

LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA LA EFECTIVIDAD DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA EN SITUACIONES QUIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA

AUTORES: Greccy Castro Miranda¹

Litzán Fidel Escalona Velázquez ²

Manuel Antonio Mulet González ³

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: greccycm@ult.edu.cu;
greccycm@nauta.cu

Fecha de recepción: 12-10-2020

Fecha de aceptación: 13-11-2020

RESUMEN

Se presenta una sistematización teórica acerca de la comunicación asertiva médico-paciente-familia. El diagnóstico reveló las insuficiencias existentes en el uso de la comunicación asertiva en la relación médico-paciente-familia en situaciones quirúrgicas pediátricas. Se planteó como problema científico: insuficiencia en la comunicación asertiva médico-paciente-familia para una adecuada orientación educativa en el diagnóstico, seguimiento, recuperación y rehabilitación del paciente. El objetivo propuesto es la elaboración de acciones de orientación educativa para la efectividad de la comunicación asertiva en la relación médico-paciente-familia en situaciones quirúrgicas, las cuales tienen como característica fundamental, la sistematización de los contenidos, vías y formas inherentes a la preparación de los médicos residentes en el uso de la comunicación asertiva en la relación médico-paciente-familia en situaciones quirúrgicas. La significación práctica consiste en perfeccionar la formación del profesional de la salud en el Hospital Pediátrico de Las Tunas (médicos cirujanos pediatras) para enfrentar; en situaciones quirúrgicas pediátricas; su función orientadora mediante acciones dirigidas a elevar la efectividad de la comunicación asertiva médico-paciente-familia. La novedad radica en concebir la orientación educativa como función del médico pediatra en situaciones quirúrgicas y la comunicación asertiva médico-paciente-familia como medio para lograr una labor profiláctica efectiva tanto en pacientes como en sus familiares como parte de la recuperación psicológica y física del paciente en un proceso vivencial integral en el contexto hospitalario. Se utilizaron métodos de investigación de nivel teórico como histórico-lógico, analítico-sintético, inductivo-deductivo, modelación. Los métodos de nivel empírico utilizados

¹ Máster en Psicopedagogía. Licenciada en Biología, Profesora Auxiliar de Psicología del Desarrollo y Coordinadora de la Carrera Pedagogía-Psicología, Departamento de Pedagogía-Psicología de la Universidad de Las Tunas, Cuba.

² Máster en Orientación Educativa. Cirujano Pediatra. Hospital Pediátrico Provincial de Las Tunas, Cuba.

³ Doctor en Ciencias Pedagógicas. Departamento Pedagogía-Psicología, Universidad de Las Tunas, Cuba.

fueron la observación, encuesta, entrevista, la experiencia pedagógica vivencial, entre otros.

PALABRAS CLAVE: orientación educativa; comunicación asertiva; relación médico-paciente-familia.

THE EDUCATIONAL ORIENTATION FOR THE EFFECTIVENESS OF THE ASSERTIVE MEDICAL PATIENT COMMUNICATION FAMILY IN SURGICAL PEDIATRIC SITUATIONS

ABSTRACT

The family encounters a theoretic systematization about the assertive medical patient communication. The diagnosis revealed the existent insufficiencies in the use of the assertive communication in the medical patient relation family in surgical pediatric situations. It came into question like scientific problem: Insufficiency in the assertive medical patient communication family for an adequate educational orientation in the diagnosis, tracking, recuperation and rehabilitation of the patient. The proposed objective is the elaboration of actions of educational orientation for the effectiveness of the assertive communication in the medical patient relation family in surgical situations, which have like fundamental characteristic, the systematization of the contentses, roads and inherent forms to the preparation of the house physicians in the use of the assertive communication in the medical patient relation family in surgical situations. The practical significance involves making perfect the formation of the health-care professional at the Pediatric Hospital of The Las Tunas (doctors surgeons pediatricians) to confront; In surgical pediatric situations; His guiding intervening show actions addressed to raising the effectiveness of the assertive medical patient communication family. The new thing consists in conceiving the educational orientation like show of the doctor pediatric in surgical situations and the assertive medical patient communication family like means to achieve a prophylactic effective work so much in patients like in his relatives as part of the psychological recuperation and physics of the patient in a process acquired through experience in life integral in the hospitable context. They utilized fact-finding methods of theoretic level like historic logician, analytical synthetic, inductive deductive, modelation. The methods of empiric level utilized were the observation, opinion poll, interview, the pedagogic experience acquired through experience in life, between other ones.

KEYWORDS

Educational orientation; assertive communication; medical patient relation family.

INTRODUCCIÓN

La comunicación asertiva médico-paciente-familia demanda crecientes retos e introduce cambios en la actividad profesional, en la cual la orientación educativa ocupa un lugar importante en el desempeño del médico, para ser

efectivo en las relaciones que establece con los sujetos que necesitan su servicio profesional.

Los médicos son profesionales que establecen numerosas relaciones interpersonales con la población, ello incluye a todos los miembros de la comunidad del área de salud en la que radica. En esta relación es imperante lograr una adecuada relación médico-paciente-familia y alcanzar una efectiva comunicación que apunte al bienestar deseado por el paciente y la familia.

Medular trascendencia adquiere este asunto cuando se trata de niños enfermos, donde la sensibilidad y el amor deben ser premisas fundamentales en el trabajo del profesional de la medicina, por un lado, y por el otro, el respeto, comprensión y empatía que deben primar en situaciones de conflictos que pudieran darse con los familiares.

Es de gran importancia la comunicación entre el médico cirujano, el paciente quirúrgico y la familia, sobre todo en la asistencia pediátrica, donde se atienden niños desde la etapa neonatal hasta la adolescencia aproximadamente los 18 años, por lo que hay que resaltar también el papel primordial que desempeña la familia para llegar al diagnóstico y tratamiento adecuado.

Durante la relación médico-paciente-familia en pediatría ocurre un hecho excepcional ya que la madre no solo es el acompañante del niño, sino que es de gran importancia lo referido por ella en el interrogatorio, así como lo encontrado en el examen físico que se le realiza al paciente.

En el plano individual la comunicación desempeña un papel diferente en cada etapa del desarrollo ontogenético del individuo. En el plano personal incluye la planificación y desarrollo de actividades conjuntas, la transmisión y aceptación de normas, la satisfacción de necesidades, entre otros elementos. En el plano social se concibe como fenómeno subjetivo y extraindividual a la vez. (Ortiz, 1997, pp. 15-29)

Cuando se trata de niños de muy corta edad, la relación que se establece con el niño es del tipo activo-pasiva; mientras que con la madre puede establecerse una relación de cooperación guiada, o incluso de participación mutua según sea el caso.

A medida que el niño alcanza más edad, la relación del médico con él va adquiriendo mayor relevancia y en los pacientes preadolescentes y adolescentes que aún se tratan en los servicios de pediatría, toma formas similares a la que se tiene con paciente adulto.

El paciente adolescente y preadolescente tiene el derecho de recibir toda la información de lo que se planea hacer con él y por qué, de que sean aclaradas sus dudas y escuchadas sus preocupaciones y siempre tener en cuenta su criterio para realizar cualquier proceder diagnóstico o terapéutico.

El examen físico debe ser realizado ante la presencia de la madre y en compañía de la enfermera; mientras que en el interrogatorio es frecuente que sea útil, además de la entrevista a los dos juntos, sostener una entrevista con

cada uno por separado. En estas edades finales de la pediatría en ocasiones nos enfrentamos a dilemas éticos. Desde el punto de vista legal, la madre es poseedora de la patria potestad y tiene derecho a toda la información relacionada con su hijo.

Todo paciente, independientemente de la edad, tiene derecho a que se respete su intimidad y puede estar dando información al médico sobre aspectos no relacionados directamente con la enfermedad, sin olvidar la ética profesional, y sin violentar el derecho de este paciente a escoger cuál es el momento más apropiado para hablar con sus padres de estos temas.

En países en vías de desarrollo no es raro encontrarse con que este adolescente no solo ya tiene el desarrollo total de su cerebro, sino que además tiene un nivel de escolaridad superior al de sus padres y está libre de serios prejuicios que sus padres aún mantienen. A veces se hace evidente que entiende mejor el plan prescrito, que tiene una mejor comprensión de la enfermedad que padece, está más motivado y es más capaz de mantener una relación de participación mutua ¿Cómo es posible en estos casos, no aplicar el consentimiento informado y negarle de forma absoluta sus derechos de autonomía como paciente?

El deber del médico, en estos casos, es convencer a los dos, motivar a los dos y respetar las opiniones de los dos. Preocuparse por resolver estos aspectos con uno solo de ellos, no solo resulta absurdo y complicará seriamente la relación, sino que, además, es poco ético.

A medida que la edad del niño es menor, la balanza se va inclinando cada vez más a favor de la importancia de la relación con la madre. Se deben reconocer además los aspectos que hemos analizado anteriormente: el niño debe ser escuchado, la relación afectiva con el médico debe ser lograda y debe explicársele de acuerdo con su edad para obtener su cooperación.

Es necesario conocer sus temores ante la enfermedad, ante los exámenes complementarios y ante el tratamiento indicado, y es parte de nuestra profesión aliviar y disminuir esos temores. Un niño aterrorizado ante lo que se le va a exigir hacer, en la mayor parte de los casos terminará conmoviendo a sus padres y al comenzar a ver la mejoría, con mucha frecuencia, suspenderán el tratamiento antes de lo que habíamos indicado.

El Cirujano Pediatra con su experiencia, debe adelantarse y prever lo que va a suceder en esa casa, sobre todo cuando se ha preocupado durante el interrogatorio y la observación de las características particulares de ese niño, de su madre y/o familiares, de ahí la importancia de dotar a los profesionales de la salud, a través del propio proceso docente-educativo en que se forman, de las herramientas necesarias y suficientes que les posibiliten el adecuado desempeño en su profesión.

A pesar de las múltiples investigaciones realizadas sobre el tema, la experiencia acumulada en la práctica profesional, los avances alcanzados en la actividad profesional del médico pediatra, el intercambio con otros profesionales del

sector, y los instrumentos aplicados en la investigación se acotaron las siguientes insuficiencias:

Falta una concepción práctico-metodológica precisa que concrete la sistematización del desarrollo de la comunicación asertiva para el ejercicio de la orientación educativa en el profesional de la medicina.

Se desaprovechan las situaciones del desempeño profesional, para el desarrollo de la comunicación asertiva en el profesional médico pediatra.

Carencias en la comunicación asertiva médico-paciente-familia.

Descontrol de emociones en la relación médico-paciente-familia que se manifiestan en tonos agresivos de comunicación.

Incomprensiones interpersonales que imposibilitan la adecuada comunicación, orientación, participación y control en los procesos del accionar quirúrgico.

Las insuficiencias descritas permiten identificar la manifestación de la contradicción dada entre las exigencias actuales de la orientación educativa en la efectividad de la comunicación asertiva médico-paciente-familia en situaciones quirúrgicas, y la insuficiente comunicación asertiva médico-paciente-familia, como elemento esencial al ejercer diagnóstico y actuar en el logro de la rehabilitación del paciente.

Las insuficiencias referidas impiden en los cirujanos pediatras, la efectividad de la comunicación asertiva como parte de su función orientadora en los distintos contextos de actuación profesional.

El desarrollo de la comunicación asertiva en el cirujano pediatra potencia su profesionalización, permite el aprovechamiento de lo afectivo-motivacional-vivencial en familiares y pacientes, y promueve sentimientos, emociones y estados de ánimo favorables que contribuyan al logro de la rehabilitación del paciente para que esta sea más completa.

Las manifestaciones planteadas anteriormente, condujeron a determinar como problema la insuficiencia en la comunicación asertiva médico-paciente-familia para una adecuada orientación educativa en el diagnóstico, seguimiento, recuperación y rehabilitación del paciente.

El objetivo se concreta en acciones de orientación educativa para la efectividad de la comunicación asertiva médico-paciente-familia en situaciones quirúrgicas pediátricas.

DESARROLLO

A partir del estudio realizado sobre la orientación educativa y su relación con la educación y la formación se considera básico tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La concepción actual de orientación integral viene a sustituir el esquema tradicional y reduccionista que limita la orientación a un servicio exclusivo para los sujetos con problemas, basado en la relación

interpersonal clínica, o su reducción al servicio de información profesional.

- Hoy, el contexto del alumno es tomado en consideración y trasciende el ámbito escolar. La orientación se concibe como un conjunto de actividades preventivas, de desarrollo y atención a los sujetos en formación que integra a los agentes educativos (padres, familia y comunidad).
- La orientación exige la definición permanente de estrategias y programas de intervención dirigido a atender las necesidades de los alumnos.
- La orientación no es solo competencia de especialistas sino de todos los agentes educativos, jugando un rol protagónico el profesor tutor, como agente promotor de cambios.
- La orientación tiene que ser vista como un proceso integrado al currículo, de carácter permanente a lo largo de toda la vida, en el contexto tanto formal como informal, donde actúe el individuo e intervengan activamente los agentes educativos.

A partir de estas consideraciones se concibe la orientación como un proceso interdisciplinario y transdisciplinario sustentado en los principios de intervención, preventiva, de desarrollo y atención a la diversidad del alumno, cuyos agentes educativos (orientadores, padres, docentes-tutores, familia y comunidad) asumen la función de facilitar y promover su desarrollo integral para que se constituyan en seres transformadores de sí mismo y de su entorno.

A pesar de la variedad de criterios analizados acerca de la orientación educativa, se declaran como elementos coincidentes en las definiciones y posiciones sobre este proceso, los siguientes aspectos sistematizados por Pérez, (2007):

- Constituye una orientación psicológica con fines educativos, lo cual la ubica en el límite entre la Psicología Educativa y la Pedagogía.
- Se considera un proceso de ayuda, en consecuencia con la teoría Vigostkiana del desarrollo histórico cultural, como una relación profesional intersubjetiva.
- Contribuye al logro de los fines de la educación: la formación integral de la personalidad.
- Condición o medio básico para el desarrollo psíquico, con la distinción de que para algunos no se entiende la formación de la personalidad como parte y fin del desarrollo del psiquismo humano.
- Se reconoce como un proceso que se desarrolla mediante el empleo de métodos y técnicas, para algunos y para otros, mediante instrumentos de orientación. En algunos casos se mezclan con las llamadas técnicas participativas, otros extrapolan la aplicación de técnicas de producción

psicodramática, con técnicas de trabajo grupal y de intervención psicológica individual.

La concepción de la orientación que se asume se sustenta en los principios y categorías del Enfoque Histórico Cultural. Se parte del principio de que cada individuo se forma y se desarrolla y está en constante cambio y transformación. Los procesos de cambio ocurren en su interacción con lo que le rodea, en una relación de interdependencia, en la que cada uno va logrando niveles cada vez más altos de autonomía y autodeterminación, a partir de las ayudas que solicita y recibe de los demás, en situaciones de intersubjetividad y cooperación.

En los procesos de orientación se propicia el crecimiento personal del sujeto. Aunque se ofrezca asistencia en determinadas áreas de la vida o de su personalidad, ésta se concibe como una organización sistémica de contenidos y funciones que regulan y autorregulan el comportamiento del sujeto y que manifiestan una estabilidad relativa (González y Mitjans, 1999); Fernández y García, 2004) y, desde este modo de entenderla, se ejercen las influencias educativas en cada aspecto, en función de lograr, en última instancia y como objetivo esencial, su desarrollo integral.

Los conceptos de: nivel de desarrollo actual, zona de desarrollo próximo, situación social del desarrollo, mediación y evaluación dinámica son esenciales en esta mirada a la orientación educativa. Estos conceptos del Enfoque Histórico-Cultural resultan básicos para la concepción del trabajo de orientación educativa en la preparación de los cirujanos pediatras.

Acciones de orientación educativas

Las acciones orientadoras que se diseñan revelan el valor de la orientación educativa en la formación de los residentes de cirugía pediátrica y la necesidad de que estas se concreten desde el rol de este profesional.

En la elaboración de las acciones se parte de asumir el proceso investigativo, como un proceso de acercamiento progresivo a la realidad para su transformación. En tal sentido, las acciones que se diseñan poseen un carácter contextual, al responder a las condiciones del contexto hospitalario y partir de las características específicas de los residentes.

Las acciones se proyectan a partir de los referentes de Bermúdez y Rodríguez, (2003) sobre la base de dos aparatos: el afectivo volitivo y el cognitivo instrumental, aplicable al campo de la enseñanza, el aprendizaje y la investigación.

Las acciones de orientación en el proceso de enseñanza- aprendizaje de los residentes se realizan de modo que se dinamice, desde la participación, la implicación personal de los residentes en el propio proceso de su formación, al intervenir en la identificación de los principales problemas que se presentan, así como la atención y valoración de dichos problemas desde las potencialidades de cada uno de los residentes.

En este sentido, la situación de orientación se desarrolla mediante el empleo de instrumentos y técnicas de orientación, de manera tal que los resultados que se obtengan con su empleo conduzcan a niveles superiores que indiquen la satisfacción de las necesidades de aprendizaje de los residentes. La secuencia de las acciones de orientación del orientador, apoyado en los instrumentos y técnicas, determina el carácter procesal de la orientación en el proceso de enseñanza aprendizaje de los residentes, y solo con la secuencia de esas acciones es que se logra que la orientación fluya en el proceso.

Las acciones de orientación educativa tienen como propósito contribuir al desarrollo de la comunicación asertiva en los Residentes de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas, pretendiendo elevar la calidad de las consultas y/o el proceso de relación médico-paciente-familia.

Estructura de las acciones.

1. Título: es el que enuncia lo que se estará abordando.
2. Objetivo: meta o propósito con el que se concibe el taller.
3. Participantes: integrantes de cada sesión.
4. Metodología: donde se describen los momentos, la metodología que se sigue en las acciones, y cada paso que se estará realizando.
5. Evaluación: momento que sirve como un proceso de retroalimentación sobre lo abordado, se comprueba la consecución del objetivo propuesta de cada acción, se enuncian las debilidades y potencialidades y se dan las conclusiones.

Los temas serán desarrollados a través de la creación de un espacio participativo y de colaboración, abierto y de confianza que permita la reflexión, el análisis, la argumentación, así como la confrontación de saberes, experiencias con relación a la práctica educativa de forma que promueva el crecimiento personal, y desarrollo de las funciones de la comunicación.

A continuación, se ejemplifican 3 de las acciones realizadas.

ACCIÓN 1

TÍTULO: Primera sesión.

OBJETIVO: presentar a los participantes, el conocimiento de sus expectativas y la elaboración del encuadre.

PARTICIPANTES: Residentes de Cirugía Pediátrica y coordinador.

METODOLOGÍA: la primera sesión o encuadre consiste en la presentación de los participantes, el conocimiento de sus expectativas y la elaboración del encuadre.

La presentación es un momento muy importante, ya que posibilita el conocimiento de cada una de las personas que participarán en las acciones de orientación educativa, para ello se propone la realización de la técnica de

presentación titulada “Presentación sin palabras”, esta técnica se desarrolla de la siguiente manera:

La persona que coordina la acción de orientación educativa pide que cada cual se presente sin pronunciar palabra alguna. Debe expresar además cuáles son sus expectativas con relación a las acciones de orientación educativa y solo ha de valerse de su cuerpo, de sonidos u objetos que se encuentren en el salón, pero sin pronunciar una palabra. Cuenta con cinco minutos. Después de la presentación el grupo manifiesta su interpretación.

Es importante que en esta primera sesión se valoren las expectativas de los participantes, aspectos como qué esperan obtener de las acciones de orientación educativa, hasta dónde desean llegar, qué conocen o qué experiencias grupales anteriores han tenido.

El encuadre deberá contener:

- a) Elaboración del objetivo que se propone alcanzar.
- b) Definición de la temática en la que el grupo trabajará.
- c) Precisar la metodología del trabajo.
- d) Puntualizar los instrumentos y recursos con los que el grupo cuenta para trabajar.
- e) Precisar las funciones y responsabilidades del facilitador, de los registradores y de los miembros del grupo.
- f) Elaboración de las normas del trabajo en el grupo.
- g) Puntualizar el número de sesiones efectivas de trabajo, el tiempo de duración de las sesiones y el horario.
- h) Precisar los controles de funcionamiento del grupo.

La primera sesión deberá concluir con alguna técnica de cierre, que recoja las vivencias u opiniones que ha provocado la sesión en los miembros del grupo.

ACCIÓN 2

TÍTULO: La comunicación asertiva, una herramienta eficaz.

OBJETIVO: Valorar los fundamentos teóricos de la comunicación asertiva y su influencia en la relación médico-paciente-familia.

PARTICIPANTES: Residentes de Cirugía Pediátrica.

METODOLOGÍA: organizar a los Residentes de Cirugía Pediátrica en dos grupos, se debe hacer al azar y no por afinidad. Se les entregará a los participantes un juego de tarjetas. Estas tarjetas contendrán temas desarrollados relacionados con la información a trabajar, como:

- Definición de comunicación asertiva por varios autores para señalar semejanzas, diferencias, arribar a conclusiones y elaborar su propia definición contextualizada a la realidad de la profesión médica.

- Factores que inciden en la falta de asertividad en la relación médico-paciente-familia.
- Características del comportamiento asertivo y su contribución a la efectividad de las relaciones interpersonales intra hospitalarias médico-paciente-familia.

Se les dará un tiempo de preparación y se les orientará que cada equipo será ponente del trabajo desarrollado y oponente de lo que dirá el equipo contrario, de manera que se profundice en los aspectos tratados. Siempre que se exponga se hará a partir de las vivencias de los miembros de los equipos, el debate se guiará acorde con las necesidades del grupo en su actuar diario como médicos cirujanos pediatra, de este modo la actividad permitirá que se aborden los temas que necesitan ser ampliados o aclarados.

Se les orientará la bibliografía que necesitarán para el próximo encuentro y los aspectos importantes que deben consultar en ella, de manera que se auto preparen y se asegure el nivel de partida de la próxima acción educativa.

EVALUACIÓN: se realiza un proceso de evaluación continua y sistemática donde se valoren los avances que van demostrando los residentes, se tendrá en cuenta si ha habido retrocesos o estancamientos ocurridos en el proceso de realización de la acción educativa. Se realizará la autoevaluación, la coevaluación y la heteroevaluación.

ACCIÓN 6

TÍTULO: Aprendiendo técnicas facilitadoras de la comunicación asertiva.

OBJETIVO: aplicar técnicas facilitadoras de la comunicación asertiva fortalecedoras de la relación médico-paciente-familia en Cirugía Pediátrica.

PARTICIPANTES: Residentes de Cirugía Pediátrica y coordinador.

METODOLOGÍA: la sesión de trabajo se dedicará a aplicar técnicas facilitadoras de la comunicación asertiva en la relación médico-paciente-familia en Cirugía Pediátrica.

Para aplicar las técnicas es necesario tener en cuenta los siguientes pasos:

1- El coordinador debe referirse a las siguientes cuestiones:

- ¿Cuál es el objetivo alcanzar?
- ¿Qué tema va a tratar?
- ¿Con quiénes va trabajar?

2- Se escogerán las técnicas más convenientes para lograr los objetivos propuestos en correspondencia con las características del grupo de participantes. Precisar el momento en que serán aplicadas.

Las técnicas de comunicación asertiva persiguen el objetivo de que los participantes en las dinámicas valoren la importancia de este proceso para las relaciones directas médico-paciente y su familia. Estas técnicas dan elementos

básicos para entrar a discutir y reflexionar sobre cómo se utiliza la comunicación asertiva, qué consecuencias revisten las dificultades en su decursar, cómo lograr unidad de criterios, cómo manejarla en sentido general, entre otros propósitos que se plantee el coordinador. Pueden ser utilizadas en aquellos grupos de residentes que presentan dificultades en esta área.

Se utilizará como bibliografía básica los libros: *Dinámica de grupo en Educación: Su facilitación*, de Bermúdez (2002) y un colectivo de autores y el libro *Técnicas Participativas de la Colección Educación Popular del Mundo* (2017), tomo 29, de la compiladora María de la Caridad Inerarity Rojas.

Se sugieren aplicar las siguientes técnicas Del libro *Dinámica de grupo en Educación: Su facilitación* (2002), página 75 a la 84:

- Yo lo miro así, con el objetivo de analizar los elementos subjetivos de la comunicación, de ejercitar la descripción y analizar las consecuencias de la comunicación parcelada en la relación médico-paciente-familia.
- Remover obstáculos, con el objetivo de ubicar los problemas de la comunicación asertiva dentro del grupo de residentes, o sea, que el grupo de residentes interiorice sus problemas comunicativos asertivos, permite hacer una adecuada visualización de la comunicación asertiva limitaciones y potencialidades, al ver con qué características se cuenta y qué dificultades aún prevalecen.
- Rompecabezas, con el objetivo de analizar los elementos básicos de la comunicación asertiva en la relación médico-paciente-familia, el aporte personal y la actitud de colaboración en dicha relación.

Se sugiere aplicar las siguientes técnicas Del libro *Técnicas Participativas de la Colección Educación Popular del Mundo* (2017), tomo 29, página 46 a la 49:

- ¿Quién gana un juego de béisbol?, con el objetivo de desarrollar habilidades asertivas para elaborar preguntas en la entrevista diagnóstica del médico a familiares y pacientes.
- Vamos a hablarnos, con el objetivo de visualizar la utilidad de la comunicación asertiva en el diálogo interpersonal.
- El rumor, con el objetivo de identificar las distorsiones que pueden afectar la comprensión correcta de un mensaje en el proceso de comunicación.
- Cambio de lenguaje, con el objetivo de explorar las riquezas de los lenguajes y recursos de la comunicación asertiva para compartir con efectividad una información.

A continuación, se explicita de forma íntegra una de las técnicas aplicadas.

Técnica: “Hecho, opinión, rumor”

Objetivos:

- Identificar las características distintivas entre un hecho, una opinión y un rumor y sus consecuencias en la relación médico-paciente-familia.
- Valorar cómo se utilizan estos términos en la comunicación de manera que propicie la asertividad en la labor profesional de los cirujanos pediatras.

Desarrollo: en la introducción el equipo de coordinación ofrece una charla sobre tipos de información y presenta la siguiente clasificación: “hecho”: una verdad específica enmarcada en un tiempo y espacio; “opinión”: el punto de vista subjetivo de una persona (médico y/o paciente) o un grupo de personas (equipo médico y/o familiares), y “rumor”: información sin sustento proveniente de una fuente no identificada.

A continuación, se leerá un texto o situación pedagógica (informe médico, diagnóstico o evolución de un caso ficticio) y se solicitará al grupo de residentes evaluar cada frase a partir de la posibilidad de que constituya un “hecho”, una “opinión” o un “rumor”. Se analizará la evaluación dada por cada participante y la forma en que comunicó su evaluación, se verán elementos como pasividad, agresividad o asertividad en la forma de comunicar su evaluación.

Al concluir la técnica, se compartirán en plenario las dificultades para su realización, así como los aciertos y desaciertos en el proceso de comunicación asertiva de los participantes.

EVALUACIÓN: se realizará de forma oral, evaluando ideas completas, fluidez, expresividad, coherencia y dominio de las técnicas y de su importancia en la preparación del profesional de la medicina para poseer comunicación asertiva. Se hará a partir del análisis de la siguiente interrogante: ¿Es la comunicación asertiva una herramienta necesaria en la médico-paciente-familia? Argumente a partir de lo aprendido en esta acción educativa.

ACCIÓN 10

TÍTULO: Qué gané y qué perdí, mi perspectiva sobre lo aprendido.

OBJETIVO: evaluar los niveles de satisfacción grupal sobre lo realizado.

PARTICIPANTES: Residentes de Cirugía Pediátrica.

METODOLOGÍA: se reúne el grupo de trabajo para la sesión final. El coordinador pide a los participantes que expresen su evaluación de lo realizado en las acciones de orientación educativa con una palabra o frase corta y se van anotando en la pizarra.

Posteriormente se agrupan según los criterios siguientes:

Indicadores de progreso: palabras que elogien las acciones de orientación educativa realizadas (buena, valiosa, feliz, brillante).

Indicadores de resistencia: palabras que representan la resistencia natural al cambio (complejo, difícil, imposible, complicado, duro).

Indicadores de ansiedad: palabras que representan estados de ánimo (ansioso, agotado, sueño).

Indicadores de elaboración: palabras que muestran los contenidos trabajados (comunicación, asertividad, diálogo, intercambio, interacción, agresividad, pasividad).

Aspecto importante a tener en cuenta: las experiencias de trabajo en grupos han mostrado que la curva normal debe seguir el siguiente comportamiento: en las primeras sesiones, tendencia al progreso. En las sesiones intermedias, ansiedad, resistencia, elaboración, con predominio en la elaboración. Hacia el final un poco más de resistencia. El cierre queda en progreso o mueve mucha ansiedad.

Si se logra esta curva, se supone que el proceso grupal se ha vivido más o menos normalmente. No es conveniente que el grupo se muestre siempre en progreso pues esto evidencia deficiente asimilación de los conocimientos, pues todo proceso de aprendizaje debe desbordar ansiedades y resistencia al cambio.

Una vez analizados los criterios se propone que se elabore una matriz donde se coloquen verticalmente los siguientes aspectos:

- Cumplimiento de los objetivos.
- Convocatoria y participación.
- Diseño y conducción.
- Contenidos.
- Logística.
- Otros.

En el plano horizontal se ofrece una escala de puntuación para evaluar. Puede ser numérica del 1 al 10 o cualitativa (excelente, bueno, regular, mal).

EVALUACIÓN: se propone hacer la evaluación final utilizando la técnica de las tres sillas, cada silla significa, “cómo llegué”, “cómo me sentí durante las sesiones de trabajo” y “cómo me voy”.

CONCLUSIONES

La comunicación asertiva se ha desarrollado teórica y metodológicamente, sin embargo, no ha logrado el nivel de concreción y eficacia que necesita el profesional de la medicina, específicamente el cirujano pediatra para cumplir con su rol profesional en la relación efectiva médico-paciente-familia.

El diagnóstico inicial realizado reflejó que en la formación inicial del residente en cirugía pediátrica son insuficientes los conocimientos de los contenidos de comunicación asertiva y, como consecuencia de esto, se evidencia un modo de actuación de estos profesionales que no se corresponde con el que se exige en el modelo de este profesional.

Las acciones de orientación educativa desarrolladas, constituyen una vía para sistematizar las habilidades inherentes a la comunicación asertiva en la relación médico-paciente-familia a partir de la integración de los conocimientos adquiridos por los residentes lo que favorece el desarrollo de actitudes y valores que se correspondan con su modo de actuación profesional.

La valoración de las acciones de orientación educativa, permitió corroborar la pertinencia y factibilidad de la propuesta, en aras de lograr la formación de un profesional con sólido dominio de la comunicación asertiva para aplicarlos en la solución de problemas profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bermúdez, M. R. Pérez, L. (2003). *Aprendizaje formativo y crecimiento personal*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

_____. (2002). *Dinámica de grupo en educación: su facilitación*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.

Fernández, B. y García, J. (2004). *Tecnología Educativa, ¿solo recursos técnicos?* En *Didáctica: teoría y práctica*. Compilado por Addine, F. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

García, A. (2001). *Programa de orientación familiar para la educación de la sexualidad de adolescentes*. Tesis presentada en opción al grado de doctor en Ciencias Pedagógicas. Holguín.

González, F. y Mitjans M. A. (1999). *La personalidad. Su educación y desarrollo*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Inerarity, M. C. (2017). *Técnicas participativas*. Colección Educación Popular del Mundo. La Habana: Editorial Caminos.

Ortiz, E. (1997). *¿Cómo desarrollar la competencia comunicativa del maestro?* Curso Pre - Congreso Pedagogía 97. La Habana.

Pérez, R. (2007). *Concepción de la Orientación Educativa para el aprendizaje de convivencia comunitaria en Secundaria Básica*. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Holguín.