive y qué significa la experiencia de estar enfermo tomando como mentor a un “paciente” quien es el experto en su condición de salud.

La implicancia y participación del paciente es un tema relevante en los últimos dos décadas¹, no sólo en las decisiones respecto a su condición de salud sino también que se los invita a que sean parte de grupos de investigación y que “enseñen”, es decir que sean actores en el proceso formativo de los estudiantes. La inclusión de la perspectiva del paciente en los procesos formativos ha mostrado beneficios en los mismos pacientes tales como: aumento de la autoestima, el empoderamiento, se desarrolla una “narrativa de la enfermedad” coherente, nuevas comprensiones de sus problemas de salud y una mejor relación agente de salud y paciente^{2,3}. Además, los pacientes sienten que deben devolver algo a la comunidad^{4,5,6} y que sus experiencias pueden beneficiar a los futuros profesionales de la salud y, en particular, los pacientes adultos mayores se sienten bien tratados por los estudiantes y desean continuar participando de la experiencia junto a ellos.

En particular respecto al cumplimiento y compromiso de la persona enferma con su condición de salud, la evidencia muestra que la escucha del paciente resulta en mayor adherencia lo que logra mejores resultados cuando el paciente es escuchado en sus necesidades, preocupaciones y se le comunica con claridad respecto de la enfermedad y las opciones de tratamiento⁷.

Además, se ha constatado que existe una relación entre la experiencia del paciente y la seguridad y efectividad clínica, en otras palabras, donde existe información entregada con claridad, empatía, comunicación bidireccional y respeto por las preocupaciones y necesidades del paciente, los resultados clínicos son de mayor calidad y efectividad^{8,9}.

El enfoque paternalista en el cuidado del paciente ha ido dando lugar a un enfoque centrado en el paciente que toma en cuenta las diferencias entre ellos, sus valores y experiencias. La trayectoria de cada enfermedad está vinculada al estilo de vida y contexto sociocultural de cada enfermo. El paciente posee un conocimiento denominado “experiencial” que se define como el conocimiento que desarrolla desde su experiencia de salud, las implicancias resultantes de la enfermedad sobre su trayectoria de vida y el impacto de aquella en su contexto familiar y social.

El resultado de estas reflexiones respecto de la necesidad de “volver a mirar” al sujeto central en la diada “agente de salud-paciente”, es que emergen planteamientos, propuestas e iniciativas que están orientadas a redirigir la formación de los estudiantes de las disciplinas de la salud hacia el paciente con el fin de lograr cuidados que efectivamente obtengan los resultados esperados. Particularmente desde hace unas décadas se ha ido incorporando, de manera explícita y sistemática, el enfoque del cuidado centrado en el paciente (CCP) que se refiere a que “el proceso de sanación depende del conocimiento del paciente como persona, junto con un diagnóstico preciso de su enfermedad”¹⁰. Existen evidencias de los resultados relevantes obtenidos cuando el agente de salud aborda al paciente con aquél enfoque¹¹. Específicamente cobra relevancia la comunicación entre el agente de salud y el paciente, la cual, cuando está enmarcada en el enfoque CCP, se caracteriza por: 1. Identificar y responder a las ideas y emociones del paciente respecto de su enfermedad, 2. Alcanzar una base común respecto de la condición, su tratamiento y los roles que desempeñará tanto el agente de salud como el paciente.

Se ha constatado que cuando el paciente percibe que la relación con el agente de salud está centrada en él o ella, en tanto pacientes, se logra una mejor recuperación, mejor salud emocional, disminuyen las solicitudes de exámenes diagnósticos e interconsultas ^{11, 12, 13, 14}. Y por el contrario cuando el agente de salud no se centra en el paciente, este se siente menos satisfecho de la atención recibida, menos capacitado para enfrentar su problema de salud, y podrían aumentarse los síntomas y el uso de los recursos de salud¹⁵. Por otro lado, se ha observado que los pacientes quieren una atención en salud “centrada en el paciente” donde el agente de salud explore la razón principal de la visita, con la cual se logre una visión integral del paciente como persona considerando sus necesidades emocionales y asuntos de su mundo de vida cotidiana^{11, 15}.

Respecto a la necesidad de una formación interdisciplinaria, a fin de abordar de manera holística e integral al paciente, la OMS introduce el concepto en su declaración de Alma Ata¹³ al plantear que la salud no sólo se refiere a ausencia de afecciones o enfermedades, sino que incluye un estado completo de bienestar físico, mental y social. Para el logro de este bienestar se requiere la participación de diferentes sectores sociales, pero además la intervención de distintas disciplinas de la salud, no sólo la medicina, lo que implica la necesidad de un entrenamiento en la interdisciplinariedad en el cuidado de la salud.

CAPÍTULO PRIMERO

EL PROGRAMA INTERPROFESIONAL CON PACIENTES MENTORES

En agosto del 2018 se instaló en la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo, como una experiencia piloto e innovadora, el Programa Interdisciplinario con Pacientes Mentores. Cabe aclarar que en lo sustancial nuestro Programa es una réplica del Health Mentor Programme que se realiza desde hace 11 años en la Universidad de British Columbia (Canadá). Sin embargo, hemos tenido que ir haciendo algunos ajustes, en aspectos de organización, en función del contexto particular sociocultural de Chile.

El programa tiene como propósito que estudiantes de distintas carreras de las ciencias de la salud se reúnan durante año y medio (tres semestres) en seis oportunidades con un paciente crónico o con una discapacidad, con la finalidad de aprender con y desde la persona que tiene esa condición de salud, de acceder y comprender el significado de vivir con una enfermedad de por vida y conocer las experiencias respecto de la misma. El paciente se lo considera un “experto” de su enfermedad (es) o condición (es).

Se organiza a los estudiantes en grupos conformados por distintas disciplinas de la salud. En nuestra experiencia piloto participaron la carrera de Medicina y Nutrición y Dietética con un total de 13 estudiantes. Se ubicaron a través de la doctora Cristina Biehl tres pacientes crónicos. El Programa se inició con una invitación a los pacientes mentores y a los estudiantes a una reunión de “orientación” en la cual se les explicó el propósito, objetivos, actividades, calendario de las reuniones y las normas éticas que rigen la conducta de los participantes del programa. En la misma reunión de orientación, estudiantes y mentores tuvieron la oportunidad de presentarse y conocerse mutuamente; los estudiantes con los mentores intercambiaron números de teléfono y acordaron entre sí, junto al mentor, el lugar y el horario de las reuniones.

El Programa dispone de un Manual que contiene los fundamentos, objetivos, temas a tratar en los distintos encuentros entre los estudiantes y el mentor, las normas éticas que se espera que cumplan los participantes y un calendario que estipula los meses en que los grupos han de reunirse y son ellos que deciden las fechas en que realizan sus reuniones.

En cada reunión, el grupo conversó en torno a tópicos previamente definidos (significados del enfermar, relación con el equipo y sistema de salud, búsqueda, manejo y comunicación acerca de la información de la enfermedad, experiencia de cuidado centrado en el paciente, las palabras en el contexto del sistema de salud), los estudiantes aprendieron de la experiencia del mentor, de cómo ha aprendido a “vivir” con la enfermedad, es decir todos aquellos aspectos, a veces invisibles, que están implicados en los procesos de salud-enfermedad y que no se encuentran escritos ni es posible de aprender de sus docentes tutores mediante la educación formal. Después de cada encuentro los estudiantes elaboraron diarios reflexivos y lo enviaron al tutor responsable de cada grupo, el cual lo leyó y luego lo devolvió al estudiante con su feedback.

En el tercer semestre del Programa los grupos tenían su quinta y sexta reunión final. Debido a que se desarrolló la denominada “explosión social”, situación que se inició en octubre del 2019 y que continuó en los meses siguientes. No obstante, lo anterior las reuniones pudieron concretarse.

El Programa se cierra con un Simposio. El Simposio es una instancia donde los grupos participantes exponen, frente a la comunidad académica y público interesado, los aprendizajes logrados de su trayectoria en el Programa; los estudiantes reflexionan y plasman que ha significado para ellos, desde el punto de vista de su formación profesional,

¹ Diario Reflexivo: “el proceso de examinar y explorar internamente un asunto referido a una experiencia, el cual crea y clarifica el significado de la misma lo que resulta en un cambio de la perspectiva conceptual”. En Boyd, E.M. & Fales, A.W. (1983) Reflective learning: Key to learning from experience. Journal of Humanistic Psychology, 23 (2), 99 -117.

el recorrido por la historia de la experiencia de enfermedad del mentor, y el haber compartido las reuniones con estudiantes de otra disciplina.

El Simposio que inicialmente fue programado para diciembre, tuvo que reprogramarse para abril 2020 como segunda fecha. No obstante, la pandemia no ha permitido el encuentro presencial que este implica y lo hemos realizado de manera virtual.

Se obtuvo un total de 76 diarios reflexivos desde las 6 reuniones y 13 referidos al primer encuentro que correspondió a la sesión de orientación al Programa. Estos diarios iniciales, referidos a primer encuentro de "orientación" hacen referencia a las expectativas de los estudiantes respecto del Programa ya que no tenían conocimiento previo y además registraron sus percepciones respecto del paciente mentor de su grupo.

Nuestro propósito al escribir este texto es comunicar y diseminar las reflexiones de los estudiantes con la finalidad de poner en evidencia la relevancia que tiene una instancia de trabajo formativo interdisciplinario con un paciente mentor, sostenido en el tiempo, para la adquisición y entrenamiento de competencias esenciales para el ejercicio profesional futuro.

CAPITULO SEGUNDO

LA EXPERIENCIA DE ENFERMAR

2.1 Marco de referencia

La experiencia de enfermar es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, cualquiera sea su base genética, fisiológica o biológica. La "conducta de enfermar" es un concepto planteado inicialmente en el ensayo de Henry Sigerist, citado por Young¹⁶ al describir la "especial posición del enfermo"¹⁷.

Mechanic^{18, 19} plantea que el concepto de "conducta de enfermar" se refiere al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. Mechanic define conducta de enfermar como "las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferentemente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) a través de diferentes tipos de personas"¹⁹. Como Mechanic lo subraya²⁰, diferentes patrones de conducta de enfermar pueden ser considerados desde puntos de vista distintos los cuales se complementan; es decir las distintas conductas son el resultado de experiencias de aprendizajes sociales y culturales y son parte de un modo de manejarse el cual la conducta de enfermar es solo un aspecto del repertorio de enfrentamiento de que dispone la persona, con el objetivo de darle sentido y hacer más manejables las experiencias inestables y nuevas.

El concepto de enfermedad proviene de las ciencias biomédicas y se refiere a una condición anormal que afecta negativamente la estructura y funcionamiento de parte o de todo el organismo y que puede ser causada por factores externos patógenos como por una disfunción interna²¹. Basados en el concepto biomédico de enfermedad los médicos buscan una explicación orgánica a aquella.

A diferencia de la definición biomédica de enfermedad, la enfermedad como una experiencia subjetiva está influida por factores socioculturales; es el contexto sociocultural en el cual vive la persona que da dirección en términos de qué hacer cuando siente dolor o algún disconfort, como expresar esos sentimientos verbal o no verbalmente, a quién recurrir por ayuda y que se espera de la persona enferma en términos de los roles y normas que debe asumir como lo prescribe su cultura^{22,23}. Al respecto, desde la disciplina antropológica, Kleinman²⁴ introdujo el concepto de “modelos explicativos” para referirse a lo que la persona enferma cree, explica y experimenta en relación a su salud, lo que está totalmente interconectado con su vida cotidiana. Además, la evidencia ha mostrado sistemáticamente que lo que las personas piensan y creen respecto de su salud influirá en cuán receptiva sea respecto de la información en salud, su disposición a cambiar sus conductas al enfermarse y la adhesión a los tratamientos²⁵. El concepto de “modelo explicativo” aun cuando fue acuñado hace algunas décadas sigue siendo utilizado para explicar las diferencias culturales en la respuesta a la enfermedad, las brechas entre los modelos biomédicos en la práctica clínica y los modelos explicativos de los pacientes. Se considera que el concepto “modelo explicativo” es un aporte en el entendimiento y empatía que debe estar presente en la relación agente de salud y paciente^{26, 27}.

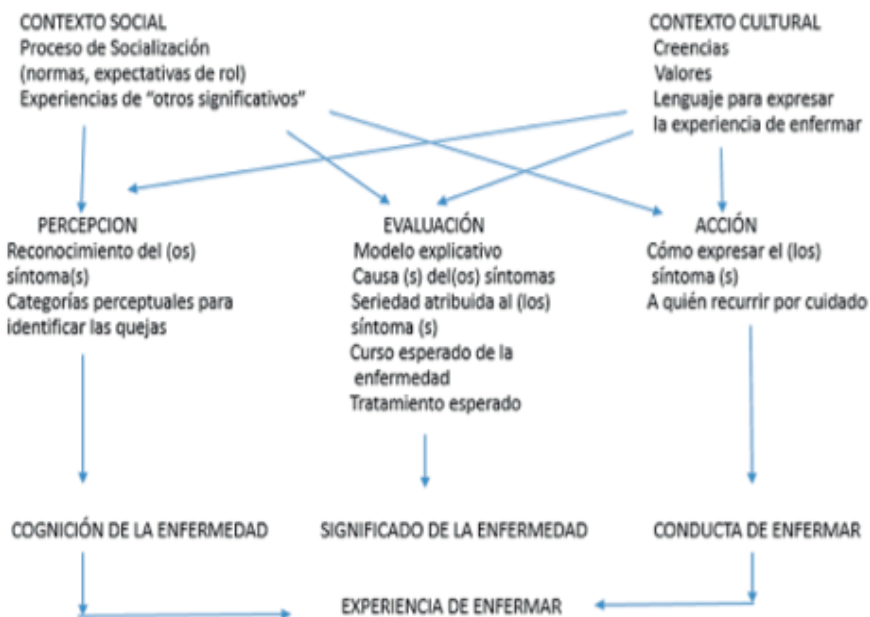
También Freidson²⁸, al igual que Kleinman²⁴, apunta a que el significado adscrito al diagnóstico, no solo surge del enfoque clínico biomédico, sino que tanto la persona como la familia también desarrollan sus propios significados y percepciones acerca de la condición de salud y de cuáles han de ser sus conductas de enfermar particulares.

En el caso de las enfermedades crónicas la conducta de enfermar, es una experiencia aún más impactante en la persona toda vez que inevitablemente conlleva a un replanteamiento o incluso una reconstrucción de la biografía y el auto concepto²⁹. Para Bury una enfermedad crónica es una “disrupción en la biografía”³⁰.

Aún cuando existe un consenso respecto de la importancia de una aproximación integral a los pacientes, poco se sabe acerca de cómo vive el paciente su inserción en el sistema de salud, qué dificultades encuentra en la resolución de sus problemas de atención, cómo las enfrenta, qué significados sostiene acerca de sus necesidades de salud y de las maneras en que el equipo de salud atiende aquellas. Existen experiencias llevadas a cabo, tanto en universidades de Estados Unidos, como de Canadá e Inglaterra en que se han instalado programas de carácter interdisciplinario con “pacientes mentores” en los que éstos relatan sus experiencias de ser enfermos y cómo ha sido su inserción en el sistema de salud para responder a sus necesidades de atención médica. La vivencia del proceso de enfermar sólo es posible comprenderla desde los relatos de quienes están enfermos. Caron Flinterman y otros³¹ usan el término “conocimiento experiencial” que implica un conocimiento logrado desde la vivencia de los pacientes con sus cuerpos y enfermedades, con el cuidado que ha recibido y su proceso de sanación, como dicen los autores, es un conocimiento que surge desde las comprensiones personales de la experiencia. Los resultados de los programas interdisciplinarios y con pacientes mentores han mostrado que el conocimiento de estas vivencias provee comprensiones profundas y significativas para la formación de estudiantes de disciplinas de la salud. El Programa Interprofesional presentado en esta publicación tiene como propósito el aprendizaje de parte de los estudiantes de aspectos que están ausentes tanto en los textos como en las instancias de enseñanza formal (clases), ya que la experiencia de la vivencia de una enfermedad es única en cada ser humano y sólo él o ella es experto de esa experiencia y puede relatarla.

Hemos elaborado un modelo que integra las múltiples variables que influyen en la experiencia de enfermar³²:

INFLUENCIAS SOCIALES Y CULTURALES: LLEGAR A ESTAR ENFERMO COMO UN PROCESO SOCIOCULTURAL



2.2 Reflexiones de los estudiantes respecto a la experiencia de enfermar

A continuación, se presenta lo escrito por los estudiantes, considerando los tres momentos descritos en el modelo de la "experiencia de enfermar":

2.2.1 Las definiciones y significados de los pacientes mentores acerca de su condición de enfermedad.

2.2.2 Evaluación/Valoración e implicancias de su condición de salud descrita en los relatos que presentan los pacientes mentores.

2.2.3 Las acciones adoptadas por los mentores al definirse enfermos que relataron a los estudiantes.

2.2.4 El contexto social y cultural en la situación de enfermedad relatado por los mentores.

2.2.1 LAS DEFINICIONES Y SIGNIFICADOS DE LOS PACIENTES MENTORES ACERCA DE SU CONDICIÓN DE ENFERMEDAD

Las enfermedades crónicas no sólo afectan al cuerpo sino a todo el conjunto de la vida de las personas; dada su permanencia en el tiempo exigen de aquellas acomodarse, adaptarse, asumir nuevos hábitos, ajustar sus roles de manera de responder a la necesidad de cuidar su salud. La experiencia de enfermar afecta además la propia imagen y las relaciones sociales en los distintos contextos en que se desenvuelve la vida de la persona.

Los pacientes mentores manifiestan distintas formas de “ver”, “entender” y “significar” la enfermedad en sus vidas. Para algunos es una “causa” de una situación que les sucedió, para otro una limitación en su vivir como también una experiencia de aprendizaje que exige adoptar algunos cambios en la forma de vivir. Un estudiante comentó:

“Cuando se le hizo definir enfermedad ella lo primero que dijo fue “causalidad”, refiriéndose a que es una causa de una nueva condición de vida con la que se debe aprender a vivir” (Estudiante de Medicina).

“Habló de falta de libertad” (Estudiante de Medicina).

“La enfermedad es una limitación tanto física como mental que requiere hacerla propia para poder manejarla, recuperarse y volver, a veces con ayuda de alguien más, a lo que es mejor” (Estudiante de Medicina).

La enfermedad como un “punto de giro” en la vida. Al respecto una estudiante reproduce lo dicho por la mentora: “-A mi doctor le faltó el lado emocional para demostrarme que todo estaría bien y para resolver mis dudas con paciencia ya que este pudo haber sido su milésimo cáncer, pero para mí fue un absoluto quiebre de vida-” (Estudiante de Nutrición y Dietética). No obstante, la resolución de una condición de salud puede significar “recuperar la vida perdida con la enfermedad”. La reflexión de una estudiante respecto a la vivido por el mentor lo expresa a cabalidad:

“Para el mentor el concepto de “recuperación” lo entiende cómo recuperar su vida, así como lo hizo después de la cirugía, con la cual recuperó su vida logrando ser feliz. Para mí la recuperación era cuando el paciente puede volver a realizar las actividades que podía realizar previo a su problema de salud, pero después de la conversación de la primera reunión me di cuenta de que va mucho más allá, involucra también que la persona esté feliz, sin repercusiones emocionales, lo cual la va a llevar a realmente recuperarse y seguir con su vida en igual o mejor condición que antes de presentar una enfermedad u otro problema de salud (Estudiante de Medicina).

2.2.2 EVALUACIÓN/VALORACIÓN E IMPLICANCIAS DE LA CONDICIÓN DE SALUD DESCRITA EN LOS RELATOS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES MENTORES

Respecto a la evaluación que hacen los pacientes mentores del estar enfermo y cómo resulta esto en ciertas emociones y sentimientos, uno de los mentores se refirió al sentimiento de ser un “objeto en observación”. Una estudiante lo menciona:

“Julia nos relató muchas veces haberse sentido pasada a llevar. Sintió que estaban tratando un Rut, una enfermedad, no una persona que tiene una historia hacia atrás. Se sintió como un conejillo de indias mucho tiempo, en el cual los doctores no la trataron bien y no daban con el diagnostico” (Estudiante de Medicina).

“Al decir que son un motivo de estudio se refirió nuevamente al sentirse un ratoncito de laboratorio” (Estudiante de Medicina).

“Al decir que son un motivo de estudio se refirió nuevamente al sentirse un ratoncito de laboratorio” (Estudiante de Medicina).

También la experiencia de enfermedad, de acuerdo a lo relatado por los mentores a los estudiantes, es un trance en que la persona permanentemente está intentado “sentirse normal”, “sentirse bien”, “vivir en normalidad” y que, por ello, al parecer, es un esfuerzo adicional agregado a su cotidiano vivir.

“Ella constantemente está pensando positivo y sin tirarse a morir. Lo que sí dejó muy en claro es que esa forma la desgasta mucho, por ende, tiene que vivir esforzándose mucho para alcanzar esa tan importante meta para ella: lograr el equilibrio, ya sea en lo emocional, laboral, familiar, etcétera” (Estudiante de Medicina).

Llama la atención a los estudiantes que el estar enfermo genera un sentimiento de que se “es distinto”; el sentirse que los demás, los no enfermos, los “miran distinto”, y siendo “un estorbo”, lo cual conlleva ciertas limitaciones en las relaciones sociales.

“Me llamó la atención que ella dijo que, si bien puede hacer todo, muchas veces se siente un estorbo para las demás personas. Solo por el hecho de ser enferma crónica hay gente que la puede llegar a mirar distinto. Refiere que a veces no le dan ganas de hacer cosas debido a ese motivo, pero en general no tiene grandes limitaciones físicas, sino que más bien sociales” (Estudiante de Medicina).

“Ella se sentía un peso gigante en su familia y logró poco a poco alivianarlo, siendo que la enfermedad era exactamente la misma” (Estudiante de Medicina).

La importancia de la valoración y sentimientos hacia el propio cuerpo emerge en los relatos expresados por los mentores. El cuerpo como una manifestación de sí mismo tiene una relevancia fundamental en el ser humano en el contexto de la interacción social.

*“Me llamó la atención el sentimiento que le generaba mirar a otra persona obesa. Ella decía que se sentía mal, porque al final lo reflejaba en ella, le recordaba su propia condición. **Nos mencionó como solía mirarse al espejo y se odiaba. Pero lo más importante fue, que se dio cuenta que al odiarse a una misma no puede cambiar, porque no se quiere ayudar**”* (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Al respecto, la misma estudiante hace una reflexión que puede tener implicancias en su formación y en su quehacer clínico, refiriéndose, de manera implícita, a la necesidad de trabajar la autoestima en los pacientes: *“**Lo primero entonces es aprender a quererse a uno mismo, es lo principal para cambiar el estilo de vida. Por ello el ser saludable, el ser una persona equilibrada, es un acto de amor por sí mismo**”* (Estudiante de Nutrición y Dietética).

El sentimiento de rechazo del cuerpo aparece nuevamente en otra cita:

*“**Ella se sentía desconectada de su cuerpo y por ello culpaba al resto del mundo. Esto la hacía meterse en peleas con sus jefes, lo que afectó en su vida laboral**”* (Estudiante de Medicina).

Emerge en los relatos de una mentora la conducta de “víctima” que, a veces, se presenta en los enfermos y que debe ser conocida por los agentes de salud para trabajar en ello y apoyar al paciente.

*“**Además de esta manera se victimiza a ella, por lo que la culpa siempre era del otro, no de ella. Esto muchas veces afecta al otro sin darnos cuenta, además de que la convirtió en resentida y esto era fatal para ella**”* (Estudiante de Medicina).

Otro sentimiento que surge en las reflexiones registradas de los pacientes por los estudiantes es el “aislamiento social” como respuesta a la enfermedad.

*“Nos habló de que **la mayoría de la gente con obesidad es aislada, pero por suerte ella no era así**” (Estudiante de Nutrición y Dietética).*

Una emoción que surge es el temor al descontrol frente a la presencia de la comida: *“**Tiene miedo de perder el control cuando llevan comida a reuniones, pero que se siente bien con ella misma cuando come y puede parar. Nos habló de cómo le cuesta pedir ayuda, de que se lleven la comida**” (Estudiante de Medicina).*

Sentirse “limitado en la libertad” por la enfermedad

*“Luego hablamos de “discapacidad”: acá me choqué bastante lo que nos dijo; habló de **falta de libertad**. Me hizo pensar en lo que siente un paciente con este tipo de enfermedades. **Si bien uno como estudiante de medicina estudia todas las posibles limitaciones que pueden provocar las enfermedades, no se cuestiona realmente lo que un paciente pensaría al respecto. Encontré que es muy fuerte que diga “falta de libertad”, me hace pensar en mucho sufrimiento con el cual hay que saber adaptarse y aprender a llevarlo. Creo que la libertad en nuestras acciones es algo muy fundamental para la felicidad** (Estudiante de Medicina).*

Otra emoción asociada a la enfermedad que emerge en los relatos es la culpa. Una estudiante se refiere a la experiencia de una mentora:

*“**Me gustaría comentar sobre la culpa y como esta tiene un puesto casi permanente en la vida de una persona con una adicción, pudiendo presentarse antes o después del evento del atraco (ingesta de comida), siendo causa y/o consecuencia**” (Estudiante de Medicina).*

La experiencia de enfermedad también tiene su lado positivo, como una oportunidad de crecimiento personal y así lo comenta una de las estudiantes respecto a lo dicho por una mentora:

*“Ella refiere que la vida le ha cambiado mucho desde que le diagnosticaron la enfermedad, pero que **esto no le había impedido poder salir adelante, sino que al revés, esto le ayudó mucho a progresar porque ella había tenido que aprender a cambiar y a acostumbrarse sobre que ella no puede comer todas las comidas, y siempre tiene que estar preguntando o, incluso, leyendo el contenido de algún alimento para ver si es que ella lo puede consumir, o por otro lado, ella misma decía que estos alimentos eran muchos más caros que los normales por lo cual, ella tenía que acostumbrarse a los cambios que tenía que hacer. Entiendo, así, porque ella refiere considerarse como un sobreviviente**”* (Estudiante de Medicina).

“Cada examen al que se somete, tiene como resultado un pase que dirá si sigue o no viviendo. Frente a esto, los seis meses que transcurren entre exámenes los siente como libertad. Ya no siente negación con esto que le toca vivir a su edad, hay más aceptación; sin embargo, aun siente rechazo por ver al doctor llenando la ficha en el computador en vez de mirarla a ella” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Un “antes” y un “después” marcado por la enfermedad

“-Empezó el lado negativo de la vida-”, esta fue la primera frase que dijo Julia después de terminar de contarnos el inicio de su enfermedad. Y es donde efectivamente su vida empezó a tener cambios significativos. Esta frase me hizo pensar que para ella este episodio marcó un antes y un después en su vida, y de algo nada agradable; comenzaron los diversos tratamientos, la baja de peso y la búsqueda de un diagnóstico ante sus reacciones alérgicas y a los cuadros de inflamación.

Ella quería realmente recuperar su vida, pero no lo lograba. Cada vez que comía un alimento o tomaba un medicamento desarrollaba alguna alergia o cuadro de inflamación” (Estudiante de Medicina).

2.2.3 LAS ACCIONES ADOPTADAS POR LOS MENTORES AL DEFINIRSE ENFERMOS QUE RELATARON A LOS ESTUDIANTES

Los mentores adoptan ciertas conductas como resultado de su estado de enfermedad, tanto como respuesta a los que para ellos significa la experiencia como por la forma cómo la definen, comprenden, evalúan y los sentimientos que les provoca la vivencia.

Uso de mecanismos de defensa

El encuentro y conversación con los estudiantes permite en los mentores reflexionar acerca de sí mismos y darse cuenta cómo abordaron su enfermedad, lo cual es una enseñanza para los estudiantes respecto de qué significa para un ser humano “estar enfermo” como también las actitudes que fueron resultado de la experiencia de enfermar. Un ejemplo es la conducta agresiva y la descalificación hacia otros como un medio de sentirse mejor consigo misma/o cuando se es obeso.

Una estudiante acota:

“Reflexionó con nosotros de cómo estas discusiones (con los demás) eran un método de defensa propia para evitar estar sola con ella misma. Además, nos contó que hacía un “bombardeo de etiquetas” que también le servía como defensa, porque de esta manera, al descalificar a otra persona, ella se sentía mejor consigo misma” (Estudiante de Medicina).

-Adopción de estrategias para responder a la vivencia de la enfermedad

“Otro punto que me pareció importante fue una de las herramientas que Ana utilizaba para poder llevar la obesidad: Respirar. La respiración le permite a Ana disminuir los niveles de ansiedad por la comida, algo que suena absurdo” (Estudiante de Medicina).

Agrega:

“Algo que hacemos de manera involuntaria, pero al respirar conscientemente nos conectamos con nosotros mismos, conectamos la mente con el cuerpo, conectamos los sentimientos con las necesidades biológicas del cuerpo, en palabras simples, te permite comer porque tienes hambre y no comer por comer” (Estudiante de Medicina).

La intervención quirúrgica, en el caso de un mentor obeso, implicó cambios trascendentales en la vida como el hecho de dejar el trabajo al cual culpaba de su obesidad.

“Cada vez que habló de que la cirugía bariátrica le cambió la vida, jamás habló de su cambio físico, siempre habló de los cambios que él hizo en su vida, como dejar el trabajo que lo tenía estresado y ansioso y que lo hizo ganar peso, de la manera en que se empezó a relacionar con las personas, con su familia y amigos, compartiendo tiempo con ellos, de una manera en que antes no hacía” (Estudiante de Medicina).

“Cada examen al que se somete, tiene como resultado un pase que dirá si sigue o no viviendo. Frente a esto, los seis meses que transcurren entre exámenes los siente como libertad. Ya no siente negación con esto que le toca vivir a su edad, hay más aceptación; sin embargo, aun siente rechazo por ver al doctor llenando la ficha en el computador en vez de mirarla a ella” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Búsqueda de contención

“Nos contó que cuando le diagnosticaron la enfermedad volvió a vivir con sus padres para que la cuidaran” (Estudiante de Medicina).

Indagación respecto de la enfermedad y su cuidado

El estar enfermo sensibiliza a algunos pacientes acerca de su estado de salud y los motiva a indagar acerca del mismo.

Una de las mentoras relató al grupo:

“Julia esta todo el tiempo investigando sobre su enfermedad por lo que sabe de lo que está hablando cuando se va a tratar con el médico” (Estudiante de Medicina).

“Lo que hizo Julia fue buscar el hospital con menor tasa de “errores” en sus diagnósticos y un lugar que le brindara confianza, para esto investigó primero todas sus opciones, lo que me pareció bastante particular, pero a la vez muy responsable de su parte, ya que el común de la gente no busca esta información antes de atenderse en algún sistema de salud, solo va” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Redefinir la situación económica

También para algunos la enfermedad es un costo económico que implica hacer algunos ajustes a su diario vivir.

*“Su presupuesto va variando dependiendo del mes y en algunas ocasiones le han tocado crisis financieras de las cuales ha logrado salir. Estas mismas crisis son las que la han ayudado a saber cómo administrarse, logrando un equilibrio **gastando lo justo y necesario**”* (Estudiante de Nutrición y Dietética).

2.2.4. EL CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL EN LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD RELATADO POR LOS MENTORES

En lo relatado por los mentores a los estudiantes se hace evidente que el primer grupo que contiene y que se hace parte de la experiencia del estado de enfermedad es la familia, los “otros significativos” a quienes les comenta de lo que siente y con quienes comparte sus dudas, temores y sospechas respecto a los síntomas y señales de la enfermedad.

“A pesar de no imaginarme la primera respuesta de la paciente, al reflexionar, me hace sentido que los primeros “integrantes” de esta nueva etapa en la vida de estas personas sea la familia. Esto me hace pensar que hay que tener siempre en cuenta a los familiares del paciente y entablar relación con los mismos, para así promover una óptima mejora en el paciente y una mayor adhesión al tratamiento. Si no nos relacionamos con el entorno familiar de nuestros pacientes, no estamos abordando ni empatizando al 100% con ellos, ya que la familia es el pilar para la mayoría de las personas. Interesante cómo se aprende escuchando a los pacientes. Para mí también el concepto de la familia como parte del equipo de salud es muy interesante. Es un tema que podrían desarrollar más como equipo” (Estudiante de Medicina).

“Me llamó la atención que lo primero que respondió, casi sin pensarlo, al preguntarle cuál era el equipo de salud que la rodeaba fue la familia. Nos expresó que la familia es la primera contención al momento en que te diagnostican una enfermedad crónica. En mi mente pensé que su respuesta sería los médicos, ya que Julia siempre se enfoca más en su relación con los profesionales de salud que en su familia. Nos comentó que en un inicio el equipo lo conforma tu entorno (familia, amigos) y luego comienzan a unirse lo profesionales de la salud” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Respecto a una mentora una estudiante dijo:

“Ella tuvo que enseñarles a sus familiares qué era lo que podía comer y qué hacer en momentos de crisis”

(Estudiante de Medicina).

“En cuanto a su vida cotidiana familiar refiere que fue como un océano oleado que se ha ido calmando. Todo empezó muy escandaloso, sus hermanos no sabían cómo tratarla, la miraban distinto, ella no se sentía cómoda. Pero poco a poco comenzó a calmarse la situación” (Estudiante de Medicina).

“Dice que a veces el entorno afecta mucho sus emociones ya que se siente victimizada y nos comenta que aquí el profesional juega un rol fundamental para educar a la familia y que les haga entender que sigue siendo una persona, no la carcasa de una enfermedad” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

“Cuando escucho la palabra salud solo pienso en un sujeto de manera individual y la verdad es que analizando el caso me doy cuenta de que efectivamente tener un buen entorno social significa tener buena salud, pues gran parte de nuestros hábitos y de nuestra calidad de vida se debe a las acciones de quiénes nos rodeamos y con quiénes nos relacionamos” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Respecto a las implicancias sociales de haberse enfermado, una mentora planteó:

“Más que uno lo pasa mal, una está consciente del entorno, no sólo por lo económico; el entorno está preocupada de una. Afecta directamente a la familia y una empieza a perder un poco todo lo que ha ganado porque el tiempo avanza, los trabajos de una no la esperan y una está obligada a ir tomando decisiones en contra de su propia voluntad. Ahí hay que empezar a reinventarse” (Mentora).

CAPÍTULO TERCERO

EL CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE

3.1 Marco de referencia

El conocimiento de lo que significa y cómo es la vivencia de enfermar es una herramienta esencial en la posibilidad de obtener resultados exitosos en el cuidado de la salud. Por lo anterior, cada vez más se ha introducido el enfoque del “cuidado centrado en el paciente” (CCP) el cual fue acuñado originalmente por Balint³³ cuando planteó que cada paciente “tiene que ser comprendido como un ser humano único”.

El enfoque CCP apunta a un cuidado no solamente dirigido a la enfermedad o percibir el enfermo como un ser biológico sino como un ser humano único que es parte de un contexto psico socio cultural el cual influye en su modo de entender, pensar, responder y decidir respecto a los cursos de acción para enfrentar una situación de enfermedad o cualquier condición de salud. La mayor parte de las experiencias de enfermar no solo implican un sufrimiento físico sino también conllevan una experiencia emocional intensa. La comprensión de la enfermedad de manera holística y dentro del contexto de vida cotidiana del enfermo, es relevante en la consideración de las posibilidades de tratamiento, en particular si se considera que una misma enfermedad lleva a diferentes experiencias de enfermar; la enfermedad o condición de salud (discapacidad) afecta toda la vida de individuo, no solo su dimensión biológica. En consecuencia, entregar un cuidado de calidad y además que este esté orientado a las preferencias, necesidades y al contexto sociocultural del paciente, implica conocer la perspectiva de la persona enferma y a la vez lograr resultados más exitosos en su cuidado y tratamiento. La Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones responsables de las políticas de salud han enfatizado la necesidad de que los sistemas de salud coloquen su atención en la persona²¹.

Existe evidencia que el enfoque del CCP mejora la adherencia, los resultados clínicos y la calidad del cuidado^{34, 35, 36, 37, 38, 39}.

Coincidiendo con la relevancia que fue asumiendo el enfoque del CCP emerge la “medicina basada en narrativas”. Esta se refiere a que, en la práctica diaria de la medicina, el agente de salud utilice lo que el paciente relata como una herramienta para recolectar e interpretar información de la experiencia de enfermedad del paciente⁴⁰. Desde la escucha de la historia del paciente el agente de salud puede extraer información que sobrepasa aquella que es posible obtener de la entrevista clínica.

El momento de crisis resultante de la condición de enfermedad favorece el relato de la historia del enfermo acerca de las preocupaciones personales en torno a la enfermedad. La descripción de las experiencias que conectan con la enfermedad ayuda a la reconstrucción de la biografía, definen el significado del evento crítico y por ende a un manejo clínico más eficiente. La persona enferma narra su experiencia de la enfermedad no solo tomando en consideración el modelo biomédico, sino también su particular “modelo explicativo” y en su relato manifiesta las prácticas aprendidas de la cultura en que vive. Además, la escucha de la experiencia vivida por un paciente crónico respecto a su vida, a partir de la experiencia de enfermar, no solo es positiva para el enfermo sino también para el agente de salud dado que se logra mayor información en torno a los significados, entendimientos, respuestas, sentimientos y reacciones del enfermo ante la condición no esperada, lo que obviamente es información que puede contribuir a las decisiones de tratamiento y seguimiento^{41, 42, 43, 44, 45, 46, 47}.

La perspectiva del paciente es única dado su experiencia de primera mano respecto a la enfermedad por ende está legítimamente posicionado para evaluar el cuidado y servicios recibidos y si estos satisfacen o no sus necesidades^{48, 49}.

3.2 Reflexiones acerca del cuidado del enfermo

A continuación, se presentan las citas de las reflexiones de los (las) estudiantes.

Entrenamiento en la capacidad empática

Las reflexiones de los estudiantes ponen en evidencia que a través de las reuniones ellos logran separar a la persona de la patología y esto les permite comprender el paciente y la vigencia de la enfermedad desde una mirada integral.

“En esta reunión logré ver por primera vez en mucho tiempo a una persona que tiene una enfermedad y no a una persona enferma. Es muy distinto decir “ella es obesa” a “ella tiene obesidad”, y existe un sin número de sentimientos de por medio que pocas personas logran ver” (Estudiante de Medicina).

“Creo que esta reunión se adapta perfectamente a la expresión “ponerse en los zapatos del otro”, donde Julia nos mostró su situación y nos involucró en ella, de tal manera nos hizo entender el sufrimiento que hay detrás, no sólo de Julia, sino de cualquier persona con sobrepeso” (Estudiante de Medicina).

“De esta situación, concluí que siempre que me llegue alguien cuando sea una nutricionista debo tener en cuenta que es una persona luchadora y que por algo está ahí pidiéndome ayuda; porque quiere sobrevivir, hacer un cambio o como se quiera llamar. Pero considero que es importante entender que muchas personas buscan apoyo y que los profesionales de la salud deben saber cómo dárselos y enfatizar que siempre busquen a alguien en quien confiar. De esta misma idea, comenzamos a discutir sobre lo importante que es tener un buen profesional de la salud adelante” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

“He aprendido a empatizar con el resto, a ver a los pacientes mucho más humanamente y he tomado mucha más conciencia de cómo mi actitud en mi futuro trabajo puede afectar a la persona que viene a tratarse, además siento que he aprendido de un modo diferente y desde otra mirada acerca de mi carrera” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Respetar los valores, preferencias y necesidades del paciente

*“Creo que el término “paciente” no es el que mejor explica la posición de la persona que recibe el servicio, ya que **esta persona más que nadie, es la que debe tener un rol activo para enfrentar la enfermedad, ya que es quien la padece y su actitud, sus hábitos, sus acciones, son fundamentales para enfrentar de óptima forma una enfermedad.** Por ende, creo que el termino hacia el cual nos referimos a una persona que se atiende o que recibe un servicio de salud, debería ser otro, **que muestre o refleje de mejor manera la importancia del paciente en el enfrentamiento de la enfermedad**”* (Estudiante de Medicina).

*“Esta historia me llegó bastante, ya que es mi futuro trabajo; me dio una idea de cómo quiero desarrollar mi trabajo más adelante, **priorizando a la persona, sus preferencias y por qué o cómo llegaron a la situación en la que están, y finalmente tratar su patología, individualizar a cada paciente y no tratarlo como “el celíaco”, “el obeso”, “el diabético”, etcétera, sino como personas igual que yo que de alguna forma terminaron con estas patologías y creo que toda esta experiencia que Ana nos está entregando me ayuda enormemente a llevar todo esto a cabo y a no perder el foco de mi futura profesión, que finalmente es ayudar a la gente, no simplemente tratar enfermedades**”* (Estudiante de Nutrición y Dietética).

“A ella le gustaría que los médicos sean menos apegados a la norma y puedan ser un poco más flexibles respecto a lo científico. Esta definición hecha por Ana, me hizo reflexionar sobre la importancia de como futura profesional de la salud, no enfocarme solo en lo científico y en lo técnico, sino también indagar sobre los ámbitos de la vida de mi paciente, los cuales son igual de importantes que mi intervención nutricional” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Necesidad de la “escucha” y vínculo cercano con el enfermo

Los estudiantes logran darse cuenta de la importancia de “saber escuchar” al paciente, informarse de su historia personal y los posibles determinantes de su estado de salud.

“Nadie le pregunta a las personas que padecen obesidad por qué comen, cuál es su motivo, si hay sentimientos detrás o si es que esto es una forma de protegerse y refugiarse en la comida, solo les decimos que deben dejar de comer porque van a enfermarse, creo que actualmente sin darnos cuenta, todos hacemos lo posible para curar la enfermedad pero no a la persona que la padece, nos preocupamos de que la patología se vaya pero no sabemos lo que siente la persona, como ha sido el proceso de sanación, ni si esta se siente cómoda con lo que estamos haciendo. Siento que nos falta escuchar a la persona que tenemos delante y lo que piensa respecto a lo que le estamos sugiriendo, y que debemos tomar en cuenta su opinión, no asumir que nuestro criterio y tratamiento es el mejor, si no consultar si le parece lo que estamos proponiendo y hacerle saber que estamos ahí para escucharla y apoyarla” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

“Lo más importante que me llevo de esta reunión es darme cuenta el impacto que puede tener en una persona la atención de un profesional de la salud, tanto en su día como en el resto de su vida, cosas tan simples como saludar o preguntarle cómo se siente, o el simple hecho de escuchar puede

significar una diferencia enorme para nuestro paciente y espero estar consciente de esto durante toda mi vida y tener presente que tengo enfrente una persona que lleva una vida al igual que nosotros y que merece ser entendida y escuchada a pesar de las complicaciones de salud que esta puede tener” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

*“La última vez tuve que evaluar a un paciente en HPH, y me lleno de gratitud ya que el **paciente me agradeció por conversar y entenderlo y por darle ánimo**, me comentaba que la mayoría del tiempo se sentía muy ignorado, mencionó que “no era tomado en cuenta” por enfermeras, doctores e incluso la nutricionista que lo venía a ver en las mañanas, **todo se lo agradezco a las charlas con Ana (mentora)**, quien tanto en la primera como en esta reunión nos recalcó muchas veces lo importante que era la empatía de los profesionales”* (Estudiante de Medicina).

*“Más allá de lo que significó su primera mala experiencia, **piensa que el rol del médico más allá de lo clínico debe acompañar y guiar al paciente, disipar dudas y ser un buen dialogador con el paciente, para tener un ambiente y clima de contención, comprensión y empatía** con el paciente, sin embargo, sabe que es difícil lograr la empatía si la persona no ha pasado por lo mismo. Piensa que **el medico debería ser un acompañante**, y debería dimensionar lo importante que es la recepción y contención del médico con el paciente, el impacto positivo o negativo que puede llegar a generar, ya que en su experiencia hay médicos que han tenido un impacto muy positivo en su vida”* (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Necesidad de reconocer a cada paciente como un ser “único”

*“Esto me hizo pensar en lo complejo de concepto (salud), que involucra aristas como la psicológica, física y mental. Que el hecho de hablar de una conexión entre cuerpo y alma, o cuerpo y mente, habla de la relevancia de lo psicológico en la enfermedad y en como una la padece. **Me hace pensar que dos personas que siendo idénticas (en un caso ficticio e hipotético) pueden enfrentar y sobrellevar una enfermedad de forma diferente dependiendo de la actitud, o estado emocional con el cual la enfrenten**” (Estudiante de Medicina).*

En las reuniones los estudiantes logran darse cuenta que al encontrarse frente a un enfermo le atribuyen, antes de conocerlo y conversar con él o ella, un estereotipo social , los que de alguna manera nublan la percepción más real de la persona que tiene frente a ellos.

*“Como inmediatamente se te viene a la cabeza la palabra enfermedad cuando ves alguien obeso, versus cuando te hablan de alguien gordo. Y por esto, también **otras cosas, como fragilidad, tanto física como mental, pereza, entre otros términos, que muchas veces la gente atribuye a la obesidad, y muchas veces no reflejan el verdadero significado, añadiéndole características negativas que las personas obesas no presentan**” (Estudiante de Medicina).*

² Un “estereotipo social” es una imagen mental muy simplificada acerca de un grupo de personas que tienen ciertas características, por ejemplo, sobrepeso. Los estereotipos generan actitudes discriminatorias y pueden llevar a conductas negativas hacia ese grupo o alguna persona perteneciente al mismo.

Importancia de informar y educar al paciente

*“De nada sirven las tecnologías si la población no está educada. **“El autocuidado uno lo ejerce cuando hay una información clara y correcta”, esta frase de Ana me pareció muy sabia, ya que cuando uno entiende con claridad lo que tiene, es cuando más conciencia se tiene respecto a la enfermedad y se toman mayores medidas”** (Estudiante de Nutrición y Dietética).*

*“Con este punto, nuevamente resalto mi pensamiento acerca de que **la educación es la base de todo**, ya que afecta desde todos los aspectos en el área de la salud. **Se genera un círculo en el que el paciente no logra expresarse de la mejor forma, el profesional no logra hacer el mejor diagnóstico, el tratamiento no es bien entendido y por último los resultados no son óptimos”** (Estudiante de Nutrición y Dietética).*

Lenguaje utilizado por el agente de salud

Los estudiantes reflexionan respecto de la relevancia que tiene el lenguaje usado por el agente de salud en el encuentro clínico.

Una estudiante registra textual lo dicho por la mentora: *“Luego de la tiroidectomía y radio yodo indicados para el tratamiento de mi caso, fui enviada de vuelta a mi hogar con una cicatriz y un remedio nuevo que debo tomar para el resto de la vida. Y claro, las indicaciones de hacer mi vida como de costumbre. **Dato curioso que a veces los médicos olvidan, ‘toda la vida’ es un término tan amplio que 3 años después sigo sin entender exactamente su significado. Cómo un paciente puede hacer su vida normal teniendo una nueva vida que ya no es normal”** (Estudiante de Nutrición y Dietética).*

“Ella considera que la información entregada por los profesionales de salud es escasa y poco clara, refiere que la forma en la que explican la patología o problema de salud a sus pacientes es muy técnica y en un lenguaje que no se entiende” (Estudiante de Medicina).

Dentro del lenguaje también se incluye las palabras que dentro del sistema de salud se utilizan para referirse a una persona que tiene una enfermedad, las que para los mentores son cuestionables:

“Se le preguntó a la mentora sobre los términos Paciente/Cliente/Usuario. Para ella “paciente” es un ser pasivo, con paciencia. Tiene una carga negativa para ella (la palabra), porque es en esa pasividad que no hay conexión con la enfermedad. Siente que uno no tiene nada que ver con su malestar. Es estático. A ella la mejoran cuando es paciente. En cuanto a usuario, es distinto. Tiene que ver con el nivel de educación de cada uno, lo que hace que todos seamos distintos usuarios. Hay un tema cultural que es necesario cambiar. Ambos son clientes. Hay palabras que marcan distancia, que hace que tanto pacientes como usuarios se mantengan al margen. Otra palabra que ella mencionó a raíz de esto es Protocolo. Dice que es una palabra sumamente fuerte, de muy poca empatía, demasiado ejecutiva. Se siente ajena al problema que se tiene en frente”.

Tratar al paciente como “persona integral” necesitada de ayuda

“Creo que es muy importante dentro de la medicina tener siempre el concepto de paciente como quien acude por ayuda a los prestadores de salud y nunca verlo como cliente, independiente de su forma de actuar dado que esta se puede ver afectada por la desesperación que puede provocar tener un problema de salud que no ha sido resuelto y por lo mismo siempre requiere del uso de habilidades blandas por parte del médico, no solo de sus conocimientos; en cambio sí es tratado como un cliente o consumidor el paciente no sentirá que el

doctor realmente escuchó su problema e intentó ayudarlo, repercutiendo en la relación médico-paciente, recopilación de información y adherencia al tratamiento” (Estudiante de Medicina).

*“Mientras la escuchaba me di cuenta de que uno como profesional de la salud a veces quiere ir directo al grano y solucionar el problema. **Uno busca darle el mejor tratamiento al paciente sabiendo que tiene todas las herramientas para hacerlo, pero a veces no se da cuenta que no se trata solo de la parte médica, sino que esta persona es integral y que también tiene emociones que influyen directamente en su salud.** Este proyecto me emociona enormemente porque tengo la gran oportunidad de aprender a ver más allá de la enfermedad y de saber cómo colocarnos en la posición del otro. **Cuando Julia nos contaba sus experiencias con los profesionales de la salud me sentía avergonzada del trato que en varias ocasiones había recibido. No entiendo cómo una persona que se dedica a tratar y salvarle la vida a las personas pueda tener un trato tan poco empático con sus pacientes**” (Estudiante de Medicina).*

Tomar en cuenta el rol relevante de las emociones experimentadas por el enfermo

*“Modifica la vida emocionalmente”, Julia nos hablaba mucho sobre las emociones. **Éste es un aspecto que antes no percibía en su justa trascendencia como determinante de la salud. Pero ella me hizo entender que las emociones son extremadamente importantes para el mejoramiento de una patología.** La salud mental es algo imprescindible en la recuperación de un paciente. Hay que saber llevar bien las emociones porque éstas pueden jugar en contra de ti. **Esto es parte del trabajo de los profesionales de la salud, ayudar al paciente desde la parte emocional buscando un balance entre las emociones, y no enfocarse únicamente en la enfermedad;** como también lo es para el paciente luchar por su salud y no dejarse caer por las emociones”.*

CAPÍTULO CUARTO

APRENDIZAJE INTERPROFESIONAL

4.1 Marco de referencia

Actualmente existe una tendencia cada vez mayor hacia el cuidado centrado en el paciente¹⁵ y la evidencia que sólo una mirada interdisciplinaria contribuye a un cuidado más efectivo de la salud,^{41,45,50,51}. Hacia finales de la década de los 80 ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba que si los estudiantes de las disciplinas de la salud se formarían juntos esto implicaría resultados más eficientes en los efectos del cuidado de la salud¹³, lo cual lo vuelve a reiterar dos décadas después²¹. Cada vez más, las universidades están interesadas en la formación interdisciplinaria, ya que los resultados de estos aprendizajes y las competencias que adquieren los egresados de estas experiencias, expresan el darse cuenta de las exigencias laborales y su capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas de la sociedad. Además, en el marco de los procesos de acreditación de las profesiones de la salud, la formación interdisciplinaria es una exigencia.

Cabe preguntarse que conlleva una formación interdisciplinaria. Al respecto la teoría del “aprendizaje colaborativo” nos resulta un modelo explicativo que nos permite entender la relevancia del aprendizaje interdisciplinar o interprofesional. La teoría fue creada por Lev Vygotsky⁵² y en ella este autor plantea que la interacción social juega un rol en el desarrollo cognitivo y en el aprendizaje efectivo. En otras palabras, la teoría del “aprendizaje colaborativo” plantea que los aprendices (estudiantes) se benefician al exponerse a una variedad de perspectivas o puntos de vista durante la interacción con otros en las instancias de aprendizaje, lo cual favorece su comprensión de los problemas del mundo real más que lo que se puede aprender desde un modelo de enseñanza tradicional⁵³. Cuando el aprendizaje se presenta en un

medio ambiente motivante, familiar con actividades que estimulan la reflexión y compartiendo la experiencia con pares y un guía, aquél contribuye a que los estudiantes logren un conocimiento más profundo y significativo⁵⁴.

Vygotsky postula que el aprendizaje es un “fenómeno social” donde la interacción social es un aspecto central del proceso. Un supuesto de la teoría del aprendizaje colaborativo es que lo que logra aprender el estudiante solo y lo que logra aprender con una guía, mentor y un par o varios pares, es de naturaleza diferente. Al respecto, Vygotsky introduce el concepto de Zona de Desarrollo Proximal, la cual corresponde a una fase de comprensión inicial que cuando emerge un problema complejo, difícil de resolver que desafía la comprensión del sujeto, por tener la oportunidad de discutirlo con otro u otros, tanto con un guía y par o pares, puede llevar al estudiante más allá de los límites de su particular comprensión personal y colocarlo en un apertura mental que lo hace reflexionar acerca de nuevas formas de hacer las cosas, y por ende expandiendo su zona inicial personal de comprensión y desarrollo⁵⁵. Por lo antes expuesto nos parece que la experiencia de aprendizaje colaborativo que se desarrolla en el contexto del Programa Interprofesional con Pacientes Mentores, estimula a los estudiantes a indagar, explorar, buscar información para lograr mayor comprensión de modo de examinar más ampliamente los problemas y discutir las posibles soluciones a los mismos. Además, la situación de aprendizaje colaborativo fomenta el sentimiento de cooperación lo cual, a la vez, genera en el aprendiz un compromiso y motivación en el aprendizaje.

La literatura arroja evidencia de los beneficios del aprendizaje colaborativo en los estudiantes tales como: 1. el incremento en la actitud hacia el autoaprendizaje, la cual se estimula la iniciativa personal para responder a las necesidades de aprendizaje y se adopta responsabilidad y autonomía en el proceso de aprender; 2. el desarrollo de un pensamiento crítico el cual es esencial en las profesiones de la salud para la adopción de decisiones eficientes y oportunas;

y 3. entrenamiento de la interacción para un trabajo grupal⁵⁵

4.2 Reflexiones acerca de la experiencia interdisciplinaria que entrega el Programa

Conocimiento del enfoque y especificidad de otra disciplina

Los estudiantes reconocen que desconocen la otra disciplina y que han logrado identificar, en el contexto de las reuniones, las diferencias de lo que para cada disciplina es lo prioritario en el abordaje del paciente y aprender cuál es la especificidad de su disciplina.

“Creo que lo más difícil fue la ignorancia que tenía sobre su carrera y su labor frente a un paciente, tratar de disimularlo al principio y después pregunté abiertamente y fue bien recibida” (Estudiante de Medicina).

“He aprendido mucho de cómo ellos (de la otra disciplina) se enfrentan a los pacientes y el enfoque que le dan a la salud, es distinto al nuestro, pero tiene mucho en que complementarnos” (Estudiante de Medicina).

*“Aprendes acerca de las **prioridades** de cada profesión, que muchas veces difieren entre un profesional y otro, y es ahí donde muchas veces se generan los problemas”* (Estudiante de Medicina).

En el darse cuenta de la “otra mirada” del paciente los estudiantes informan de la riqueza que puede significar tomar en cuenta las distintas perspectivas profesionales.

“Te abre los ojos, te da perspectiva, ya que hay muchos ámbitos que uno no considera y se cierra a su enfoque profesional, por lo que si cada profesión tiene un enfoque diferente se logra abarcar de manera global al paciente” (Estudiante de Medicina).

“Me di cuenta que su forma de observar y analizar es muy distinta a la mía. Sin duda nuestra formación nos hace tener distintas perspectivas y experimentar cómo todas pueden unirse y fluir fue un gran aprendizaje. Con esto, además, tengo alguna idea de cómo personas de otras áreas pueden abrir mi mirada frente a un caso clínico y aportar en mi razonamiento” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Enfrentar los prejuicios

El desconocimiento de lo que hacen las otras disciplinas se llena con “juicios equivocados” que, si no son reconocidos, podrían constituirse en una barrera en el trabajo colaborativo futuro. Los estudiantes se dan cuenta de ello:

“También en conjunto derribamos mitos y siento que entramos mucho en confianza para evitar que en un futuro se creen prejuicios que existen de los unos hacia los otros” (Estudiante de Medicina).

“Reconozco ciertos prejuicios hacia los estudiantes de Medicina y sé que también los hay hacia mi carrera. Todo esto lo dejé atrás y pude sorprenderme con personas extraordinarias que hicieron de ésta una gran experiencia” (Estudiante de Nutrición y Dietética)

Intercambio y enriquecimiento de los conocimientos

Los estudiantes informan que a través de la experiencia de las reuniones con el mentor y alumnos de otra disciplina logran obtener nuevos conocimientos y lo valoran porque reconocen que contribuirá en su quehacer profesional futuro.

“He aprendido a ver los distintos enfoques que podemos darle a un mismo tema o a un mismo paciente, eso hace que la visión de cada uno pueda ampliarse y podamos apreciar

características que antes no eran relevantes para nosotros o bien pasábamos por alto sin darnos cuenta, lo que finalmente enriquece la atención que le daremos al paciente ya que se vuelve una atención mucho más integral” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

“Había muchas cosas que ellas (os) no sabían y que fue buenísimo poder compartir con ellas, también ellas nos enseñaron muchas cosas a nosotras. Me llama mucho la atención que estudiando cosas del área de la salud sepamos tan poco del enfoque que cada carrera tiene del paciente” (Estudiante de Medicina).

“Personalmente ha sido una experiencia muy gratificante, ya que además de generar nuevos conocimientos en torno a muchas áreas, es posible conocer el rol del otro profesional dentro del equipo de salud, lo que me ha permitido expandir mis conocimientos acerca de las funciones que cumple cada profesional dentro de un equipo multidisciplinario” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Entrenar la “escucha” y la habilidad de comunicación con profesionales de otra disciplina

Los estudiantes declaran el haber entrenado la “escucha”, la comunicación y la aceptación de opiniones diferentes. Ellos subrayan la importancia de una comunicación adecuada dentro de un equipo de salud.

*“Se aprenden muchas cosas, en primer lugar, a **escuchar**, todos tienen algo que decir y algo que aportar. Estas situaciones te abren los ojos y **aprendes a mirar desde otra perspectiva un mismo problema. Uno aprende a comunicarse, ámbito fundamental cuando se está tratando con un paciente, y cuando digo comunicarme hago referencia a expresar mi opinión y a escuchar la opinión del otro y aceptarla como válida, pudiendo estar en desacuerdo, pero no por eso deja de ser válida”*** (Estudiante de Medicina).

“Este trabajo ayuda mucho para mejorar tus habilidades de lenguaje y de comunicación con otras personas, las cuales, si uno no las tiene bien desarrolladas, yo creo que pude generar muchos problemas en la práctica de uno como profesional a futuro” (Estudiante de Medicina).

“La conversación fluida que tiene que tener este equipo para que las distintas cosas que se realicen sean correctas y no hechas al lote; también es importante recalcar que este equipo no es solo el equipo médico, sino que involucra a todas las profesiones del área de salud e incluso a muchos otras” (Estudiante de Medicina).

También refieren haber entrenado el ser respetuosos y tolerantes al escuchar una opinión distinta.

“Trabajar la tolerancia y el respeto desde el entendimiento más profundo fue muy enriquecedor” (Estudiantes de Nutrición y Dietética).

“Tiendo a dar mi opinión y siempre tengo una opinión sobre lo que se hable. No me quedé callada, pero sin duda tuve que entrenar el escuchar a los demás” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Importancia del trabajo en equipo

“También hablamos sobre la importancia de las reuniones entre médicos para discutir los distintos casos. Frente a esto creo que sería muy importante que esas reuniones fuesen seguidas y entre distintas áreas de salud. No siempre trabajamos juntos, sobre todo mientras estudiamos. Sería muy bueno que desde pregrado aprendiéramos a abordar a un paciente entre distintas disciplinas” (Estudiante de Nutrición y Dietética).

CAPITULO QUINTO

EL PACIENTE COMO MENTOR

5.1 Marco de referencia

La mentoría clínica en el desarrollo de competencias de los estudiantes ha tenido gran relevancia al momento de preparar profesionales integrales; el desarrollo de habilidades de comunicación, afrontamiento positivo y gestión emocional al estar frente al paciente como mentor, cambia el punto de inicio del aprendizaje; y es donde se aprende a través de él y no sobre él. Para encontrar las necesidades de atención médica en el futuro, es necesario que la educación incremente el énfasis de atención en enfermedades crónicas, trabajo en equipo interprofesional y trabajo en asociación con pacientes y familias^{1, 42}. Fomentar la educación médica y de las ciencias de la salud centrada en el paciente, y estimular la dimensión humanística de la medicina, tanto en la acción práctica como en el proceso de formación universitaria, es una actividad que se hace más compleja cada día y está en constante evolución.

¿Por qué implementar un programa de tutoría a través de un mentor? Para promover los principios del desarrollo profesional, proporcionar acceso a una relación propicia basada en las necesidades individuales, garantizar que se identifiquen y fomenten las oportunidades de desarrollo de conocimientos y habilidades para el beneficio tanto del individuo como de la organización y promover el desarrollo de una cultura de aprendizaje organizacional alentando a los estudiantes en formación a aprender unos de otros compartiendo experiencias, conocimientos y habilidades⁵⁶.

El primer concepto de mentoría fue identificado por Homero⁵⁷, en su poema *Odisea*, que refleja el desarrollo de la cultura y valores directamente de otros humanos que uno admira. Específicamente, el término mentor se utiliza para

describir el papel de una persona que actúa como apoyo, amigo, consejero, guía, maestro, patrocinador, entrenador, modelo a seguir y confidente^{57,58}.

La relación es generalmente de carácter personal a largo plazo basada en el estímulo, la construcción de conocimientos, franqueza, confianza mutua, respeto y voluntad de aprender y compartir. La mentoría requiere las habilidades de escucha activa y cuestionamiento⁵⁶.

La mentoría se puede realizar ya sea a través de procesos formales o informales, involucrar a uno o más aprendices y emplear pares y mentores a distancia y puede ocurrir en entornos primarios, secundarios y terciarios según las necesidades y capacidad de servicio.

En el contexto de la formación de los estudiantes en las ciencias de la salud, los pacientes en su rol de mentores tienen una gran experiencia para ofrecer y muchas lecciones para enseñar, por el hecho que “viven el día a día” con una enfermedad lo que les conlleva a permanentes interacciones con distintos actores del sistema de salud.

La atención segura centrada en el paciente está directamente influenciada por la calidad de la educación que los profesionales de la salud reciben⁵⁹.

El mentor cumple el objetivo de guiar, estimular, desafiar, y contribuir a desarrollar capacidades y talentos de una persona tanto a nivel personal como profesional; se establece una relación entre dos personas basada en la confianza, confidencialidad, comprensión y empatía con el propósito de ayudar a un aprendiz a adquirir las competencias esenciales para el éxito en su desarrollo profesional.

La calidad de la relación entre estudiante y paciente se articula en términos de colaboración- producción de conocimiento, que implica una lectura cercana con el paciente como texto, a través del dialogo. Los estudiantes pueden mejorar la agudeza clínica a través de consideración de los silencios, lagunas y contradicciones en los pacientes⁶⁰.

Los estudiantes de las disciplinas de la salud deben estar preparados para trabajar en ámbitos interprofesionales y multidisciplinarios. Se busca fortalecer interacciones paciente-estudiante; lo que lleva a un modelo autentico centrado en el paciente que cambia el lugar de aprendizaje de la relación entre medico como educador y estudiante a la relación entre paciente y estudiante⁶⁰.

Un aspecto central del aprendizaje con un mentor, quien es a la vez una persona que posee la vivencia de una enfermedad crónica, es que se da un espacio muy fructífero para la formación de la identidad profesional; existe evidencia que los pacientes contribuyen en que los estudiantes de las ciencias de la salud desarrollen su identidad profesional única por medio de la reflexión y la exploración de los valores profesionales al escuchar los relatos de los mentores⁶¹.

El aprendizaje desde la escucha de las vivencias del paciente mentor implica un aprendizaje experiencial, el "aprender haciendo", es decir aprender a comunicarse, a escuchar, a ser empático, a tomar en cuenta sus necesidades y expectativas en el contexto de la relación paciente y agente de salud. Se ha constatado que hay logros sustanciales del aprender con un paciente mentor, por ejemplo, los estudiantes logran mayor identidad profesional, son capaces de reconocer ciertas cosas que no veían anteriormente; son capaces de ver al paciente de manera más holística; donde la experiencia del mentor crea una distinta perspectiva del sistema sanitario y sus interacciones.

En otras palabras, es entrenar el profesionalismo como parte del modo de cuidar al paciente.

Las reflexiones de los estudiantes participantes del Programa Interprofesional con Pacientes Mentores ponen en evidencia que el paciente, gracias a sus vivencias con una enfermedad crónica, los ayudan para afrontar, de una manera adecuada, la comprensión de cómo es la adaptación a la enfermedad, con sus características, individuales y únicas; lo que hace que su intervención tenga sentido, propósito y meta real.

5.2 Reflexiones acerca del paciente como mentor

¿Que sabemos sobre las opiniones de los pacientes al participar en la educación médica y de las ciencias de la salud?

Como se constata en estudios realizados por Howe y Anderson⁴ los pacientes se sienten positivos, toman su papel como un experto en su condición, como facilitadores para el desarrollo de las habilidades y actitudes profesionales; y la experiencia les brinda satisfacción personal.

La evidencia ha constatado que un programa de mentoría es una herramienta fundamental para garantizar la adaptación y formación a nivel asistencial de los profesionales al igual que cuando la mentoría es dada por el paciente⁶².

Se ha mostrado que los pacientes informan que se sienten apoyados emocionalmente simplemente por la presencia de estudiantes de medicina⁶².

A través de la revisión de los diarios reflexivos o extractos por parte de los mentores se puede recoger afirmaciones como:

“Agradecer la invitación a participar en el proyecto; para el paciente es “sentirse escuchado””.

“Generoso el espacio en relación a poder explicarme. Trabajamos muy bien”.

“Me permitieron dialogar fluidamente”.

“Puse escucha en sus preguntas, en sus cuestionamientos”.

“No es fácil ser paciente, pero ser estudiante tampoco”.

En algunos de los comentarios por parte de los mentores se rescata:

“Aprendí muy rápido en nuestro grupo que los escenarios de la vida real son muy beneficiosos para los estudiantes”.

“Este tipo de iniciativas, siento yo, enriquecen la medicina ya que se integra el saber específico de la carrera con el saber desde el enfermo. Creo que entre todos nos miramos como un equipo que teníamos todo por hacer juntos para cambiar el concepto cerrado de la medicina que vivimos todos hasta este momento”
“Este proyecto, lo veo como un gran paso. ¡Ojalá sea viral!!”.

“La Mentoría me ha permitido asumir nuevos desafíos como paciente, Ser mentora me ha llenado de orgullo, sentir que puedo contribuir desde mi historia a desarrollar habilidades sociales y académicas a los estudiantes. Mi historia no es tan distinta a la de muchos otros pacientes”.

Por parte de los estudiantes, también se constata que agradecen y aprecian tener encuentros con los mentores **“El paciente es el único experto de su enfermedad” se quedó conmigo luego de la reunión.**

Aun estudiando toda la teoría existente sobre su patología nunca lograremos ser verdaderos expertos en ella. No por falta de dedicación o preparación académica, sino que, porque no sabemos lo que es convivir junto a ella día a día, tan cercana como nuestra propia sombra (Estudiante de Nutrición y Dietética).

Lecciones aprendidas desde la “escucha” de la experiencia del mentor

“Nuestro mentor dice que, si no hay un seguimiento más frecuente, no hay nadie que “lo rete” y puede darse el lujo de ir a contar cada año la misma “mentira” de que está siguiendo la pauta que se le controla sólo 1 vez al año. También nos cuenta que como las consultas son muy rápidas, muchas veces solo se evalúa al paciente en general y no hay avances. Como él sabe que las consultas son rápidas, propone que tienen que existir metas para cada consulta y también aumentar la frecuencia de los controles. Nos dijo: “_las metas y el control seguido te hacen mantenerte enfocado-”; por lo que claramente es un cambio que se debería hacer” (Estudiante de Medicina).

*“Esta reunión fue de mucho aprendizaje y logramos poner en común muchas ideas, salimos muy contentos por los resultados, creyéndonos los “futuros ministros de educación”. **Comprendí la relevancia de preguntar al paciente su percepción sobre la atención de salud que recibe;** y aunque Don Esteban sabe que el sistema tiene muchas fallas, él sabe que la intención de toda la gente que lo atiende es que él logre estar sano y feliz”* (Estudiante de Medicina).

“La reunión de hoy creo que es muy relevante y útil para cualquier profesional de la salud, tener una idea de que es lo que opina el paciente sobre la información que recibe y tiene a su disposición es extremadamente importante.

Uno como profesional de la salud, estudiante en mi caso, tiene como objetivo dentro de la consulta que el paciente se lleve cierta cantidad de información y tener un feedback de eso, creo que es muy necesario. Nos indica si la manera en que estamos entregando la información es la correcta y también nos puede mostrar otras maneras que pueden servir para entregar información y que esta perdure en el paciente en el tiempo y cause un impacto en el para lograr cambios en el cuidado de su salud y enfermedad” (Estudiante de Medicina).

“Aunque Don Esteban deposita total confianza en sus tratantes, para él elegir con quien tratarse no es una tarea fácil. Volvemos en esta reunión en el “link” que debe existir entre médico y paciente, que debe estar presente para que exista confianza. Él nos dijo que si no salía con un grado de compromiso de la consulta no valía la pena, ese compromiso que se genera en la consulta es el que después lo lleva a confiar en el profesional, a creer todo lo que el profesional diga e incluso a contar información privada y confidencial. Ese es el nexo o link que debemos crear con nuestros pacientes, para lograr que ellos estén comprometidos conmigo y con ellos mismos, con su salud, su enfermedad y su tratamiento” (Estudiante de Medicina).

La conducta ética y la responsabilidad social también se aprenden a través de las reuniones con el mentor. Así lo expresan los estudiantes:

*“Nuestro mentor nos dio su visión de la salud: es un compromiso con uno mismo, querer estar bien, estar informado en salud y tener una vejez sana y mejor. **Dentro de esto logré rescatar la relación que creamos durante todo nuestro trabajo con los conceptos de compromiso y adherencia; el profesional tiene que preocuparse de que el paciente adquiera ese compromiso consigo mismo, para así lograr la adherencia. Para que exista adherencia, debe existir compromiso.** También Don Esteban dice: “-no hacerlo (no cuidar de mi salud)*

sería defraudarme a mí y defraudar a los que me quieren ayudar-". Nosotros somos los promotores de la salud, nosotros estamos para ayudar a nuestros pacientes a cuidar de su salud" (Estudiante de Medicina).

*"Dentro de los puntos claves, nosotros como equipo elegimos la confianza, el compromiso y la empatía. **Si se crea una relación basada en aquellos principios el paciente también es parte de la decisión. Esta elección de los principios fue muy fácil, ya que son conceptos que se repetían constantemente en todas las reuniones, al fijarme en mis apuntes siempre estaban en mayúsculas, destacados o con colores, todos estuvimos muy de acuerdo y surgieron muy rápido"** (Estudiante de Medicina).*

*"Hacer cambios, especialmente en el estilo de vida, supone una gran dificultad para el paciente por lo que para decidirse a realizarlos requiere que el profesional eduque con paciencia y motivacionalmente sobre los beneficios del cambio y riesgos de no hacerlo, así desde la comprensión nace el **compromiso que lleva a la adherencia**. Me parece importante recalcar la dificultad de adquirir nuevos hábitos, por lo que el profesional debe mostrar siempre una actitud comprensiva y al mismo tiempo alentadora, siendo un apoyo en el proceso"* (Estudiante de Medicina).

PALABRAS FINALES

Aún cuando claramente existen ciertas dificultades en la instalación y desarrollo de aprendizajes colaborativos entre diferentes disciplinas de la salud, ya sea por los diferentes horarios y exigencias particulares de cada carrera, sin embargo, la inclusión del Programa Interprofesional con Pacientes Mentores durante la formación de nuestros estudiantes de las ciencias de la salud es una actividad que vale la pena realizar dada la riqueza de aprendizajes que son resultado de esta experiencia los cuales son evidentes a través de lo expresado por los alumnos en sus diarios reflexivos.

Dejando de lado las competencias específicas que cada disciplina de la salud intenta desarrollar en sus estudiantes en formación, existen competencias transversales que están contenidas en la misión de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo que nos parece que están siendo acogidas por el Programa que les hemos presentado en la presente publicación. Una de ellas que, de alguna manera, está contenida en las demás competencias es el profesionalismo cuyo aspecto central es colocar el interés de la persona sobre el interés de quién ejerce la profesión, es decir se espera que en la formación formemos estudiantes con responsabilidad social, conducta ética y respeto por la persona. Además hemos constatado otros dominios del profesionalismo que se entrenan mediante la participación en el Programa y que aparecen de manera recurrente en la literatura respecto del profesionalismo en medicina como profesión pero que también son aplicables a cualquiera de las otras disciplinas de la salud⁶³, tales como: el compromiso con la excelencia, el trabajo grupal, la responsabilidad en el ejercicio de la disciplina, el darse cuenta y el análisis crítico de la situación personal y social del paciente.

Para cerrar lo planteado anteriormente algunas otras reflexiones de los propios estudiantes las cuales son la mejor evidencia de lo arriba expresado:

“Todos dentro del equipo coincidimos que hacer cosas que nos apasionen nos van a recordar este trabajo sin duda, este trabajo nos marcó a todos. Tenemos que siempre volver a re-encantarnos por nuestra pasión y nunca perder el rumbo, levantarnos todos los días por algo y seguir haciéndolo. Nuestro paciente quedó muy motivado y muy contento con las ideas que salieron y nos motivó a seguir con este grupo y formar una organización para poner en práctica las ideas”.

“Al preguntarle al paciente mentor que es lo que busca en un personal de salud, su primera respuesta no fue que tenga muchas especialidades ni que sepa todo, sino “que me escuche, me entienda”, sin desvalorar lo anterior ya que es de suma importancia, pero su respuesta refleja en que se fija verdaderamente un paciente: en la relación médico-paciente, en sus habilidades blandas, en su capacidad de acompañarlo integralmente durante el proceso de enfermedad que esté viviendo. En repetidas oportunidades el paciente mentor se ha referido a sus doctores como amigos debido al soporte que han sido para él a lo largo de la vida. A lo largo de todo el proceso de reuniones durante esta investigación me ha llamado la atención la palabra amigos y me hace darme cuenta de lo importante que puede ser un médico o un profesional de la salud en la vida de sus pacientes y por lo mismo la responsabilidad que conlleva el cargo tanto en conocimiento como humanamente”.

“Para mi esta tercera reunión me sirvió para recalcar la importancia del trabajo en equipo dentro de la salud y para darle aún más importancia a crear una buena relación médico-paciente, me hizo ver en persona que efectivamente es lo más importante para los pacientes y por lo mismo me da la responsabilidad de preocuparme de aprender estrategias para mejorarla y estar preocupada de formarla con todo paciente que vea”.

“Dentro de los valores que distinguen a las profesiones (de la salud), creo que estuvimos de acuerdo en que lo que más destaca es la responsabilidad y la pasión, aunque son carreras distintas, al estar dentro del área de la salud y tratar con un paciente, con una persona que confía en ti, son dos valores que todos teníamos muy presentes y dispuestas a cumplir”.

“Nosotros no tenemos que cumplir con un rol de dar información, tenemos que cumplir un rol de acoger, empatizar y generar un ambiente de confianza, para que la información que queremos entregar a nuestro paciente, sea comprendida, procesada y utilizada a su favor”.

“Creo que tenemos una responsabilidad gigante, tanto en la creación de políticas de salud y de manejo de recursos a nivel país, como en educación de la población en cada uno de los pacientes a los que vemos, ahora como estudiantes y en nuestras vidas como profesionales. También lo importante que es el manejo multidisciplinario de los pacientes, ya que ayuda a la persona en su entorno biopsicosocial, si hay un manejo efectivo y coordinado, el paciente se beneficia mucho más. Por último, un desafío personal, de ser una doctora que genere reacciones como las que tuvo nuestro mentor, generar apego y confianza con los pacientes para que así comprendan de la mejor manera su patología y puedan tratarla”.

Quizás más de alguien que lea esta publicación se pregunte cómo las reflexiones que han surgido de las reuniones realizadas por los estudiantes con sus mentores pueden efectivamente plasmarse en la conducta futura profesional. No debemos olvidar que los pensamientos e interpretaciones, al igual que las creencias, tienen un papel determinante en las conductas que adoptan las personas.

Referencias Bibliográficas

1. Towle A, Farrell C, Gaines ME, Godolphin W, John G, Kline C, Lown B, Morris P, Symons J, Thistlethwaite J. The patient` voice in health and social care professional education: The Vancouver Statement. *International Journal of Health Governance*. 2016; 21 (1): p. 18-25.
2. Spencer J, Blackmore D, Heard S, Singh K, Mccrorie P, Southgate L, Scherpbier A, Sengupta T, y McHaffien D. "Patient-oriented learning: A review of the role of the patient in the education of medical students". *Medical Education*. 2000; 34 (10): p.851-7. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2000.00779.
3. Sharf B y Vanderford ML Illness narratives and the social construction of reality. En T.L. Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Millar y R. Parrot (Eds.) *Handbook of Health Communication* (2003), 9-334. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
4. Howe A y Andersen J. Involving patients in medical education. *BMJ*. 2003 Aug 9; 327(7410): 326–328. doi: 10.1136/bmj.327.7410.326.
5. Patient and Public involvement in under graduate medical education (2011). *De Tomorrow Doctors* (2009).
6. Spencer J. Patients in health professional education: so much known, so much yet to understand. *Med Educ*. 2010; 44 (1), 9-11.
7. Capgemini Consulting "Patient Adherence: The Next Frontier in Patient Care" *Vision & Reality*, 2011, 9th Edition Global Research Report.
8. Doyle A., Lennox L. y Bell D. Systematic Review of Evidence on the Links between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness. *BMJ Open* 2013;3: e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012- 001570.
9. Scheffer C, Tausche D y Edelhäuser F. "I wish I had a physician like that..."-The use of triangulation on the way towards a patient-centre medical education". *Patient Education and Counseling*. 2011; Vol. 82: 465-467.
10. Illingworth P y Chelvanayagam S. Benefits of interprofessional education in health care. *British Journal of Nursing* 2007; 16 (2):121-124.

11. Nester J. The importance of interprofessional practice and education in the era of accountable care. *NCMEDICAL JOURNAL* 2016; 77 (2): p-128-1 32.
12. Barwell J, Arnold F, Berry H. How interprofessional learning improves care. *Nursing Times* 2013; 109 (21): 14-16./www.nursingtimes.net.
13. DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.
14. Steward M, Bridget LR, y Bodea C. Is Patient-Centred Care associated with lower diagnostic costs? *Health Care Policy*. 2011; (6) 4:27-31.
15. Louw J, Marcus T, Hugo J. Patient –or person-centred practice in medicine? A review of concep. *African Journal of Primary Care & Family Medicine*. 2017; (19) <http://www.phcfm.org> Open Access. Pag. 1-7.
16. Young J.T. Illness behavior. A selective review and synthesis. *Sociology of Health and Illness*. 2004; 26 (1), 1-31.
17. Larsen P. The Illness Experience En libro: *Chronic Illness. Impact and Intervention* 7th edition. Pamela D. Larsen y Ilene Morof Lubkin. Massachusetts. Edit. Jones and Bartlett Publishers. 2009; 23-45.
18. Mechanic D and Volkart E. Illness Behavior and medical Diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*. 1960; 1: p. 86- 94.
19. Mechanic D. The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*. 1986; 16: p. 1- 7.
20. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Social Sciences and Medicine*. 1995; 41 (9): p. 1207-1016.
21. World Health Organization. *The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance*. 2000. Geneve, Switzerland: World Health Organization.
22. Mc Quaid E.L. y Landier W. Cultural issues in medication adherence: disparities and directions. *J Gen Intern Med*. 2018; 33 (2): p. 200-206.

23. Coutts P. The effects of cultural background on patient communication and adherence to treatment. *Wound Care Canada*. 2005; 3 (2).
24. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. London, University of California Press; 1980.
25. Kan T y Zhang J. Factors influencing seasonal influenza vaccination behavior among elderly people: a systematic review. *Public Health Mar*.2018; 156: p.67-78. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.12.007.
26. Kleinman A y Benson P. Anthropology in the Clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Plos Medicine*. 2016; 3 (10): p. 1673-1676.
27. Daniel P y Gheorghe B. Patient´s explanatory model of disease and its influence on conservative treatment of diabetic foot. *Proc. Rom. Acad.* 2010, Series B, 2: p. 151-155.
28. Freidson E. *Profession of Medicine*. New York: Dodd and Mead; 1970.
29. Mazurek E. Illness narratives-between personal experience, medical discourse, and cultural practice, Review paper. 2016: p. 48-58. Wroclaw University Technology, Department of Humanities and Social Sciences, Poland.
30. Bury M. Illness Narrative: Fact or Fiction? *Sociology of Health and Illness*. 2001; 23 (3): p. 263-285.
31. Caron-Flinterman JF, Broerse JE, Bunders JF.) The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Soc Sci Med*. 2005; 60 (11): p.2575-84.
32. Di Silvestre M.C. (1994) A Qualitative study of the illness experience in women labelled as somatizers by their physicians. Thesis for the Degree Master Sciences. McMaster University, August 1994.
33. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J. Roy. Coll. Gen. Practit*. 1969; 17: p. 269-276.

34. Steward M, Ryan B y Bodea C Is Patient- centre care associate with lower diagnostic costs? *Health Care Policy* 2011; 6 (4): p. 27-31.
35. Davis K, Schoenbaum S.C y Audet A.M. A 2020 Vision of Patient-centered Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2005; 20: p. 953-957.
36. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J. Gen Intern Med.* 2006; 21: p. 661-665.
37. Fix G, VanDeusen C, Bolton R, Hill J, Mueller N, LaVela S y Bokhour B. *Health Expectations.* 2018; 21: p. 300-307.
38. Steward M, Brown JB, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W y Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J. Fam. Pract* 2000; 49 (9): p. 796- 804.
39. Morgan K. R. y Goldin A. B. Patient-centered and quality: Activating the system and the patient. *Seminars in Pediatric Surgery* 2015; 24: p. 319-322.
40. Fioretti Ch, Mazzocco K, Riva S, Oliveri S, Masiero M y Pravettoni G. Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. *BMJ Open* 2016;6: e011220. Doi:10.1136/bmjopen-2016-011220.
41. Towle A. The Interprofessional Health Mentors Program Symposium: An Approach to knowledge exchange *CHES Quarterly* 2012); 3 (2): p. 1-4.
42. Towle A, Brown H, Hofley Ch, Kerston Rp, Lyons H, Walsh Ch. The Expert Patient as Teacher: An Interprofessional Health Mentor Programme". *The Clinical Teacher* 2014; 11 (4): p. 301-306. <https://doi.org/10.1111/tct.12222>.
43. Towle A, Godolphin W. Patients as teachers: promoting their authentic and autonomous voices. *Clin Teach* 2015 ; 12 (3): p. 149-154. <https://doi.org/10.1111/tct.12400>

44. Ruitenburg C y Towle A. "How to do things with words" in professions education. *Advances in Health Sciences Education Theory and Practice* 2014; 20 (4). Doi: 10.1007/s10459-014-9568-7.
45. Towle A, Farrell Ch, Gaines ME, Godolphin W, John G, Kline C, Lown B, Morris P, Symons J y Thistlethwaite JE. The patient` voice in health and social care professional education: The Vancouver Statement. *International Journal of Health Governance* 2016; 21 (1): p. 18-25.
46. Spencer J. Patients in medical education. *The Lancet* 2004; 1 (363): p.1480. DOI:https://doi.org./10.1016/S0140-6736 (04)/16124-2.
47. Spencer J, Blackmore D, Heard S, Mc Crorie P, Mc Haffie D, Scherpbier A, Gupta TS, Singh K y Southgate L. Patient –oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Med Educ* 2000; 34: p. 851-857. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2000.00779.x.
48. Raj NL, Babcock GA, Brown CM, Deighton CM, O` Reilly SC. Undergraduate musculoskeletal examination teaching by trained patient educators- a comparison with doctor-led teaching. *Rheumatology* 2006; 45: p. 1404-1408.
49. Pomey M P, Hihat H, Khalifa M, Lebel P. y Néron A. Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients` inputs and challenges faced. *Patient Experience Journal* 2015; 2 (1): p. 29-42.
50. Rockey N, Piovezani G, Romanski S, Bierle D y Bartlett M. Patient participation in medical student teaching: a survey of hospital patients. *BMC Medical Education* 2020; 20: p. 142 <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02052-1>.
51. Brault I, Vanier C, Dumez V, Towle A, Godolphin W, Pittenger AL, Conway J, VonBank JR, Collins L. Partnering with patients in interprofessional education in Canada and the USA: challenges and strategies. En: D. Forman, M. Jones, J. Thistlethwaite (Eds) *Leading Research and Evaluation in Interprofessional Education and Collaborative Practice*. 2016 Palgrave, MacMillan: p.329-353.

52. Myron R, French C, Sullivan P, Sathyamoorthy G, Barlow J y Pomeroy L. *Professionals learning together with patients: An exploratory study of a collaborative learning fellowship programme for healthcare improvement. Journal of Interprofessional Care* 2017; <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1392935>
53. Hylin U, Lonka K y Ponzer K. *Students' approaches to learning in clinical interprofessional context. Medical Teacher* • April 2011 DOI: 10.3109/0142159X.2011.557410
• Source: PubMed
54. Havyer R, Nelson D, Wingo M, Comfere N, Halvorsen A, Mc Donald F y Reed D. *Addressing the Interprofessional collaboration competencies of the Association of American Colleges: A systematic review of assessment instruments in undergraduate medical education. Academic Medicine.* 2016;91 (6): p-865-888.
55. Iqbal M, Velan G, O' Sullivan A y Balasooriya Ch. *Differential impact of student behaviors on group interaction and collaborative learning: medical students' and tutors' perspectives. BMC Medical Education* 2016; 16: p.217. DOI 10.1186/s12909-016-0730-1
56. Turbutt A. *A Mentoring Framework for Queensland Continence Clinicians and those with a special interest in continence Home and Community Care/Medical Aids Subsidy Scheme (HACC/MASS) Continence Project 2011. Content for this framework document has been sourced from: Acting Nurse Educator 2004, Division of Oncology/Centre for Clinical Nursing, Royal Brisbane and Women's Hospital Health Service District Queensland Health Mentoring Framework for Nurses.*
57. Mc Kinley M. *Mentoring Matters: Creating, Connecting, Empowering. American Association of Critical Care Nurses* 2004; 15 (2): p. 205-214.
58. Burgess A, van Diggele C y Mellis C. *Mentorship in the health professions: a review. The Clinical Teacher* 2018; 15 (3): p.197-202.
59. Guerra-Martín MD y Borralló A. *Tutoría y rendimiento académico desde la perspectiva de estudiantes y profesores de las ciencias de la salud. Una revisión sistemática. Educ.Med* 2018; 19 (5): p. 301-308.

60. Bleakley A. y Bligh J. Students Learning from Patients: Let's Get Real in Medical Education *Advances in Health Sciences Education*. 2008; 13: p. 89–107. DOI 10.1007/s10459-006-9028-0.

61. Kline C, So Eyun P, Godolphin W y Towle A. *Academic Medicine* 2020; 95 (10): p. 1578-1586. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003561.

62. Camacho R, García Flores Y, Calvo G, Carrasco L y Gómez AL La mentoría clínica en el desarrollo competencial de los profesionales de Enfermería: la visión desde el Reino Unido. *Index Enferm* 2011; 20 (1-2): p.101-105. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100021>.

63. Hilton S R y Southgate L. Professionalism in medical education. *Teaching and teacher Education*, 2007; 23: p.265-279. DOI: 10.1016/j.tate.2006.12.024 •

*Id vestibulum leo sodales hac ullamcorper volut-
pat dis parturient tortor inceptos etiam tristique,
duis nisi iaculis litora nullam dignissim dapibus
sollicitudin nec porttitor. Mollis dignissim aenean
nibh tristique odio habitasse enim, conubia mi
himenaeos congue ultrices natoque pellentesque vi-
vamus, pharetra sagittis inceptos curabitur mus.
Sit amet consectetur adipiscing elit, augue frin-
gilla rutrum class faucibus vitae, inceptos nunc
erat. Sed ut perspiciatis unde omnis iste natus a odio
sodales accumsan ligula neque sapien, nibh dis
penatibus lobortis platea cum ut, vitae enim
litora ante conubia dictumst. Fringilla fermentum
posuere taciti leo cursus ad laoreet, integer hac
lacinia imperdiet faucibus tempus quisque, curae
egestas rhoncus sociosqu dictum dapibus. (Dic-
tumst eget nam semper nisi lobortis duis ullam-
corper in, magnis velit molestie lectus suscipit
posuere sociosqu natoque ante, rutrum lacus pul-
vinar potenti dapibus platea felis.*

"Existe una gran incomprensión respecto a la realidad de muchas enfermedades, que podría aliviarse simplemente escuchando la experiencia de quienes la padecen".

Dr. Oliver Wolf Sacks (Neurólogo 1933-2015)