

Marzo-Abril 2019 - número 2

- Perspectivas de los alumnos de audiología en la implementación y el aprendizaje de la comunicación clínica: una entrevista cualitativa y un estudio de reflexión basada en vídeo, por Samantha Tai, Robyn Woodward-Kron y Caitlin Barr.- ¿Sus pacientes le oyen realmente?, por Jillian Kornak.

Perspectivas de los alumnos de audiología en la implementación y el aprendizaje de la comunicación clínica: una entrevista cualitativa y un estudio de reflexión basada en vídeo

Samantha Tai y Caitlin Barr

The Hearing Cooperative Research Center, Carlton, Victoria, Australia, y Departamento de Audiología y Logopedia, The University of Melbourne, Victoria, Australia.

Robyn Woodward-Kron

Departamento de Formación Médica, The University of Melbourne, Victoria, Australia.

Objetivo: Una comunicación clínica eficaz es fundamental para facilitar una asistencia sanitaria de calidad. Es frecuente que los alumnos de audiología expresen que no se sienten bien preparados para asesorar a los pacientes sobre su discapacidad auditiva y, sin embargo, existen pocos estudios en los que se analice la manera en que se imparte y aprende la comunicación clínica en los programas de audiología. Por lo tanto, los objetivos del estudio fueron (a) analizar las perspectivas de los alumnos del último curso de audiología sobre sus propias habilidades de comunicación clínica durante unas prácticas en clínicas universitarias y (b) analizar sus percepciones acerca de la formación recibida en comunicación clínica.

Método: Mediante un enfoque de descripción cualitativa, se invitaba a los alumnos a que visualizaran conjuntamente su encuentro clínico grabado utilizando la reflexión basada en vídeo durante una entrevista semiestructurada sobre formación en comunicación clínica. Quince alumnos del último curso de audiología de The University of Melbourne, Australia, participaron en el estudio. Las entrevistas se grabaron en audio y se analizaron temáticamente.

Resultados: Los temas generales “el esfuerzo por centrarse en el paciente”, “la evaluación influye en el comportamiento” y “las relaciones de poder” surgieron de la reflexión de los alumnos sobre su propio encuentro clínico. Además, en el tema lo que desean los alumnos se describen los métodos de enseñanza que sirvieron de ayuda en las prácticas de comunicación clínica de los alumnos.

Conclusiones: En los hallazgos de este estudio se destacan los retos que los alumnos percibieron durante sus prácticas clínicas mientras se esforzaban por implementar una interacción centrada en el paciente. Un capítulo de evaluación que incorpore habilidades de comunicación puede facilitar mayores oportunidades de recibir feedback y realizar una autorreflexión. Además, una formación en comunicación clínica que adopte el aprendizaje experiencial y se integre longitudinalmente en el plan de estudios puede ser de gran ayuda para hacer frente a las necesidades de aprendizaje de comunicación de los alumnos.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Una comunicación clínica eficaz se reconoce como un componente esencial de la asistencia sanitaria de calidad centrada en el paciente. La asistencia centrada en el paciente se ha descrito en medicina como un enfoque holístico de la asistencia que incluye las perspectivas psicosociales del paciente, la asistencia individualizada y la igualdad en las relaciones de poder, lo que abarca otros aspectos aparte de los biomédicos (Mead y Bower, 2000). Esta definición se hace eco del modelo operativo de la asistencia centrada en el paciente de la rehabilitación audiológica de adultos, donde se establece una relación terapéutica a través de la asistencia individualizada en la que los pacientes están informados e implicados (Grenness, Hickson, Laplante-Lévesque y Davidson, 2014). A medida que se amplía el alcance de la práctica de la audiológica, la asistencia centrada en el paciente está comenzando a hacerse un hueco en la disciplina, tal como se refleja en las pautas sociales contemporáneas de la audiológica (American Speech-Language-Hearing Association, 2004; Audiology Australia, 2014; British Society of Audiology, 2016). Este desarrollo ha servido como trabajo preliminar para incorporar la formación en comunicación clínica en el plan de estudios de la audiológica (English y Weist, 2005; Millar, Harrow y Morgan, 2010).

En una serie de profesiones sanitarias, un enfoque de la comunicación centrado en el paciente es un componente fundamental de las interacciones de calidad, por ejemplo, en medicina (Von Fragstein et al., 2008), fisioterapia (Parry y Brown, 2009; Woodward-Kron et al., 2012) y enfermería (O'Hagan et al., 2014). Estas profesiones sanitarias han articulado los componentes de la comunicación centrada en el paciente que han pasado a formar parte del contenido de los planes de estudios de comunicación (de Haes y Bensing, 2009; Epstein y Street, 2007; Parry y Brown, 2009). En la rehabilitación auditiva, la comunicación centrada en el paciente se enfatiza en una serie de estudios como la base para fomentar una relación terapéutica que pueda influir en la calidad del servicio percibida por los pacientes y sus resultados de rehabilitación (Laplante-Lévesque, Hickson y Worrall, 2010; Poost-Foroosh, Jennings, Shaw, Meston y Cheesman, 2011). Los componentes clave de la comunicación centrada en el paciente se pueden delinear en el establecimiento de una relación terapéutica (Grenness et al., 2014; Grenness, Hickson, Laplante-Lévesque, Meyer y Davidson, 2015a), el intercambio de información (Grenness et al., 2014, 2015a; Poost-Foroosh, Jennings y Cheesman, 2015), la toma de decisiones compartidas (Grenness et al., 2014; Grenness, Hickson, Laplante-Lévesque, Meyer y Davidson, 2015b; Laplante-Lévesque, Hickson y Worrall, 2012; Poost-Foroosh et al., 2015; Preminger, Oxenbøll, Barnett, Jensen y Laplante-Lévesque, 2015) y el abordaje de las necesidades psicosociales de los pacientes (Ekberg, Grenness y Hickson, 2014; Grenness et al., 2015b). En los estudios mencionados se facilita un recopilatorio que puede documentar los elementos de los planes de estudios de comunicación en audiológica.

A pesar de las pruebas emergentes que respaldan la comunicación centrada en el paciente en las prácticas audiológicas, los estudios de investigación sobre la formación de comunicación clínica en los programas de audiológica son escasos, incluyendo la posible adopción de un enfoque centrado en el paciente, la calidad de la comunicación entre el alumno y el paciente, y la eficacia y el alcance de los planes de estudios de comunicación. Lo que se publica en los planes de estudios de comunicación en audiológica tiende a describir la comunicación en términos de "asesoramiento". Es decir, a diferencia de los asesores profesionales y los psicólogos, los audiólogos facilitan principalmente un asesoramiento informativo sobre la discapacidad auditiva y un asesoramiento de ajuste personal con el fin de reforzar la respuesta psicológica y emocional de los pacientes con respecto a la discapacidad auditiva (English, Rojeski y Branham, 2000; Watermeyer, Kanji y Cohen, 2012). En los programas de Doctorado en Audiológica (AuD), estos aspectos del asesoramiento son cada vez más evidentes en el plan de estudios (English y Weist, 2005). En la transición

Marzo-Abril 2019 - número 2

del máster al doctorado en Estados Unidos se observa un aumento en la enseñanza experiencial de la comunicación (Dinsmore, Bohnert y Preminger, 2013; Picou y Tharpe, 2015; Stiles, 2013). En concreto, el uso de pacientes estandarizados y simulados está comenzando a hacerse un hueco en la enseñanza de la audiología, lo que se ha considerado como un método atractivo para enseñar a los alumnos habilidades de comunicación en la literatura de formación médica (Naeve-Velguth, Christensen y Woods, 2013; Silverman, 2009). No obstante, existe una escasez de trabajos de investigación publicados sobre las experiencias y perspectivas de los alumnos en el aprendizaje y la implementación de la comunicación clínica.

De la pequeña cantidad de estudios en los que se ha evaluado la comunicación de los alumnos de audiología, todos se han realizado en programas de doctorado y, en general, se han notificado resultados positivos con respecto a la implementación de módulos específicos de comunicación clínica. Por ejemplo, en una encuesta de 29 alumnos de doctorado que participaron en un módulo simulado sobre cómo transmitir noticias adversas, más del 70% de los alumnos señaló que el módulo le había resultado beneficioso en su aprendizaje de comunicación clínica (Naeve-Velguth et al., 2013). En este trabajo de investigación se sugiere que los alumnos de audiología consideran valioso invertir en el desarrollo de su comunicación clínica, pero aporta poca información sobre la mecánica de aprendizaje de los alumnos.

A pesar de los beneficios notificados de la formación en comunicación clínica, los investigadores destacaron también que los alumnos de doctorado se sentían incómodos facilitando asesoramiento a los pacientes sobre su discapacidad auditiva (Alanazi et al., 2017; English y Zoladkiewicz, 2005). En un estudio reciente, Alanazi et al. (2017) exploraron la reflexión de los alumnos de doctorado sobre su propio desempeño en tres escenarios de casos simulados de cribado auditivo infantil y asesoramiento. Las grabaciones en vídeo de la interacción simulada se reprodujeron a los alumnos durante la entrevista informativa. El análisis cualitativo del contenido de la entrevista reveló la falta de preparación como el tema principal en el que los alumnos señalaron un déficit en el conocimiento del asesoramiento y la experiencia práctica. Las autoras especularon que se trataba de un factor que propiciaba la falta de seguridad personal y la demostración de emociones negativas de los alumnos hacia el ejercicio de la simulación (Alanazi et al., 2017). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de explorar la adecuación de la formación en comunicación clínica en los programas de audiología actuales, especialmente si el contenido y la metodología de enseñanza son adecuados a las necesidades y los objetivos de aprendizaje de los alumnos.

Las prácticas clínicas de los alumnos en clínicas auditivas representan una parte muy valiosa del aprendizaje de habilidades de comunicación clínica, si bien los estudios sobre comunicación clínica se han centrado principalmente en las intervenciones de comunicación en un entorno simulado (p. ej., Alanazi et al., 2017; Naeve-Velguth et al., 2013). Al igual que ocurre con otros tipos de formación de asistencia sanitaria, las prácticas clínicas facilitan a los alumnos una interacción directa con los pacientes y una oportunidad de poner en práctica los conocimientos teóricos y fomentar actitudes profesionales (Newton, Billett, Jolly y Ockerby, 2009; Rodger et al., 2008; Whitelaw, 2012). Se necesita un mayor enfoque en los retos que perciben los alumnos al comunicarse con los pacientes, incluida la enseñanza y el aprendizaje en prácticas clínicas supervisadas.

Las teorías formativas del aprendizaje pueden facilitar información sobre las oportunidades de aprendizaje para los alumnos en entornos clínicos y asesoramiento sobre la manera en que su contenido se puede integrar en el plan de estudios para el desarrollo de las habilidades clínicas. Entre los diversos programas

Marzo-Abril 2019 - número 2

de formación en asistencia sanitaria disponibles, la teoría constructivista del aprendizaje (Aliakbari, Parvin, Heidari y Haghani, 2015; Brandon y All, 2010), la teoría cognitiva social (Aliakbari et al., 2015; Bandura, 1986; Bastable, Gramet, Jacobs y Sopczyk, 2010) y el aprendizaje situado (Bastable et al., 2010; Rogoff, Matusov y White, 1996) son ejemplos de enfoques teóricos que tienen implicaciones en las prácticas de trabajo en un entorno clínico. Por ejemplo, el concepto de la teoría constructivista del aprendizaje se basa en que el aprendizaje debe ser un proceso activo que permite adquirir nueva información a partir del entorno en función de los conocimientos y experiencias preexistentes de los alumnos (Brandon y All, 2010; Narayan, Rodriguez, Araujo, Shaqlaih y Moss, 2013). La naturaleza multifacética del aprendizaje se destaca en los principios de la teoría cognitiva social, en la que el aprendizaje se adquiere a través de una interacción continua entre los factores propios de los alumnos, las tareas clínicas y el entorno del aprendizaje (Bandura, 1986). En el aprendizaje situado, mediante la participación de los alumnos en un entorno clínico se pueden cultivar valores y roles profesionales que son pertinentes en una comunidad específica (Kaufman y Mann, 2007; Ranmuthugala et al., 2011). Las percepciones de los alumnos de su aprendizaje en un entorno clínico pueden arrojar luz sobre sus oportunidades de recibir feedback sobre su desempeño, una autorreflexión sobre su aprendizaje y desempeño, y la disposición para un aprendizaje continuado.

De particular relevancia para el desarrollo de las habilidades de comunicación en la formación de audiología son las teorías que pueden arrojar luz sobre la mejora de las oportunidades de aprendizaje de los alumnos en el entorno clínico. La tendencia hacia la evaluación médica basada en el lugar de trabajo, por ejemplo, se originó en parte como un reconocimiento de que los supervisores rara vez observaban a los alumnos durante la práctica clínica (Norcini y Burch, 2007). La evaluación formativa es una piedra angular de la evaluación basada en el lugar de trabajo porque tiene como objetivo brindar oportunidades de feedback y reflexión, y la evaluación se puede adaptar a las necesidades del alumno (Norcini y Burch, 2007). Se han desarrollado directrices para la evaluación formativa, muchas de las cuales incorporan referencias a las habilidades de comunicación (Norcini y Burch, 2007). Además, la autorreflexión por parte del alumno puede fomentar su desarrollo. En un estudio sobre el desarrollo de los alumnos en audiología, Ng, Bartlett y Lucy (2012) señalaron que los supervisores pueden mejorar el desarrollo de los alumnos a través de la reflexión dialógica y el modelado de comportamientos deseables.

Si bien la enseñanza de habilidades de comunicación clínica aún sigue desarrollándose en la audiología, existe una gran cantidad de literatura en otras profesiones sanitarias que ofrece paralelismos en los objetivos de aprendizaje y que puede servir de base para el desarrollo futuro de la enseñanza centrada en el paciente en audiología (Tharpe, Rassi y Biswas, 1995). No obstante, es necesario realizar trabajos de investigación sobre los retos y las oportunidades en el contexto de la audiología, incluidas las oportunidades de enseñanza y feedback que ofrecen las prácticas clínicas supervisadas. Por lo tanto, los objetivos del estudio fueron (a) analizar la percepción que tenían los alumnos de audiología de sus habilidades de comunicación clínica durante unas prácticas en clínicas universitarias y (b) analizar sus perspectivas de aprender comunicación clínica en el programa de audiología.

Método

Marzo-Abril 2019 - número 2

En el estudio se utilizó un enfoque de descripción cualitativa para analizar las perspectivas que tenían los alumnos de audiolología sobre su desempeño en la comunicación clínica y sus perspectivas sobre la enseñanza de la comunicación clínica (Sandelowski y Sandelowski, 2000).

Inscripción y participantes

Se invitó a todos los alumnos de audiolología del último curso de la promoción de 2016 ($n = 31$) de The University of Melbourne (UoM), Australia, a que participasen en el estudio. La primera autora (ST) impartió una sesión informativa y folletos para describir los pormenores del estudio al comienzo de una conferencia programada, a la que acudieron unos 25 alumnos de la promoción. Los formadores clínicos supervisores ($n = 3$) y los pacientes adultos (? 18 años; $n = 18$), que tenían una consulta programada con el alumno participante, también fueron invitados por la primera autora (ST) a participar en el estudio con anterioridad al inicio de las prácticas clínicas. Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito para la grabación en vídeo. De los 18 alumnos que participaron en el estudio, tres fueron excluidos debido a la falta de consentimiento por parte del paciente, el formato de la consulta (p. ej., no consistía en una evaluación auditiva de adultos) o la cancelación del paciente con una antelación insuficiente. En el estudio participó un total de 15 alumnos (véanse en la Tabla 1 las características de los alumnos).

Marzo-Abril 2019 - número 2

Tabla 1. Características de los alumnos participantes (n = 15).

| Característica | Número de participantes (n) |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Género | |
| Mujeres | 13 |
| Hombres | 2 |
| Curso de grado | |
| Grado en ciencias | 6 |
| Grado en biomedicina | 4 |
| Grado en letras y ciencias | 1 |
| Grado en letras | 2 |
| Grado en ciencias de la salud | 1 |
| Grado en neurociencia conductual | 1 |
| Rango de edad (años) | |
| Media | 24 |
| Rango | 22-28 |
| Idioma materno (idioma hablado en el hogar) | |
| Inglés | 13 |
| Chino | 1 |
| Vietnamita | 1 |
| Grupo étnico | |
| Anglo australiano | 9 |
| Chino australiano | 2 |
| Sriankés australiano | 1 |
| Vietnamita australiano | 1 |
| Italo-irlandés australiano | 1 |
| Media de prácticas clínicas (horas) | |
| Adultos | 118,6 |
| Pediatría | 82,9 |
| Formación previa en habilidades de comunicación | |
| Relacionadas con el trabajo | 4 |
| Curso de grado | 2 |
| Ninguna | 9 |

Contexto de la enseñanza

El estudio tuvo lugar en el último semestre del programa de audiolología de los alumnos, tras haber recibido la mayoría del contenido del curso de nivel de máster y una vez realizadas más de 100 horas de prácticas clínicas con adultos. La base teórica de la asistencia centrada en el paciente se enseñó predominantemente en los temas de “Dispositivos auditivos y rehabilitación” y “Audiología clínica” a lo largo de 2 años. Durante el primer curso del programa de audiolología, la comunicación clínica se enseñó en una serie de cuatro conferencias interactivas de 3 horas, que incluían debates en grupo, análisis de vídeos y juegos de roles.

Una parte integral de la formación en audiolología reside en prácticas supervisadas en clínicas universitarias

Marzo-Abril 2019 - número 2

o acuerdos de colaboración con clínicas externas. Los programas de máster en audiolología clínica en Australia requieren que los alumnos realicen un mínimo de 250 horas de prácticas clínicas durante 2 años para obtener la cualificación de audiolología clínica (Audiology Australia, 2017). En las clínicas universitarias de enseñanza, los formadores clínicos facilitan feedback sobre el desempeño clínico de los alumnos en el programa de 2 años. Se imparten talleres internos de desarrollo profesional a los formadores clínicos, en los que se incluyen estrategias para facilitar feedback a los alumnos. Las evaluaciones clínicas formales se realizaron en el último semestre de las prácticas universitarias internas de los alumnos. Se eligió una clínica universitaria de enseñanza como entorno de investigación por dos razones: en primer lugar, se asigna un periodo de tiempo con el fin de que los alumnos dispongan de más oportunidades de trabajar de una manera independiente y, en segundo lugar, se minimiza la variabilidad en la supervisión clínica en comparación con las prácticas externas. Además, se seleccionaron las evaluaciones de audición general como el tipo de consulta para este estudio, ya que es frecuente que se atienda a nuevos pacientes en estas sesiones. La finalidad era evitar la continuidad del paciente con el formador clínico y permitir la independencia del alumno y la interacción óptima con el paciente.

Procedimiento

La recopilación de datos se realizó entre agosto y octubre de 2016 en Victoria, Australia, bajo la supervisión ética del "Subcomité de ética humana de ciencias de la conducta y sociales" de la Universidad de Melbourne (UdM, ID del Subcomité de ética: 1545971). El estudio se adhirió a los principios de la "Declaración nacional australiana de investigación sanitaria y médica relacionada con sujetos humanos". La primera autora (ST), que también era formadora clínica en la UdM, no participó en las tareas de evaluación de 2016 durante el periodo del estudio.

Una consulta de evaluación auditiva con un paciente adulto (aproximadamente de 1 hora de duración) se grabó en vídeo durante una de las prácticas clínicas universitarias de los alumnos. Basándose en la metodología descrita por Ledema y colegas (Carroll, Ledema y Kerridge, 2008; Ledema, Long, Forsyth y Lee, 2006; Ledema et al., 2009), se estableció un compromiso inicial con cada alumno participante con anterioridad a la grabación del vídeo con el fin de abordar posibles dudas y establecer una buena relación con el investigador, algo que se consideraba esencial para la reflexión basada en vídeo. En un plazo máximo de 2 semanas después de la consulta grabada, se invitaba al alumno a visualizar conjuntamente el encuentro clínico grabado con la primera autora (ST) como parte de la entrevista semiestructurada. El alumno se encargaba de dirigir la visualización en vídeo con el fin de que el debate se centrara en las áreas que más destacaba y valoraba personalmente. Mientras que los alumnos identificaban generalmente las fortalezas y las debilidades en su encuentro clínico, el investigador identificaba también los incidentes clave para facilitar la conversación. Se utilizó una guía de temas con preguntas de sondeo para conversar acerca de las perspectivas de los alumnos sobre su encuentro clínico, además de sus puntos de vista sobre la enseñanza de las habilidades de comunicación clínica (véase la Tabla 2).

Marzo-Abril 2019 - número 2

Tabla 2. Extractos de la guía de temas.

Indicaciones iniciales

Antes de reproducir la grabación de vídeo, ¿cuál es tu percepción general del encuentro clínico?

¿Hay algún aspecto concreto de la interacción de la que deseas hablar?

Ejemplos de preguntas de sondeo durante la visualización del vídeo

¿Puedes comentarme en detalle esta interacción?

¿Cómo consideras que se desarrolló la interacción con este paciente?

¿Puedes facilitarme ejemplos de tu interacción que sean congruentes o incongruentes con la comunicación centrada en el paciente? ¿Por qué?

¿Con qué aspectos de la interacción te sentiste satisfecho o insatisfecho?

Tras haber tenido la oportunidad de visualizar la grabación de vídeo, ¿hay algo que hubieras hecho de manera diferente?

¿Ha cambiado tu percepción general del encuentro después de visualizar la consulta?

Ejemplos de preguntas de sondeo sobre la enseñanza de habilidades de comunicación

En el curso de audiolología, ¿puedes describir la enseñanza impartida en comunicación clínica?

¿Qué aspectos te parecieron útiles e inútiles?

¿Crees que existen áreas que se deberían ampliar?

¿Hasta qué punto te sentiste preparado en tus interacciones clínicas con adultos?

¿Hay algún área que te resulte con frecuencia problemática al comunicarte con los pacientes?

¿Hasta qué punto recibiste feedback sobre tu comunicación clínica con los pacientes?

¿Puedes describir o sugerir alguna manera de mejorar la enseñanza de la comunicación clínica para facilitar el aprendizaje?

La reflexión basada en vídeo es una potente herramienta que permite a los participantes supervisar su propio comportamiento in situ (Ledema et al., 2006). Esta metodología se ha utilizado en la investigación sanitaria para evaluar los procesos de pensamiento y la comprensión del comportamiento de los participantes (Carroll et al., 2008; Collier, Phillips e Ledema, 2015; Forsyth, Carroll y Reitano, 2009; Grant y Luxford, 2009; Ledema, 2011). En este estudio se adoptó la reflexión basada en vídeo porque puede ayudar a los alumnos a recordar con precisión el encuentro clínico y adquirir conciencia de su comportamiento como una herramienta en el aprendizaje clínico. Las entrevistas personales se mantuvieron en el campus universitario y se grabaron en audio utilizando un Apple iPod 5ª generación touch o iPad (versión 11.2.5). A continuación, la entrevista se transcribió textualmente. La duración media de las entrevistas fue de 55 minutos (intervalo = 42-70 minutos).

Análisis de los datos

El análisis de los datos de las entrevistas semiestructuradas se basó en el procedimiento de análisis temático descrito por Braun y Clarke (2006). La primera etapa consistió en la familiarización con los datos a través de la lectura repetida de las transcripciones y anotando las ideas iniciales y los significados. A continuación, utilizando un enfoque inductivo, los datos se codificaron sistemáticamente para generar 109 esquemas de codificación individuales que representaban las características e ideas clave de todas las

Marzo-Abril 2019 - número 2

transcripciones (Braun y Clarke, 2006; Knudsen et al., 2012). Las siguientes tres etapas consistieron en buscar, revisar y definir temas que reflejasen la esencia de las transcripciones y los significados en el núcleo del diálogo. Entre las técnicas utilizadas para identificar los temas se incluyeron la búsqueda de la repetición de las áreas que el participante consideraba más destacadas y la adopción de un método comparativo para cuestionar las similitudes y las diferencias en las transcripciones (Ryan y Bernard, 2003). Para garantizar que se actuaba con rigor, las notas de campo se documentaban después de cada entrevista para registrar detalles contextuales o cualquier información no verbal (Tong, Sainsbury y Craig, 2007). Se implementó un proceso reflexivo durante la recopilación y el análisis de los datos con el fin de que el investigador procurase evitar posibles ideas preconcebidas y experiencias que influyesen en las respuestas de los participantes (Ben-ari y Enosh, 2011; Mauthner y Doucet, 2003). La primera autora (ST) se encargó del desarrollo del libro de codificación en consulta con la coautora (RWK). ST fue también responsable de la codificación y la identificación de los temas. ST y RWK revisaron con regularidad los análisis en reuniones presenciales. Cualquier opinión diferente sobre el análisis temático se resolvió a través de la discusión y una nueva consulta de los datos para verificar los hallazgos (Knudsen et al., 2012).

Resultados

Cuatro temas surgieron para abordar los dos objetivos del estudio. En la primera sección de los resultados se abordó el primer objetivo consistente en analizar las percepciones de los alumnos sobre su propia comunicación clínica. Los temas emergentes fueron el esfuerzo por centrarse en el paciente, la evaluación influye en el comportamiento y las relaciones de poder. En la segunda sección de los resultados se describe el tema de lo que desean los alumnos, donde se aborda el objetivo de analizar la percepción de los alumnos sobre el aprendizaje de la comunicación clínica en el programa de audiolología.

Tema 1: El esfuerzo por centrarse en el paciente

El deseo de adoptar un enfoque centrado en el paciente durante el encuentro clínico fue un tema clave recurrente en la descripción de los alumnos de su propio encuentro. Los alumnos describieron múltiples aspectos e interpretaciones de “centrarse en el paciente”, por ejemplo, mostrarse respetuosos, amistosos y empáticos con el paciente. Estos aspectos de la comunicación centrada en el paciente se describieron en relación con las principales tareas de comunicación de la evaluación de la audición: el subtema de la obtención de la narrativa del paciente se relacionó con la tarea de obtener la historia del paciente; el subtema de la información al paciente se relacionó predominantemente con la evaluación de la audición, mientras que la comprensión del paciente se relacionó con la tarea de facilitar un diagnóstico y un tratamiento.

La obtención de la narrativa del paciente

Cuando los alumnos describían la fase de la historia de la consulta, un tema recurrente durante la entrevista de reflexión basada en vídeo fue el énfasis en obtener la narrativa del paciente sobre la consulta audiológica. Los alumnos comentaban que habían percibido el deseo de los pacientes de contar su relato, lo que permitía que emergieran sus principales preocupaciones y propiciaba oportunidades de ahondar en la exploración.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Se mostraba feliz de contar su relato. Trato de mirarla... y mostrar interés en lo que está diciendo...

No me interpuso tratando de facilitar una posible explicación... En cierto modo validé la manera en que se sentía la paciente y... ahondé en la exploración de la preocupación. (Alumno n.º 3)

Los alumnos destacaron el uso de estrategias comunicativas, como realizar preguntas abiertas, no interrumpir al paciente y escuchar activamente. Estas estrategias solo se destacaron en relación con la fase de historia del caso.

Información al paciente

Casi todos los alumnos describieron la importancia de mantener a sus pacientes informados durante la consulta, especialmente durante la fase de prueba. Los alumnos eran conscientes de que la orientación de sus formadores clínicos y la necesidad de tiempo adicional para realizar evaluaciones podrían generar pausas no deseadas en la consulta. Por este motivo, varios alumnos realizaron un esfuerzo consciente para mantener al paciente informado e implicado durante la fase de evaluación, por ejemplo, durante la configuración del equipo o el cambio del oído de prueba.

Me apetece informarles [porque]... realmente es un motivo para que acudan a la consulta y da la impresión de que estamos haciendo estas pruebas conjuntamente, en lugar de que se les esté evaluando como si fueran conejillos de indias. (Alumno n.º 2)

Cerciorarse de la comprensión del paciente

Los alumnos describieron la comprensión del paciente como un enfoque clave en la fase de diagnóstico y tratamiento del encuentro clínico. A menudo ocurría cuando trataban de cerciorarse de que el paciente estaba informado de sus resultados y participaba en el tratamiento. Los alumnos señalaron sus temores acerca de que la complejidad y la jerga técnica de las evaluaciones pudieran dificultar la comprensión del paciente. También informaron de que recurrían a las señales del paciente para evaluar si era necesaria una explicación adicional. Este caso se daba especialmente entre los pacientes que no procedían de un entorno de habla inglesa. Los alumnos demostraron ser conscientes de que debían modificar su comunicación para adaptarse a las competencias en el idioma inglés de sus pacientes y realizar un esfuerzo para centrarse en el paciente independientemente de las diferencias de idioma y culturales.

También trato de asegurarme de que la paciente entiende lo que le estoy diciendo. Por lo tanto, verifico si entiende lo que digo o si tengo que emplear otra manera de expresarme ... Me sentía feliz de conseguir que la paciente se diera cuenta de que le escuchaba, me refiero a la comprobación y la comprensión... Quiero asegurarme de que [la paciente] "participa" y que he tenido en cuenta sus comentarios particulares y que hemos llegado a la conclusión. Supongo que esta es la manera individualizada. (Alumno n.º 5)

Para fomentar la comprensión del paciente en el momento de facilitar el diagnóstico, los alumnos señalaron que obtuvieron ejemplos de la historia clínica del paciente para asegurarse de que la explicación era significativa y asequible para el paciente. Algunos alumnos añadieron que, de esta forma, se potenciaba la confianza en las recomendaciones de los alumnos.

Marzo-Abril 2019 - número 2

[La paciente] manifestó estas preocupaciones en... Entonces, para facilitarle feedback, era preciso aprovechar estos temas concretos y... explicarle mejor lo que ocurría y... conseguir que sintiera que se le informaba e implicaba. De esta manera se habría individualizado [o] adaptado la intervención en función de lo que ella había manifestado. (Alumno n.º 3)

Tema 2: La evaluación influye en el comportamiento

En este tema, los alumnos reconocieron que era probable que el conocimiento de que sus prácticas clínicas serían evaluadas hubiese influido en su comportamiento clínico. Los dos subtemas incluyen un comportamiento (excesivamente) minucioso y la adopción del enfoque biomédico con el fin de satisfacer los criterios de nota.

Comportamiento minucioso

Los alumnos señalaron una preocupación subyacente de no estar realizando una evaluación a fondo o de pasar por alto alguna información clave que pudiera influir en su nota. Al respecto, algunos alumnos adoptaron un enfoque de lista de verificación durante la historia del caso para cerciorarse de que trataban todos los aspectos relacionados con la audición. Desde la perspectiva de los alumnos, esta presión autoimpuesta de satisfacer los criterios de nota podría haber eclipsado la atención centrada en el paciente. Los alumnos admitieron una tendencia a ofrecer más información para demostrar sus conocimientos, en lugar de adaptar la información en función del paciente.

Durante la [fase de tratamiento] lo más importante era asegurarme de que exponía todo lo que se debía exponer... tal vez traté de facilitar información porque [se me estaba evaluando]. (Alumno n.º 14)

Si bien los alumnos suelen recibir favorablemente los comentarios de los formadores clínicos durante las prácticas clínicas, en una situación de evaluación cualquier interrupción se percibía como una falta de cumplimiento de los criterios de evaluación.

[Dado que se nos estaba evaluando], pensaba: "Vaya, ¿he hecho algo mal? ¿Por qué interviene [el formador clínico]?" (Alumno n.º 9)

A pesar del temor de obtener una nota más baja, en algunos momentos en que los alumnos no estaban seguros de sus propias capacidades indicaban al supervisor que interviniese validando la conveniencia de su recomendación. Esto se hacía a pesar de saber que se les estaba evaluando para garantizar que el paciente recibía una asistencia auditiva óptima.

No deseaba que [el paciente] se fuera sin recibir la información correcta o sintiéndose confuso por la manera en que le había explicado algo... Estamos en una clínica de formación, pero no significa que el paciente se vaya sin conocer su estado. También se merece el 100% de la atención de los supervisores, a pesar de que se nos facilite la oportunidad de practicar. (Alumno n.º 10)

Marzo-Abril 2019 - número 2

Tendencias biomédicas

Además de un comportamiento exhaustivo para satisfacer los criterios de nota, los alumnos señalaron haber mostrado tendencias biomédicas durante el encuentro clínico. Por ejemplo, muchos alumnos describieron que su enfoque en completar las tareas técnicas podía distraerles y dejar de prestar la atención adecuada al paciente.

Estaba tan ocupado con las tareas técnicas que no advertí la reacción del paciente. (Alumno n.º 13)

En escenarios de casos complejos (como el de un paciente con problemas de habla), algunos alumnos señalaron la conveniencia de utilizar un estilo de comunicación más reduccionista para realizar una historia minuciosa del caso.

Pensaba que probablemente estuviese haciendo más preguntas cerradas de lo que normalmente haría o debería, pero supongo que me pareció que era la única manera de abordar la situación... porque el paciente no podía contestar con fluidez. (Alumno n.º 7)

Tema 3: Relaciones de poder

En el tema de las relaciones de poder se describe la manera en que los alumnos percibían que las relaciones variables de poder entre ellos y los pacientes influían en su desempeño clínico. Las relaciones de poder desempeñaron un papel en la dinámica del poder y se caracterizaron por los subtemas de situación en calidad de alumno, la posesión de más poder por parte del paciente y el grado de conocimiento.

Solo soy un alumno

La inferioridad de ser un alumno en lugar de un médico “experto” fue una cuestión recurrente en las entrevistas con respecto a la comunicación con el paciente. Varios alumnos señalaron la incomodidad que sentían en el desarrollo de la consulta, ya que se percibían a sí mismos como un ayudante o un facilitador del paciente.

[El paciente es] el que manda y... Soy un instrumento que le ayudará a encontrar la respuesta a una pregunta. Algo que me agradó, no me importó. (Alumno n.º 3)

Se mencionó que el desequilibrio de poder subyacente influía negativamente en la confianza del paciente con respecto a las recomendaciones de los alumnos. Los alumnos eran conscientes de que su falta de seguridad personal podía propiciar que los pacientes cuestionaran su credibilidad y conocimientos. Un factor al respecto se derivaba del contexto de enseñanza en que la presencia del formador clínico puede dificultar la interacción y la responsabilidad del alumno hacia el paciente.

Sentía que no podía expresarme o hacerlo de la manera en que lo haría porque... Todavía me encuentro en un entorno de aprendizaje y... no se trata de mi consulta y, en realidad, no son mis

Marzo-Abril 2019 - número 2

pacientes. (Alumno n.º 14)

El paciente tiene el poder

Los alumnos reconocieron que su comunicación clínica variaba en función de la apertura que les mostraba el cliente, lo que en última instancia modificaba la dinámica de poder entre paciente y alumno. Los pacientes que eran cálidos y amistosos se percibían como más confiados y receptivos hacia las recomendaciones de los alumnos. Como resultado, los alumnos se sentían más cómodos explorando los aspectos biopsicosociales de la discapacidad auditiva del paciente y discutiendo las opciones del tratamiento. Por el contrario, los pacientes que se mostraban más dominantes o bruscos durante la interacción se percibían como más intimidatorios y con mayor dificultad para establecer una buena relación. Este fue concretamente el caso de los alumnos que se percibían como tímidos y tendían a generar más dudas sobre sus capacidades clínicas.

Tan pronto como inicio una pregunta [a la paciente], ni siquiera me deja terminar... En ocasiones, deseo plantear una pregunta completa para que la desarrolle, pero interviene y me interrumpe. (Alumno n.º 13)

En consecuencia, los alumnos mostraban una tendencia a no interactuar por temor a faltarle al respeto al paciente o arriesgarse a parecer incompetentes. Era más probable que el formador clínico interviniese para explorar más a fondo las inquietudes del paciente.

El conocimiento es poder

Un factor clave en el bajo nivel de seguridad personal de los alumnos se derivaba de los conocimientos profesionales con respecto al paciente. Los alumnos comentaban que se sentían más cómodos interactuando con pacientes que no estaban familiarizados con la audiolología, ya que tenían más conocimientos en comparación. Por el contrario, los alumnos notificaban un comportamiento más tímido con pacientes que tenían un nivel de formación superior, ya que se sentían juzgados por cometer posibles errores.

Me sentía un poco intimidado porque la paciente era bastante inteligente y debía prestar atención a lo que le decía... si me mostraba inseguro, era probable que lo detectara, por lo que me esforzaba en tener mucho cuidado con lo que decía. (Alumno n.º 6)

El nivel de conocimientos de los alumnos influyó en su sentido de control durante las diferentes fases del encuentro clínico. Por ejemplo, la mayoría de los alumnos se sintió más cómoda obteniendo la historia del caso que facilitando un diagnóstico y un tratamiento. Los alumnos comentaban que les generaba ansiedad el desconocimiento de los resultados auditivos del paciente o la manera en que reaccionaría. En concreto, cuando los alumnos se enfrentaban con casos complejos o resultados inesperados, su falta de conocimientos podía influir en su nivel de seguridad personal.

Era consciente de que los resultados no eran congruentes con lo que yo preveía, por lo que pensaba: "Tengo que encontrarle sentido a la información... ¿Cómo le facilito un plan de tratamiento a partir de

Marzo-Abril 2019 - número 2

esta información?" (Alumno n.º 10)

Los alumnos percibían que la diferencia de poder se acentuaba aún más por la manera en que los pacientes interactuaban con los formadores clínicos. Es decir, considerando que el formador clínico tenía un mayor conocimiento audiológico, su poder sobre el paciente era mayor y éste le demostraba más respeto. Por ejemplo, algunos alumnos advertían que el tono de voz y la actitud de sus pacientes eran más suaves cuando se dirigían al formador clínico que cuando se dirigían a ellos.

Me daba la impresión de que yo había explicado bien la situación. Sin embargo, [la paciente] se dirigía más [al formador clínico] porque consideraba que [el formador clínico]... tenía probablemente más conocimientos sobre el tratamiento. (Alumno n.º 12)

Tema 4: Lo que desean los alumnos

Cuando se invitó a los alumnos a que facilitasen sus perspectivas sobre la enseñanza de comunicación clínica, surgió el tema subyacente de lo que los alumnos desean en el programa. Los beneficios o los obstáculos percibidos en las prácticas clínicas de los alumnos se describieron en tres subtemas relacionados con la orientación práctica, las experiencias clínicas en la vida real y la adaptación a la experiencia del alumno.

Orientación práctica

Numerosos alumnos destacaron una insuficiencia en cuanto a direcciones prácticas claras sobre cómo tratar diferentes casos audiológicos y recibir feedback sobre sus habilidades de comunicación con los pacientes en las prácticas clínicas.

En un entorno de aula, los alumnos describieron los beneficios de debatir su experiencia clínica y utilizar la práctica reflexiva como preparación para afrontar diferentes escenarios clínicos, por ejemplo, tratar con un paciente enfadado. No obstante, además de los debates en clase, los alumnos deseaban realizar ejercicios prácticos que les ayudasen a prepararse para ejercer en un ámbito clínico.

Tratamos numerosos aspectos sobre cómo lidiar con las emociones y manejarlas pero creo que, a nivel práctico, no se hizo demasiado al respecto. (Alumno n.º 1)

Durante las prácticas clínicas, los alumnos valoraban mucho el feedback de los formadores clínicos sobre las interacciones con los pacientes, especialmente cuando se extraían ejemplos de las consultas para perfeccionar su comunicación clínica. No obstante, los alumnos destacaron que el grado y la profundidad del feedback con respecto a las habilidades técnicas superaban con diferencia al grado y la profundidad del feedback relativo a las habilidades de comunicación. Si bien la mayoría de los alumnos prefería un feedback después de cada consulta, eran conscientes de las limitaciones de tiempo y la incomodidad de los formadores clínicos al evaluar sus habilidades de interacción con los pacientes, a no ser que se realizara de una manera deficiente.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Supongo que depende de lo deficiente que sea... porque la mayoría de los supervisores no tiene el valor de decirte que no lo estás haciendo bien. Podría resultarles realmente incómodo, por lo que es complicado. (Alumno n.º 3)

Experiencias clínicas en la vida real

Si bien los alumnos deseaban una mayor orientación práctica, destacaban constantemente la autenticidad de los escenarios clínicos y el acceso a más prácticas clínicas para favorecer el desarrollo de las habilidades de comunicación clínica. En cuanto a los ejercicios prácticos existentes, como los juegos de roles y las evaluaciones con un paciente simulado, las opiniones eran diversas en términos de eficacia. En general, la mayoría de los alumnos criticaba la artificialidad de estas actividades. Por ejemplo, durante los ejercicios de juegos de roles, algunos alumnos comentaban que experimentaban timidez, mientras que a otros les resultaba difícil ponerse en situación debido a la falta de autenticidad.

Es verdaderamente difícil realizar [los juegos de roles] porque la persona con la que interactúas está al corriente... de lo que está pasando... por lo que en teoría creo que está bien, pero a menudo no funciona porque ambas partes terminamos riéndonos. (Alumno n.º 7)

Los alumnos destacaron con frecuencia la importancia de las experiencias clínicas en la vida real como preparación para enfrentarse a la práctica clínica. En última instancia, los alumnos manifestaban que el método más valioso para aprender comunicación clínica era a través de la interacción con los pacientes. Si bien los alumnos describieron las observaciones clínicas como beneficiosas, dado que un formador clínico modera una interacción, el perfeccionamiento de las habilidades de comunicación requiere una práctica continua para identificar las señales del paciente y aprender que las interacciones se pueden desarrollar de diferentes maneras.

Para ser sincero, creo que lo que más me ayuda en las prácticas clínicas es el hecho de participar y descubrir por mí mismo que las personas son diferentes y responden de una manera distinta a la del resto. (Alumno n.º 6)

Adaptación a la experiencia del alumno

Si bien la mayoría de los alumnos comentó el valor de incorporar la comunicación clínica en el plan de estudios de la audiología, hubo opiniones diversas en cuanto a la utilidad del material de enseñanza como ayuda en la interacción con los pacientes. Los alumnos eran muy conscientes de que la comunicación con el paciente es un proceso interactivo que está influenciado no solo por los factores del paciente tal como se destaca en el Tema 3, sino también por los factores propios del alumno (p. ej., personalidad, experiencia vital y seguridad personal). Varios alumnos hablaron de la importancia de enseñar una variedad de estrategias de comunicación clínica en las que se tengan en cuenta las diferencias de personalidad y estilo

Marzo-Abril 2019 - número 2

de comunicación de los alumnos. De esta forma se podría evitar que la interacción con el paciente sea rígida o robótica.

Cada persona es diferente y es perfecto serlo. Nos haría sentir más cómodos [y] ser conscientes de lo que es mejor en cada caso...

Podría ser útil facilitar estrategias útiles para tu tipo concreto de [personalidad]. (Alumno n.º 5)

Además, varios alumnos cuestionaron la utilidad del contenido de la comunicación clínica, dado que no hacía frente a sus aptitudes de comunicación. Algunos alumnos que consideraban que poseían unas habilidades comunicativas intrínsecas explicaron que el contenido de la comunicación clínica puede parecer “evidente” y menos relevante en su caso, en comparación con otros compañeros que se sentían menos cómodos con la comunicación.

Se me ocurre: ¿es preciso enseñar esto?... Aspectos como: “Es simplemente cuestión de cortesía tratar a alguien con respeto. Es una cortesía mirarle a los ojos”. Supongo que hay aspectos que considero lógicos. (Alumno n.º 11)

Discusión

En este estudio se exploraron las perspectivas de los alumnos de audiología de su propia comunicación clínica con los pacientes y su percepción acerca de la formación de comunicación clínica en el programa de audiología. El análisis de las entrevistas de los alumnos reveló que la implementación de una comunicación centrada en el paciente estaba influenciada por prioridades que competían entre sí: esforzarse por realizar interacciones centradas en el paciente, cumplir los requisitos de la evaluación y gestionar las relaciones de poder en la interacción con el paciente. Estos temas, junto con las opiniones de los alumnos sobre lo que desean en la enseñanza de la comunicación clínica, ofrecen oportunidades para reforzar el plan de estudios de audiología. En esta sección, se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

En un encuentro clínico, los alumnos suelen comentar su esfuerzo por centrarse en el paciente. Los intentos autopercebidos de los alumnos de establecer una relación terapéutica, intercambiar información y desarrollar una comprensión del paciente demostraron su conocimiento tácito de los componentes más destacados de la asistencia centrada en el paciente en un contexto audiológico (Grenness et al., 2014). El deseo de facilitar una interacción centrada en el paciente era acorde con las preferencias autonotificadas de audiólogos y alumnos de audiología hacia la atención centrada en el paciente en estudios recientes (Laplante-Lévesque, Hickson y Grenness, 2014; Manchaiah, Gomersall, Tome, Ahmadi y Krishna, 2014; Manchaiah, Tomé, Dockens, Harn y Ganesan, 2016). Si bien los hallazgos sugieren que los alumnos no desconocían las habilidades de comunicación centradas en el paciente, fue evidente el esfuerzo subyacente por gestionar prioridades que competían entre sí: la actividad de centrar la atención en el paciente y el cumplimiento de la evaluación. En línea con la noción popular de que la “evaluación impulsa el aprendizaje” (p. ej., Wormald, Schoeman, Somasunderam y Penn, 2009), los alumnos de este estudio señalaron que la evaluación de sus prácticas clínicas tuvo como consecuencia un mayor enfoque en las habilidades técnicas para satisfacer los criterios de nota. Este hecho plantea dudas sobre el capítulo de

Marzo-Abril 2019 - número 2

evaluación clínica y las notas asignadas a la comunicación centrada en el paciente frente a las competencias técnicas. Una explicación se deriva de la cultura de la disciplina de audiolología, que ha sido descrita como impulsada biomédicamente con un gran énfasis en las habilidades técnicas para diagnosticar la discapacidad auditiva (Tai, Barr y Woodward-Kron, 2017). Además, la noción del plan de estudios oculto en la evaluación y el entorno clínico (Hafferty, 1998) puede fomentar un enfoque biomédico que dificulte el esfuerzo de los alumnos de conseguir una comunicación centrada en el paciente. Para fomentar las habilidades de comunicación centradas en el paciente, se requiere una revisión cuidadosa de los factores de enseñanza y aprendizaje. El concepto de “alineación constructiva” de Biggs (1996) puede ser un enfoque apropiado para explorar los resultados del aprendizaje de la comunicación clínica que estén destinados a los alumnos, y alinear la enseñanza y las evaluaciones en un sistema unificado.

Un elemento central en el desarrollo de una relación terapéutica es el establecimiento de un equilibrio en las relaciones de poder, que permita que el paciente y el clínico compartan la responsabilidad y el control sobre la agenda del encuentro clínico (Mead y Bower, 2000; Roter, 2000). No obstante, los hallazgos de este estudio mostraron una tendencia de los alumnos a inclinar el equilibrio de poder hacia un modelo de asistencia “consumista”, en el que el paciente demuestra más poder y autoridad sobre el clínico (Roter, 2000). La relación de poder entre los alumnos y los pacientes fue incongruente con los hallazgos de los encuentros de rehabilitación audiológica en los que los clínicos tendían a mostrar un predominio verbal en las fases de captura de la historia, el diagnóstico y el tratamiento de la consulta (Grenness et al., 2015a, 2015b). Una explicación racional de las diferentes relaciones de poder se puede basar en la construcción de identidad de los alumnos, que se ha demostrado en la literatura médica que conlleva implicaciones en la asistencia al paciente (Monrouxe, 2010). A diferencia de la noción de Roter del encuentro de dos expertos, la interacción entre alumno y paciente refleja el encuentro de un principiante con unos conocimientos y una experiencia en desarrollo y un paciente que es experto en su discapacidad auditiva (Roter et al., 1997). Esta noción también se aprecia en las interacciones entre alumnos de enfermería y pacientes. En una revisión de Suikkala y Leino-Kilpi (2001), las autoras encontraron que los alumnos de enfermería señalaban con frecuencia que no tenían mucho que ofrecer, ya que todavía no se habían identificado como clínicos cualificados. De una manera similar, los alumnos del presente estudio cuestionaban a menudo su criterio clínico y la falta de confianza en sus conocimientos, concretamente durante la fase de diagnóstico y tratamiento. De acuerdo con el aprendizaje situado, los alumnos destacaron la necesidad de un mayor número de prácticas clínicas que facilitasen más oportunidades de perfeccionar las habilidades clínicas y sumergirse en una comunidad de práctica (Kaufman y Mann, 2007; Ranmuthugala et al., 2011). No obstante, considerando el número creciente de alumnos de audiolología y que las regiones con prácticas clínicas pueden ser escasas, los modelos clínicos de formación alternativos, como la contratación de pacientes simulados y el desarrollo de colaboraciones más sólidas con clínicas externas, son vitales para fortalecer la formación clínica (Rodger et al., 2008; Wilson, Hill, Hughes, Sher y Laplante-Lévesque, 2010).

El rol del formador clínico también desempeña un papel clave que contribuye en la formación de la identidad profesional de los alumnos a través de la facilitación de oportunidades de aprendizaje activo y el modelado de los valores profesionales (Kenny, Mann y MacLeod, 2003; Laitinen-Väänänen, Talvitie y Luukka, 2007; Ng et al., 2012; Walton y Barraclough, 2013). Se puede decir que el aprendizaje de la comunicación clínica implica una interacción entre las características del alumno, la realización de tareas clínicas y la interacción con el paciente y el formador clínico (Bandura, 1986; Kaufman y Mann, 2007). El feedback de los formadores clínicos es esencial para ayudar a los alumnos a reflexionar sobre sus propias

Marzo-Abril 2019 - número 2

limitaciones con el fin de reorientar sus objetivos de aprendizaje y formular su identidad profesional (Ng et al., 2012; Zimmerman, 2002). No obstante, los hallazgos mostraron la percepción por parte de los alumnos de la reticencia de los formadores clínicos a facilitarles feedback sobre su comunicación. La literatura sobre formación en asistencia sanitaria ayuda a comprender los retos a los que se enfrentan los formadores clínicos en un entorno de enseñanza (p. ej., gestión de prioridades múltiples) y la falta de apoyo en la formación (Gillespie y McFetridge, 2006; Ramani y Leinster, 2008; Warren y Denham, 2010). Por lo tanto, existen oportunidades para explorar marcos procedentes de otras disciplinas sanitarias, como la formación médica, para obtener directrices para la capacitación de formadores clínicos que intervengan en el desarrollo de las habilidades de comunicación clínica de los alumnos (Hesketh et al., 2001; Ramani y Leinster, 2008).

Además de los factores relativos a los alumnos y las prácticas, las características de los pacientes fueron también un determinante en las relaciones de poder. Los alumnos detallaron los cambios en su comunicación de acuerdo con la apertura o la receptividad que mostraban los pacientes. Por ejemplo, los pacientes que se percibían como autoritarios o expertos se describían como más intimidatorios y difíciles para establecer una buena relación. Se observaron similitudes con una encuesta en que la mayoría de los alumnos de AuD señalaba que las actitudes hostiles de los pacientes representaban un motivo de preocupación (Naeve-Velguth et al., 2013). En estos escenarios, los alumnos admitían que la comunicación centrada en el paciente puede ser difícil de implementar al no sentirse seguros de cómo responder a los pacientes de una manera apropiada sin molestarles ni ofenderles. Lo anterior sugiere que se necesita más formación para consolidar, perfeccionar y reforzar las habilidades de comunicación de los alumnos, con el fin de que se sientan mejor equipados para tratar las diferentes características de los pacientes (Alanazi et al., 2017; English y Zoladkiewicz, 2005). Un enfoque que se ha recomendado en la formación médica es la integración de la formación en comunicación clínica como un enfoque longitudinal que abarque todo el plan de estudios (Bombeke et al., 2010; Craig, 1992; Van Dalen, 2013; Van Weel-Baumgarten, Bolhuis, Rosenbaum y Silverman, 2013). Sin embargo, se deberán considerar las barreras potenciales, como los requisitos de acreditación, la formación del personal, los recursos y el apoyo de las partes interesadas (Tai et al., 2017).

En las enseñanzas basadas en el aula, los alumnos describieron el aprendizaje experiencial y la enseñanza relacionada con los escenarios en la vida real como los más valiosos para superar la brecha en la interacción con los pacientes. Lo anterior es acorde con la literatura de formación médica en la que la enseñanza experiencial ha sido aceptada como un método eficaz para la formación en habilidades comunicativas (Aspegren, 1999). Estos métodos de enseñanza incluyen discusiones en clase, juegos de roles, pacientes simulados y ejercicios de reflexión que, en la última década, también se han recomendado en la formación de audiología (Bosse et al., 2010; Cleland, Abe y Rethans, 2009; Naeve-Velguth et al., 2013; Wilson et al., 2010). No obstante, la falta de autenticidad en los juegos de roles es una crítica común que fue respaldada por los hallazgos de este estudio (Rees, Sheard y McPherson, 2004). Es importante destacar que los alumnos compartieron puntos de vista variados sobre sus preferencias y la eficacia percibida de los diferentes métodos de enseñanza en la comunicación clínica. Desde una perspectiva constructivista del aprendizaje, los alumnos no son novatos en lo que se refiere al aprendizaje de la comunicación clínica (Benbassat y Baumal, 2009; Narayan et al., 2013). La percepción de los alumnos sobre la utilidad cuestionable de las conferencias de comunicación clínica, por ejemplo, puede provenir de sus creencias, experiencias y conocimientos sobre comunicación preexistentes. Estos hallazgos respaldan

Marzo-Abril 2019 - número 2

la importancia de la experiencia clínica y la consideración de las capacidades preexistentes de los alumnos. Si bien puede ser imposible diseñar un plan de estudios en función de las preferencias y características de cada alumno, se puede educar a los alumnos para que sean aprendices proactivos que se autorregulan (Zimmerman, 2002). Para fomentar el aprendizaje continuado, el cultivo de prácticas de autorreflexión y autoevaluación de las propias habilidades de comunicación clínica se puede adaptar a las capacidades individuales de los alumnos y los diferentes escenarios clínicos (Ng et al., 2012).

Limitaciones del estudio y direcciones futuras

Las limitaciones del presente estudio se basan en el muestreo de una sola institución educativa y el hecho de que los alumnos fueron observados con pacientes durante un único tipo de interacción, es decir, una evaluación diagnóstica de adultos. Otros estudios pueden incluir una institución formativa más amplia y reflexiones en diferentes escenarios clínicos para captar un alcance más amplio de la asistencia audiológica. Además, es posible que exista algún sesgo de autoselección dado que algunos alumnos decidieron no participar. Es decir, puede tratarse de alumnos que se sentían menos cómodos con sus habilidades de comunicación clínica. Además, no fue posible informar sobre el nivel de habilidad de los participantes con respecto al conjunto de la promoción, dado que no estaba disponible una puntuación discreta en habilidades de comunicación. Por lo tanto, en los futuros estudios se deberá explorar si existen diferencias en las necesidades de aprendizaje entre alumnos con diferentes habilidades de comunicación. Los formadores clínicos desempeñan un papel clave en el aprendizaje de los alumnos en el lugar de trabajo y sus perspectivas pueden facilitar una valiosa información sobre las barreras en la enseñanza de la comunicación clínica a los alumnos; por lo tanto, sus ideas se deberán tener en cuenta en un estudio futuro.

Conclusión

En los resultados de este estudio se destacaron las prioridades de satisfacer los requisitos de evaluación y que la gestión de las relaciones de poder con el paciente puede influir en la implementación de una comunicación centrada en el paciente. Un mayor énfasis en la alineación del capítulo de evaluación para recompensar las interacciones centradas en el paciente puede moldear el comportamiento clínico de los alumnos. Teniendo en cuenta la escasez de prácticas clínicas, en los hallazgos se destaca la importancia de los formadores clínicos para facilitar el aprendizaje autorregulado de los alumnos, incluida la provisión de un feedback que se centre en las habilidades de interacción con los pacientes de los alumnos. La comunicación clínica es un aspecto vital en cualquier interacción audiológica; se necesitan más trabajos de investigación sobre la manera óptima de integrar la comunicación centrada en el paciente en el plan de estudios de la audiología.

Agradecimientos

Las autoras agradecen el apoyo financiero de los HEARing Cooperative Research Centres (CRC), establecidos en el marco del Programa CRC. El Programa CRC apoya las colaboraciones de investigación

Marzo-Abril 2019 - número 2

dirigidas por la industria y por usuarios finales para abordar los principales retos a los que se enfrenta Australia.

Bibliografía

- Alanazi, A. A., Nicholson, N., Atcherson, S. R., Franklin, C., Nagaraj, N. K., Anders, M. y Smith-Olinde, L.** (2017). Audiology students' perception of hybrid simulation experiences: Qualitative evaluation of debriefing sessions. *The Journal of Early Hearing Detection and Intervention*, 2(1), 12-28.
- Aliakbari, F., Parvin, N., Heidari, M. y Haghani, F.** (2015). Learning theories application in nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(Febrero), 2.
- American Speech-Language-Hearing Association.** (2004). Scope of practice in audiology. Consultado en <http://www.asha.org/uploadedFiles/SP2007-00283.pdf> [Acceso el 17 de enero de 2017]
- Aspegren, K.** (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—A review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563-570.
- Audiology Australia.** (2014). *Position paper: WHO are we hear for? Models of service delivery*. Consultado en <https://audiology.asn.au/index.cfm/resources-publications/position-papers/> [Acceso el 12 de septiembre de 2017]
- Audiology Australia.** (2017). *Accreditation of audiology degree programs (version 2.1)*. Melbourne, Australia: Autor.
- Bandura, A.** (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bastable, S. B., Gramet, P., Jacobs, K. y Sopczyk, D. L.** (2010). *Health professional as educator: Principles of teaching and learning*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Ben-ari, A. y Enosh, G.** (2011). Qualitative social work processes of reflectivity. *Social Work*, 10(2), 152-171.
- Benbassat, J. y Baumal, R. (2009). A proposal for overcoming problems in teaching interviewing skills to medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 14(3), 441-450.
- Biggs, J.** (1996). *Enhancing teaching through constructive alignment*. *Higher education* (Vol. 32). Nueva York, NY: Springer.
- Bombeke, K., Symons, L., Debaene, L., De Winter, B., Schol, S. y Van Royen, P.** (2010). Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Medical Education*, 44(7), 662-673.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Bosse, H. M., Nickel, M., Huwendiek, S., Jünger, J., Schultz, J. H. y Nikendei, C. (2010). Peer role-play and standardised patients in communication training: A comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Medical Education*, 10, 27.

Brandon, A. F. y All, A. C. (2010). Constructivism theory analysis and application to curricula. *Nursing Education Perspectives*, 31(2), 89-92.

Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

British Society of Audiology. (2016). *Practice guidance: Common principles of rehabilitation for adults in audiology services*. Disponible en: <http://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2016/03/BSA-Adult-Rehabilitation-Guidance-Draft.pdf> [Acceso el 17 de enero de 2017]

Carroll, K., Iedema, R. y Kerridge, R. (2008). Reshaping ICU ward round practices using video-reflexive ethnography. *Qualitative Health Research*, 18(3), 380-390.

Cleland, J. A., Abe, K. y Rethans, J. J. (2009). The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Medical Teacher*, 31(6), 477-486.

Collier, A., Phillips, J. L. e Iedema, R. (2015). The meaning of home at the end of life: A video-reflexive ethnography study. *Palliative Medicine*, 29(8), 695-702.

Craig, J. L. (1992). Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: A longitudinal study. *Medical Education*, 26(4), 276-281.

de Haes, H. y Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 287-294.

Dinsmore, B. F., Bohnert, C. y Preminger, J. E. (2013). Standardized patients in audiology: A proposal for a new method of evaluating clinical competence. *Journal of the American Academy of Audiology*, 24(5), 372-392.

Ekberg, K., Grenness, C. y Hickson, L. (2014). Addressing patients' psychosocial concerns regarding hearing aids within audiology appointments for older adults. *American Journal of Audiology*, 23(3), 337-350.

English, K., Rojascki, T. y Branham, K. (2000). Acquiring counseling skills in mid-career: Outcomes of a distance education course for practicing audiologists. *Journal of the American Academy of Audiology*, 11(2), 84-90.

English, K. y Weist, D. (2005). Growth of AuD programs found to increase training in counseling. *The Hearing Journal*, 58(4), 54-55, 58.

English, K. y Zoladkiewicz, L. (2005). AuD students' concerns about interacting with patients and families. *Audiology Today*, 17(5), 22-25.

Marzo-Abril 2019 - número 2

- Epstein, R. M. y Street, R. L., Jr.** (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Forsyth, R., Carroll, K. y Reitano, P.** (2009). Introduction: Illuminating everyday realities: The significance of video methods for social science and health research. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3(3), 214-217.
- Gillespie, M. y McFetridge, B.** (2006). Nurse education—The role of the nurse teacher. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 639-644.
- Grant, J. y Luxford, Y.** (2009). Vídeo: A decolonising strategy for intercultural communication in child and family health within ethnographic research. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3(3), 218-232.
- Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A. y Davidson, B.** (2014). Patient-centred audiological rehabilitation: Perspectives of older adults who own hearing aids. *International Journal of Audiology*, 53(supl.), S68-S75.
- Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., Meyer, C. y Davidson, B.** (2015a). Communication patterns in audiological rehabilitation history-taking: Audiologists, patients, and their companions. *Ear and Hearing*, 36(2), 191 -204.
- Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., Meyer, C. y Davidson, B.** (2015b). The nature of communication throughout diagnosis and management planning in initial audiological rehabilitation consultations. *Journal of the American Academy of Audiology*, 26(1), 36-50.
- Hafferty, F.** (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Hesketh, E. A., Bagnall, G., Buckley, E. G., Friedman, M., Goodall, E., Harden, R. M.,... Oughton, R.** (2001). A framework for developing excellence as a clinical educator. *Medical Education*, 35(6), 555-564.
- Iedema, R.** (2011). *Creating safety by strengthening clinicians' capacity for reflexivity*. *BMJ Quality & Safety*, 20(Supl. 1), i83-i86.
- Iedema, R., Long, D., Forsyth, R. y Lee, B. B.** (2006). Visibilising clinical work: Video ethnography in the contemporary hospital. *Health Sociology Review*, 15(2), 156-168.
- Iedema, R., Merrick, E. T., Rajbhandari, D., Gardo, A., Stirling, A. y Herkes, R.** (2009). Viewing the taken-for-granted from under a different aspect: A video-based method in pursuit of patient safety. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3(3), 290-301.
- Kaufman, D. M. y Mann, K. V.** (2007). Teaching and learning in medical education: How theory can inform practice. En T. Swanwick (Ed.), *Understanding medical education: Evidence, theory and practice*

Marzo-Abril 2019 - número 2

(pág. 7-29). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Kenny, N. P., Mann, K. V. y MacLeod, H. (2003). Role modeling in physicians' professional formation: Reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 78(12), 1203-1210.

Knudsen, L. V., Laplante-Lévesque, A., Jones, L., Preminger, J. E., Nielsen, C., Lunner, T.,... Kramer, S. E. (2012). Conducting qualitative research in audiology: A tutorial. *International Journal of Audiology*, 51(2), 83-92.

Laitinen-Väänänen, S., Talvitie, U. y Luukka, M. R. (2007). Clinical supervision as an interaction between the clinical educator and the student. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(2), 95-103.

Laplante-Lévesque, A., Hickson, L. y Grenness, C. (2014). An Australian survey of audiologists' preferences for patient-centredness. *International Journal of Audiology*, 53(Supl. 1), S76-S82.

Laplante-Lévesque, A., Hickson, L. y Worrall, L. (2010). Factors influencing rehabilitation decisions of adults with acquired hearing impairment. *International Journal of Audiology*, 49(7), 497-507.

Laplante-Lévesque, A., Hickson, L. y Worrall, L. (2012). What makes adults with hearing impairment take up hearing aids or communication programs and achieve successful outcomes? *Ear and Hearing*, 33(1), 79-93.

Manchaiah, V., Gomersall, P. A., Tomé, D., Ahmadi, T. y Krishna, R. (2014). Audiologists' preferences for patient-centredness: A cross-sectional questionnaire study of cross-cultural differences and similarities among professionals in Portugal, India and Iran. *BMJ Open*, 4(10), e005915.

Manchaiah, V., Tomé, D., Dockens, A. L., Harn, M. y Ganesan, P. (2016). Preference to patient-centeredness in undergraduate audiology students in Portugal. *Journal of American Academy of Audiology*, 27(10), 816-823.

Mauthner, N. S. y Doucet, A. (2003). Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology*, 37(3), 413-431.

Mead, N. y Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.

Millar, D., Harrow, K. y Morgan, A. (2010). Incorporating counseling into graduate education. *SIG 11 Perspectives on Administration and Supervision*, 20(2), 54-58.

Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: Why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40-49.

Naeve-Velguth, S., Christensen, S. A. y Woods, S. (2013). Simulated patients in audiology education: Student reports. *Journal of the American Academy of Audiology*, 24(8), 740-746.

Marzo-Abril 2019 - número 2

- Narayan, R., Rodriguez, C., Araujo, J., Shaqlaih, A. y Moss, G.** (2013). Constructivism-constructivist learning theory. En B. Irby, G. H. Brown, R. Lara-Aiecio, & S. A. Jackson (Eds.), *The handbook of educational theories* (pág. 169-183). Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Newton, J. M., Billett, S., Jolly, B. y Ockerby, C. M.** (2009). Lost in translation: Barriers to learning in health professional clinical education. *Learning in Health & Social Care*, 8(4), 315-327.
- Ng, S. L., Bartlett, D. y Lucy, S. D.** (2012). The education and socialization of audiology students and novices. *Seminars in Hearing*, 33(2), 177-195.
- Norcini, J. y Burch, V.** (2007). *Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31*. *Medical Teacher*, 29(9-10), 855-871.
- O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., Mcnamara, T., ... Mccoll, G.** (2014). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1344—1355.
- Parry, R. H. y Brown, K.** (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done? *Physiotherapy*, 95(4), 294—301.
- Picou, E. y Tharpe, A. M.** (2015). Standardized patients: Potential to improve student training in aural rehabilitation. *Perspectives on Public Health Issues Related to Hearing and Balance*, 16(1), 4—14.
- Poost-Foroosh, L., Jennings, M. B. y Cheesman, M. F.** (2015). Comparisons of client and clinician views of the importance of factors in client—clinician interaction in hearing aid purchase decisions. *Journal of the American Academy of Audiology*, 26(3), 247—259.
- Poost-Foroosh, L., Jennings, M. B., Shaw, L., Meston, C. N. y Cheesman, M. F.** (2011). Factors in client—clinician interaction that influence hearing aid adoption. *Trends in Amplification*, 15(3), 127—139.
- Preminger, J. E., Oxenbøll, M., Barnett, M. B., Jensen, L. D. y Laplante-Lévesque, A.** (2015). Perceptions of adults with hearing impairment regarding the promotion of trust in hearing healthcare service delivery. *International Journal of Audiology*, 54(1), 20—28.
- Ramani, S. y Leinster, S.** (2008). AMEE Guide No. 34: Teaching in the clinical environment. *Medical Teacher*, 30(4), 347—364.
- Ranmuthugala, G., Georgiou, A., Braithwaite, J., Cunningham, F. C., Westbrook, J. I. y Plumb, J. J.** (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literatura. *BMC Health Services Research*, 11(1), 273.
- Rees, C., Sheard, C. y McPherson, A.** (2004). Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Education and Counseling*, 54(1), 119—121.
- Rodger, S., Webb, G., Devitt, L., Gilbert, J., Wrightson, P. y McMeeken, J.** (2008). Clinical education and practice placements in the allied health professions: An international perspective. *Journal of Allied*

Marzo-Abril 2019 - número 2

Health, 37(1), 53—62.

Rogoff, B., Matusov, E. y White, C. (1996). Models of teaching and learning: Participation in a community of learners. En D. R. Olson & N. Torrance (Eds.), *The handbook of education and human development* (pp. 389—414). Malden, MA: Blackwell.

Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient—physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 5—15.

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Stiles, W. e Inui, T. S. (1997). *Communication patterns of primary care physicians*. JAMA, 277(4), 350—356.

Ryan, G. W. y Bernard, H. R. (2003). *Techniques to identify themes*. *Field Methods*, 15(1), 85—109.

Sandelowski, M. y Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334—340.

Silverman, J. (2009). Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? *Patient Education and Counseling*, 76(3), 361—367.

Stiles, D. J. (2013). Applying experiential learning to audiology curricula. *Journal of the American Academy of Audiology*, 24(5), 365—371.

Suikkala, A. y Leino-Kilpi, H. (2001). Nursing student—patient relationship: A review of the literature from 1984 to 1998. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 42—50.

Tai, S., Barr, C. y Woodward-Kron, R. (2017). Competing agendas and other tensions in developing patient-centred communication in audiology education: A qualitative study of educator perspectives. *International Journal of Audiology*. <https://doi.org/10.1080/14992027.2017.1385863>

Tharpe, A. M., Rassi, J. A. y Biswas, G. (1995). Problem-based learning: An innovative approach to audiology education. *American Journal of Audiology*, 4(1), 19—25.

Tong, A., Sainsbury, P. y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus group. *International Journal of Qualitative in Health Care*, 19(6), 349—357.

Van Dalen, J. (2013). Communication skills in context: Trends and perspectives. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 292—295.

Van Weel-Baumgarten, E., Bolhuis, S., Rosenbaum, M. y Silverman, J. (2013). Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Education and Counseling*, 90(2), 177—183.

Von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H. y Wiskin, C. (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Medical Education, 42(11), 1100—1107.

Walton, M. y Barraclough, B. (2013). Clinical supervisors: Are they the key to making care safer? *BMJ Quality & Safety*, 22(8), 609—612.

Warren, A. L. y Denham, S. A. (2010). Relationships between formalized preceptor orientation and student outcomes. *Teaching and Learning in Nursing*, 5(1), 4—11.

Watermeyer, J., Kanji, A. y Cohen, A. (2012). Caregiver recall and understanding of paediatric diagnostic information and assessment feedback. *International Journal of Audiology*, 2027(Junio), 1—6.

Whitelaw, G. (2012). Expanding the toolbox for developing skills in audiology students: Using the Ida Tools in precepting. *Seminars in Hearing*, 33(1), 78—86.

Wilson, W. J., Hill, A., Hughes, J., Sher, A. y Laplante-Lévesque, A. (2010). Student audiologists' impressions of a simulation training program. *Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 32(1), 19—30.

Woodward-Kron, R., van Die, D., Webb, G., Pill, J., Elder, C., McNamara, T. y Manias, E. (2012). Perspectives from physiotherapy supervisors on student—patient communication. *International Journal of Medical Education*, 3, 166—174.

Wormald, B. W., Schoeman, S., Somasunderam, A. y Penn, M. (2009). Assessment drives learning: An unavoidable truth? *Anatomical Sciences Education*, 2(5), 199—204.

Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory into Practice*, 41(2), 64—70.

Traducido con autorización del artículo “Perspectivas de los alumnos de audiología en la implementación y el aprendizaje de la comunicación clínica: una entrevista cualitativa y un estudio de reflexión basada en vídeo”, por Samantha Tai, Robyn Woodward-Kron y Caitlin Barr (*American Journal of Audiology*, vol. 27, 219-230, Junio 2018, <http://aja.pubs.asha.org/journal.aspx>). Este material ha sido originalmente desarrollado y es propiedad de la American Speech-Language-Hearing Association, Rockville, MD, U.S.A., www.asha.org. Todos los derechos reservados. La calidad y precisión de la traducción es únicamente responsabilidad de AG BELL INTERNATIONAL.

La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) no justifica o garantiza la precisión, la totalidad, la disponibilidad, el uso comercial, la adecuación a un objetivo particular o que no se infringe el contenido de este artículo y renuncia a cualquier responsabilidad directa o indirecta, especial, incidental, punitiva o daños consecuentes que puedan surgir del uso o de la imposibilidad de usar el contenido de este artículo.

Translated, with permission, from “Audiology Students' Perspectives of Enacting and Learning Clinical Communication: A Qualitative Interview and Video Reflexivity Study”, by Samantha Tai, Robyn Woodward-

Marzo-Abril 2019 - número 2

Kron and Caitlin Barr (American Journal of Audiology, vol. 27, 219-230, June 2018, <http://aja.pubs.asha.org/journal.aspx>). This material was originally developed and is copyrighted by the American Speech-Language-Hearing Association, Rockville, MD, U.S.A., www.asha.org. All rights are reserved. Accuracy and appropriateness of the translation are the sole responsibility of AG BELL INTERNATIONAL.

The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) does not warrant or guarantee the accuracy, completeness, availability, merchantability, fitness for a particular purpose, or noninfringement of the content of this article and disclaims responsibility for any damages arising out of its use. Description of or reference to products or publications in this article, neither constitutes nor implies a guarantee, endorsement, or support of claims made of that product, publication, or service. In no event shall ASHA be liable for any indirect, special, incidental, punitive, or consequential damages arising out of the use of or the inability to use the article content.

¿Sus pacientes le oyen realmente?

Jillian Kornak

Pruebe estos métodos para modificar las estrategias de comunicación con los pacientes que tengan una pérdida auditiva para ayudarles a entender la información sanitaria y participar en su asistencia.

“Mi marido me indicó mediante signos que el médico recomendaba inmunoterapia, pero no estamos seguros de lo que significa”.

“Creo que la enfermera me dijo que me tomara dos pastillas con cada comida, pero el ruido de las máquinas junto a la cama interfería con los audífonos”.

“La doctora giró la cabeza mientras explicaba los resultados de las pruebas, por lo que es posible que no la entendiese bien, pero no quise hacer más preguntas”.

En estos ejemplos se ilustra la manera en que una intersección complicada entre la pérdida auditiva, los conocimientos sanitarios y las habilidades de comunicación puede suponer una gran diferencia en los resultados de asistencia sanitaria de los pacientes. Cuando se espera que un paciente con una pérdida auditiva defienda sus intereses con respecto a sus necesidades de asistencia sanitaria, abrirse camino en la asistencia puede ser un reto formidable.

¿Cómo pueden los pacientes con sordera o hipoacusia acceder a la asistencia que necesitan si se encuentran con barreras importantes para que exista una comunicación clara entre el profesional sanitario y el paciente? Los médicos pueden emplear diversas tácticas de comunicación para cerciorarse de que los pacientes oigan correctamente la información médica, comprendan la terminología de la asistencia sanitaria y se sientan con confianza para adoptar decisiones sobre la asistencia.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Basándose en el tipo de necesidad de comunicación, los pacientes pueden simplemente necesitar que los médicos les atiendan directamente en una sala bien iluminada o que dispongan de un dispositivo de amplificación en la consulta. Según la legislación estadounidense (Ley de estadounidenses con discapacidades, Ley de rehabilitación y Ley de asistencia asequible), las personas con una pérdida auditiva más severa pueden necesitar servicios de información escrita o de un intérprete médico cualificado en las consultas (véanse más adelante las fuentes). A continuación se facilita una descripción más detallada de lo que están realizando algunos hospitales y clínicas para abordar estas necesidades.

Providence-Providence Park Hospital

Un fallo en la comunicación entre un paciente con sordera y un oncólogo significó un punto de inflexión para el Providence-Providence Park Hospital de Southfield, Michigan. Cuando el médico trató de explicar un diagnóstico de cáncer a un paciente y a su esposa, que también tenía sordera, se hizo evidente que el paciente no le comprendía y que se sentía frustrado y confundido. Recurrir a la pareja del paciente para que interviniese en la comunicación y la interpretación tampoco funcionaba. En ese momento, tuvo que intervenir el departamento de trabajo social.

“Es complicado interpretar sobre un tema que no entiendes”, apunta Abbie Gonzales, una trabajadora social de oncología hospitalaria que se encarga de los pacientes hospitalizados. “Si te pido que describas un cono de helado y nunca has visto ninguno, ¿cómo te las arreglas? ¿Qué palabras empleas para describir en qué consiste?”

El equipo de trabajo social se dio cuenta que tanto el personal como los pacientes debían ser conscientes de que los intérpretes (si se necesitan) deben estar disponibles para todos los pacientes con sordera o hipoacusia. La legislación federal exige que los proveedores y los establecimientos que reciben fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos estadounidense faciliten servicios de asistencia con el lenguaje y publiquen su disponibilidad (véanse las fuentes). En estos fondos se incluyen Medicaid y Medicare (Partes A y C).

“En el caso de los prestadores de servicios, se facilita la comunicación”, asegura Gonzales. “En el caso de las familias, no sienten que deban ser responsables de la interpretación, por lo que se les quita un peso de encima. También creo que se crean unas expectativas para el personal, que se debe asegurar de que está realizando un buen trabajo de comunicación”.

El personal de trabajo social dio prioridad a los servicios de interpretación y propuso que su departamento fuera el enlace con este servicio. “Lo que los médicos, enfermeros y otros miembros del personal debían entender era: ¿cómo podemos conseguir fácilmente un intérprete de lengua de signos para las citas y qué recursos tenemos a nuestra disposición?”, comenta Linda Bender, jefa de los trabajadores sociales de oncología del Providence Cancer Institute.

Colocaron carteles en todo el hospital: “Usted tiene derecho a un intérprete”. El objetivo era que esta afirmación la asimilaran tanto los pacientes como los profesionales sanitarios. Según Bender y Gonzales, esta táctica funcionó. Observaron un aumento de las solicitudes de un intérprete por parte de los pacientes

Marzo-Abril 2019 - número 2

con sordera antes de las citas, y los colegas del hospital eran conscientes de que debían llamar al departamento de trabajo social de inmediato en el caso de que se necesitase un intérprete.

Otra complicación adicional sobre la comunicación era la idea errónea que tenía el personal de que los pacientes con sordera podían leer simplemente su diagnóstico y entenderlo. Los trabajadores sociales contrataron a un paciente con cáncer que padecía sordera con el fin de que revisara los materiales educativos impresos destinados a los pacientes. El paciente les dijo que en los materiales no se describía adecuadamente la enfermedad.

El equipo y este paciente trabajaron conjuntamente para elaborar una serie de vídeos específicamente destinados a la comunidad con problemas de audición. Utilizando lengua de signos, “voz en off” y subtítulos superpuestos, en los vídeos se explica lo que significa el cáncer y se definen los tratamientos habituales para esta enfermedad y los términos médicos.

Después de trabajar estrechamente con personas con cáncer que padecen sordera, la trabajadora social de oncología Jennifer Gillette creó el Grupo de apoyo para el cáncer Journey of Hope (Viaje de esperanza) para pacientes con sordera en el área metropolitana de Detroit. El grupo se reúne trimestralmente durante todo el año y pueden participar pacientes con cualquier diagnóstico de cáncer, así como los cuidadores. Actualmente, Gonzales prosigue con el trabajo de Gillette ejerciendo de moderadora del grupo.

La estructura de la reunión es similar a la estructura de la mayoría de los grupos de apoyo para el cáncer, con presentaciones y saludos de los asistentes, seguido de una presentación y un debate. El grupo decide sobre el tema de la presentación (entre los temas ya tratados se incluyen la educación sobre el dolor, la pérdida, el establecimiento de objetivos y la nutrición) y se programan los ponentes. Gonzales señala que los ponentes que también padecen sordera ejercen un gran impacto en el grupo.

“¿Qué mejor manera de recibir información que si la facilita alguien en tu misma situación? Ayudarles a que se faciliten formación mutua es uno de los enfoques principales de lo que tratamos de realizar en el grupo”, afirma.

Uno de los intérpretes médicos que a menudo presta servicios en la comunidad médica local es un asistente frecuente del grupo. Gonzales considera a este intérprete una excelente fuente de referencia para el grupo y ayuda a moderar el debate, siendo además un rostro familiar dado que asiste activamente a las citas con los pacientes.

“Si te pido que describas un cono de helado y nunca has visto ninguno, ¿cómo te las arreglas? ¿Qué palabras empleas para describir en qué consiste?”

Se encuentra en la HCE

En el caso de los pacientes con sordera que se comunican mediante la lengua de signos estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés), el acceso a intérpretes médicos cualificados que sean competentes en ASL es esencial para facilitar una asistencia sanitaria de calidad.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Cuando Sara Toth advirtió que no se reservaban intérpretes en los plazos adecuados para hacer frente a las necesidades reales en las visitas de los pacientes, tomó medidas.

“En el procedimiento original se indicaba que los pacientes tenían derecho a un intérprete y que se debía organizar”, comenta Toth, que era entonces trabajadora social de oncología en el Rutgers Cancer Institute. “Sin embargo, no teníamos ningún sistema para implementarlo. Empezábamos a tener más pacientes con más necesidades y no podíamos seguir funcionando de la misma manera”.

Toth, que ahora trabaja en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, comenzó su proceso de cambio con la formación del personal sobre las necesidades de los pacientes con sordera e hipoacusia. Toth señala que el concepto del cáncer es difícil de explicar en ASL.

“Se debe desarrollar sobre una frase una conversación mucho más amplia de lo que creemos”, asegura. “Pero los profesionales sanitarios lo desconocían. Se dirigían a los pacientes y se expresaban con palabras como “inmunoterapia” y el “gen BRCA 1”. A continuación, los intérpretes trataban de expresar este concepto, que no es fácil de expresar con precisión. Hubo que facilitar formación a los profesionales sanitarios: no podían decir simplemente “gen BRCA 1” e “inmunoterapia”, sino que era preciso que explicaran lo que realmente significaban.

Toth organizó sesiones de formación general para todo el personal: médicos, enfermeros y recepcionistas. Impartió un resumen de las necesidades específicas de esta población de pacientes y la diferencia entre la ASL y el inglés escrito, destacando las mismas indicaciones que en el hospital de Gonzales: no es suficiente con facilitar un resumen por escrito. Toth invitó también a un representante de la División de Nueva Jersey para personas con sordera e hipoacusia para que asistiera a una formación práctica impartida al personal.

A continuación, Toth abordó el problema de los “asignadores de citas de pacientes” que llamaban desesperados a su departamento en el último minuto para conseguir que un intérprete acudiera a una cita. En ocasiones, era imposible conseguir a ningún intérprete. Los problemas se debían en gran parte a la manera en que los profesionales sanitarios documentaban la pérdida auditiva en la historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes. Toth analizó la configuración de la HCE.

“Los pacientes que tienen algún tipo de necesidad adicional se deben identificar con facilidad en la HCE”, opina Toth. “No debe quedar perdida entre los datos demográficos o en algún lugar poco visible de la historia, como en la sección de notas, que el paciente padece sordera o hipoacusia”.

Se puso en contacto con el departamento de TI de su instituto y dispuso que se integrase un icono de intérprete en el sistema. Actualmente, este símbolo aparece junto al nombre del paciente en la HCE de cada paciente con una pérdida auditiva documentada. Avisa automáticamente al personal de recepción para que se comunique con el departamento de trabajo social con el fin de que programe los servicios de un intérprete.

“Fue una medida de gran importancia y superfácil... todo el personal encargado de la asignación de citas podía identificar que el paciente tenía una necesidad, por lo que era preciso pasar a la etapa de reserva de servicios de un intérprete”, añade Toth.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Audiología intervencionista

Pero ¿qué ocurre con los pacientes que tienen una pérdida auditiva de leve a moderada, una población cuyas necesidades de amplificación no son tan evidentes como las de los pacientes que tienen una pérdida auditiva más severa? Se trata de una población amplia y desatendida en cuanto al acceso a la comunicación, aseguran las audiólogas Catherine Palmer y Lori Zitelli del Centro Médico de la University of Pittsburgh (UPMC).

Cuando su grupo de audiolgía evaluó la audición de pacientes hospitalizados y abordó los problemas con los audífonos, se hizo evidente que un gran número de pacientes (especialmente los mayores de 65 años) necesitaba asistencia auditiva para participar plenamente en la toma de decisiones de la asistencia sanitaria.

Para hacer frente a esta necesidad de comunicación, se sugirió que se facilitasen amplificadores de auriculares sencillos, económicos y no personalizados a los pacientes con una pérdida auditiva de leve a moderada que no utilizaban o no disponían de audífonos. No fue necesario insistir demasiado para demostrar el valor de este servicio.

“Una vez que [los profesionales sanitarios] se dieron cuenta del grado en que la pérdida auditiva influía en su capacidad de evaluar y tratar a los pacientes, y lo fácil que era atenuar estos efectos con un amplificador no personalizado, lo adoptaron convencidos”, afirma Zitelli, audióloga de UPMC.

Zitelli y Palmer se refieren a esta iniciativa como “audiología intervencionista”.

“Nuestro lema es “buscar soluciones no convencionales” y ofrecer servicios de audiolgía a los pacientes”, asegura Palmer, directora de Audiolgía de UPMC y profesora adjunta de la University of Pittsburgh. “Nuestro enfoque es la audiolgía intervencionista, lo que significa que tratamos la audición aun cuando no sea el problema principal, si bien ejercerá un impacto negativo en la salud si no se aborda”.

El programa ha tenido una gran acogida por parte de los pacientes, las familias y los profesionales sanitarios, y se aprecia una mayor participación de los pacientes en las conversaciones sobre la asistencia con los profesionales sanitarios. Muchos pacientes y familias que usan el dispositivo como parte de su asistencia ambulatoria están tan satisfechos con el amplificador que terminan por comprarlo para utilizarlo en su hogar. En el caso de los pacientes hospitalizados, el sistema de UPMC facilita el amplificador durante la estancia en el hospital y los pacientes se lo pueden llevar a su casa sin cargo. El hospital lo considera un problema de accesibilidad a la comunicación.

“Al igual que no se cobra a los pacientes por facilitar que un centro sea físicamente accesible, tampoco cobramos por facilitar que en el mismo entorno la comunicación sea accesible. Somos conscientes de que las personas necesitarán seguir comunicándose adecuadamente durante su recuperación ya sea en su domicilio o en un centro de rehabilitación”, añade Palmer.

Los amplificadores se facilitan en entornos de pacientes hospitalizados, clínicas geriátricas ambulatorias y

Marzo-Abril 2019 - número 2

diversas clínicas interdisciplinarias. (Para obtener más información sobre esta intervención en el sistema de UPMC, consúltense “Amplificación de la asistencia al paciente”, julio de 2017).

Imagínese que únicamente escucha una parte de las indicaciones de asistencia de su equipo médico o la descripción de un procedimiento y, a continuación, se espera que adopte una decisión sobre su asistencia.

Cuanto más sencillo, mejor

Pero la situación no es tan halagüeña para los pacientes sin amplificación. Imagínese que únicamente escucha una parte de las indicaciones de asistencia de su equipo médico o la descripción de un procedimiento y, a continuación, se espera que adopte una decisión sobre su asistencia. En esta situación, los pacientes con una pérdida auditiva tienen un mayor riesgo de que la asistencia sanitaria que reciban sea peor (consúltense las fuentes).

No obstante, aparte de la amplificación, los factores ambientales pueden marcar una gran diferencia en la eficacia de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, señala Tricia Ashby-Scabis, directora de Audiología de ASHA.

Un paciente con audífonos que se encuentre acostado en una cama y con una almohada detrás de la cabeza puede oír una retroalimentación de tipo silbido debido a una cobertura parcial de los micrófonos. Las señales visuales que son importantes para la comunicación se pueden pasar por alto si los médicos facilitan las indicaciones en estancias poco iluminadas o si giran la cabeza sin darse cuenta. Una máquina junto a la cama de un paciente genera el ruido suficiente para repercutir negativamente en una pérdida auditiva leve y es posible que el paciente no se entere de partes clave de la información que el médico le esté facilitando.

Incluso sin estos impedimentos, una pérdida auditiva leve-moderada no diagnosticada puede ser una barrera, comenta Ashby-Scabis. “En muchas ocasiones, los pacientes no quieren defender sus derechos”, asegura. “No desean llamar la atención sobre el hecho de que padecen una pérdida auditiva. Su respuesta natural es: “Sí, puedo oír lo que está diciendo”. Pero si les acabas de decir lo que has comido en la cena o el nombre de tu perro... son incapaces de repetir la información. Es frecuente que la información más compleja no se comprenda con facilidad. Basta con considerar la cantidad de información que se debe asimilar para entender un diagnóstico médico”.

Ashby-Scabis hace hincapié también en que la presencia de más personas (amigos y familiares) en la consulta no facilita que se entienda mejor la información médica: De pronto, tu “compañero de comunicación” debe asumir la responsabilidad de comprender la información. “Es como decirle a alguien que debe hablar un idioma completamente nuevo sin ninguna base del mismo”.

Si desean ayudar, los audiólogos deben utilizar estrategias sencillas para formar a sus colegas y facilitar a otros profesionales sanitarios un recordatorio de la pérdida auditiva de un paciente. Por ejemplo, cuando trabajaba en consultorios clínicos en la ciudad de Washington, Ashby-Scabis preguntaba a sus pacientes los nombres de los médicos que les atendían, para posteriormente enviarles cartas en las que indicaba su

Marzo-Abril 2019 - número 2

grado de pérdida auditiva. En su opinión, este mensaje sencillo servía de recordatorio a otros profesionales sanitarios para que pusieran en práctica una buena comunicación con estos pacientes, además de informarles de su función de colaboración en la comunicación de los pacientes.

“Cuando reciba a un paciente en su consulta, debe asegurarse de que le pueda ver el rostro, que el paciente no se encuentre reclinado y que siempre haya una buena iluminación cuando transmita información importante. Cerciórese de que el paciente pueda repetir los puntos clave de lo que usted haya dicho. Facilite a los pacientes información condensada”, aconseja.

Y, cuando se hospitaliza a personas que normalmente utilizan audífonos, es posible que ni siquiera los lleven consigo. Al igual que se pide a los pacientes que se quiten las joyas, los audífonos se perciben con frecuencia como un artículo caro que se debe dejar en casa para evitar perderlo o extraviarlo accidentalmente.

“Numerosos profesionales sanitarios, especialmente en los centros, prefieren que los pacientes utilicen sus propios audífonos para facilitar la comunicación, pero el coste-riesgo para el centro es a menudo el factor determinante para pedir a un familiar que se los lleve a casa”, informa Ashby-Scabis.

Es una pena, señala, ya que se crea una barrera de comunicación evidente para los pacientes que utilizan audífonos con regularidad. Recomienda a los pacientes y a las familias que defiendan la utilización de los audífonos por parte del paciente en el hospital.

“Cerciórese de que el paciente pueda repetir los puntos clave de lo que usted haya dicho. Facilite a los pacientes información condensada”.

Pruebas de audición: no son solo para niños

Otra forma de defensa de los intereses de los pacientes es que los audiólogos fomenten la realización con regularidad de pruebas de audición en pacientes adultos. A la mayoría de los adultos no se les ha realizado una prueba de audición desde que eran niños.

“La pérdida de audición se produce lentamente y sin previo aviso en la mayoría de las personas”, asegura Ashby-Scabis. “Es un proceso muy lento. En el caso de los niños, las pruebas de audición tienen sentido, porque la audición está ligada al desarrollo del lenguaje y la alfabetización. Sin embargo, en la vida adulta es cuestión de suerte, porque son pocos los adultos a los que se les realiza con regularidad un examen de las capacidades auditivas básicas.

Dado que se espera que el número de personas con una pérdida auditiva aumente 30 millones en 2060 (consúltense las fuentes), los exámenes auditivos rutinarios podrían servir para identificar a los pacientes de una manera temprana. Ashby-Scabis recomienda que los audiólogos se pongan en contacto con los consultorios de atención primaria o los médicos de cabecera para fomentar las derivaciones en caso de sospecha de una pérdida auditiva.

Marzo-Abril 2019 - número 2

Una vez que se identifica una pérdida auditiva, es preciso realizar un seguimiento más frecuente. Se pueden realizar consultas sobre estrategias o tecnologías de comunicación con un registro documentado de la capacidad auditiva del paciente.

El desarrollo de relaciones interdisciplinarias es una parte importante de una carrera profesional en la asistencia sanitaria y, en consecuencia, la práctica interprofesional se está enseñando a la siguiente generación de audiólogos, señala Ashby-Scabis. “Lo estamos fomentando. Estamos enseñando a la nueva generación a que esté dispuesta a ponerse en contacto con el oncólogo y decirle: El paciente que me derivó para comprobar la ototoxicidad y averiguar si tiene una pérdida auditiva está teniendo verdaderas dificultades. Puedo sugerirle una amplificación, pero el tratamiento puede provocar una degradación auditiva continua que repercuta en su capacidad para utilizar determinados dispositivos auditivos. ¿Existen opciones de tratamiento alternativas?” Estas opciones se deben centrar en las necesidades oncológicas principales del paciente, atendiendo al mismo tiempo su pérdida auditiva cambiante.

En su opinión, el énfasis, en el caso de los alumnos y los profesionales que empiezan a ejercer, debe ser evitar la complacencia. “Enseñamos a los alumnos buenas habilidades de comunicación y rehabilitación auditiva”, afirma. “Debes implicarte. Eres el experto en la materia. No te sientes a esperar que alguien te diga lo que debes decir. Exprésate y representa a tus pacientes y a esta increíble profesión”.

Este artículo se publicó en The ASHA Leader, Marzo de 2018, Vol. 23, 58-61.