

SERGIO RAMÍREZ GELL*

ODALIS GEORGINA RAMOS GARCÍA**

ADIA GELL LABAÑINO***

Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente "Carlos J. Finlay"*, La Habana

Hospital Nacional "Enrique Cabrera", La Habana**

Universidad de Oriente*, Santiago de Cuba**

sergio.gell@nauta.com.cu, odalis.romerog@gmail.com , adiafell1@gmail.com

Educación socioemocional en pacientes de ortopedia y dermatología: una mirada desde la comunicación asertiva en la formación postgraduada

Introducción

La formación postgraduada en ortopedia y dermatología ha evolucionado significativamente en cuanto a conocimientos clínicos y tecnológicos, incorporando avances científicos y destrezas terapéuticas especializadas. Sin embargo, persiste una notoria carencia en los contenidos relacionados con la comunicación clínica y humana, fundamentalmente para una atención integral y empática.

Esta omisión limita la capacidad de los profesionales para establecer vínculos efectivos con sus pacientes, principalmente en contextos de dolor crónico, alteraciones visibles de la piel o condiciones traumatológicas que impactan la imagen corporal y el bienestar emocional. Incluir módulos o cursos de comunicación en estos programas enriquecería la formación médica y especializada, facilitando una práctica más humanizada, contextualizada y centrada en el paciente.

De ahí que se considere que el fortalecimiento de la dimensión socioemocional en el ámbito clínico constituye hoy una necesidad impostergable, sobre todo en especialidades como ortopedia y dermatología, donde el cuerpo y su percepción adquieren una centralidad vital. En este contexto, la comunicación asertiva se erige como puente entre el conocimiento técnico y la sensibilidad humana, y su incorporación en la formación postgraduada resulta estratégica para humanizar los procesos de atención en salud.

La presente ponencia tiene como objetivo reflexionar a partir de la propuesta de una estrategia formativa contentiva de acciones de intervención comunicativa-asertiva en la formación clínica especializada en ortopedia y dermatología, atendiendo a las particularidades socioemocionales de los pacientes.

Desarrollo

La educación socioemocional ha sido objeto de estudio de diferentes especialistas y desde diferentes perspectivas y contextos, entre los que se destacan Bisquera y Pérez (2007) quienes la definen como:

“un proceso educativo, continuo y permanente, orientado al desarrollo de competencias emocionales, como elemento esencial del desarrollo integral de la persona”. en el ámbito universitario, estas competencias, autoconciencia, autorregulación, empatía, habilidades sociales y toma de decisiones responsable, resultan fundamentales para la formación ética, la convivencia académica y el bienestar mental de los estudiantes. (Bisquera y Pérez,2007).

En el contexto de la salud, se define como aquel “proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, en tanto ambos constituyen elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral”. (Fernández, Berrocal P. y Cabello, R.2020).

Esta busca desarrollar habilidades como la empatía, la autorregulación emocional, la toma de perspectiva y la comunicación efectiva. En el ámbito hospitalario, su implementación permite comprender al paciente más allá de su diagnóstico, reconociendo la vivencia emocional del dolor, la vulnerabilidad y la esperanza.

La ortopedia y la dermatología comparten el reto de acompañar cuerpos que duelen, que son mutilados o que son mirados con prejuicio, de ahí la urgencia de dotar al personal clínico de herramientas emocionales sólidas que contribuyan a mitigar el dolor físico y emocional del paciente.

No obstante, con frecuencia, es común que los especialistas en ortopedia transmitan diagnósticos sobre fracturas, limitaciones físicas o necesidad de cirugía sin emplear un lenguaje adaptado al nivel emocional o cognitivo del paciente. Esto puede generar ansiedad, incompreensión o falta de adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes adultos mayores o con traumas recientes. En dermatología, a menudo comunican condiciones visibles como la psoriasis o la alopecia desde una lógica clínica, sin considerar el impacto estético y emocional que estas conllevan. Frases despersonalizadas como: “es un problema crónico, debe aprender a vivir con él”, pueden dañar la autoestima del paciente.

Tanto en consultas como en seguimiento postoperatorio, suele faltar preparación comunicativa para ofrecer malas noticias con sensibilidad o guiar procesos de adaptación emocional ante cambios físicos como amputaciones o cicatrices visibles. En contextos pediátricos o geriátricos, la carencia de estrategias comunicativas provoca la pérdida de la confianza, lo que limita la recogida de información clave o el seguimiento terapéutico eficaz.

Por ello, se opina que, la comunicación asertiva constituye una herramienta esencial que el especialista puede utilizar como una forma de contribuir al proceso de salud emocional y física por el que transita el paciente. La comunicación asertiva, es entendida como un estilo de comunicación que implica expresar tus ideas, opiniones y sentimientos de manera clara, directa y respetuosa, sin agredir ni menospreciar a los demás. Se basa en el respeto mutuo y en la búsqueda de un equilibrio entre tus propias necesidades y las de los demás. En el cuidado clínico, se asume como una relación terapéutica que valida la experiencia del paciente, previene conflictos y contribuye al bienestar emocional.

La bibliografía especializada registra diferentes tipos de estilos asertivos, definiéndolos como las diversas formas en que las personas enmarcamos nuestra comunicación y/o nos enfrentamos al conflicto. Cada ser humano tiene un estilo base, aunque este puede cambiarse de uno a otro, dependiendo de la situación con quien nos comuniquemos, el punto de nuestra vida en que nos encontremos o las habilidades sociales que hayamos desarrollado. Según las teorías consultadas son 4 estilos entre ellos:

- ✓ Estilo Pasivo
- ✓ Estilo Agresivo
- ✓ Estilo Pasivo-Agresivo
- ✓ Estilo Asertivo

Desde la formación postgraduada, implica promover este tipo de comunicación, pues, no sólo mejora el vínculo médico-paciente, sino que previene el desgaste emocional del profesional de salud, favoreciendo su autocuidado.

Los pacientes de las especialidades objeto de estudio suelen presentar, particularidades socioemocionales relacionadas con su dolencia. En el caso de los de ortopedia, generalmente suelen enfrentar procesos de inmovilidad temporal, mutilaciones de miembros, cambios en su autonomía y dependencia de dispositivos externos. Esto puede generar sentimientos de frustración, pérdida de identidad y depresión.

Por su parte el paciente de dermatología convive muchas veces con la estigmatización, la alteración de la imagen corporal y el aislamiento social. La experiencia de los autores del presente trabajo, en el tratamiento a pacientes de ortopedia y dermatología, les permite señalar que, generalmente, los pacientes que sufren mutilación, pérdida de movilidad, vitíligo o psoriasis, acné severo, entre otras, desarrollan un estilo de comunicación pasivo-agresivo. Es una mezcla de ambos estilos.

Se manifiestan con bastante agresividad y resentimiento por dentro, aunque se muestran sumisa y afables. Es muy común que se propongan manipular y chantajear emocionalmente a los demás, en este caso, el familiar más cercano, el médico o enfermera, para poder ser tomados en cuenta. En ocasiones utilizan una comunicación indirecta para decir lo que piensan. No siempre son honestos, ni claros, con sus emociones. Internamente se sienten inseguros o amenazados.

Ambos contextos requieren intervenciones educativas que desarrollen la comunicación, la escucha activa, la validación emocional y estrategias de acompañamiento lo que favorecerá humanizar la medicina a partir de la palabra. Desde esta perspectiva se propone una estrategia formativa para residentes de las especialidades de Ortopedia-Traumatología y Dermatología que contribuya en su formación postgraduada en la educación socioemocional y su óptimo tratamiento a pacientes de dichas especialidades.

Estrategia comunicativa-asertiva para la formación clínica especializada en ortopedia y dermatología, atendiendo a las particularidades socioemocionales de los pacientes.

Objetivo. Ofrecer herramientas teórico metodológicas que favorezcan la formación postgraduada consciente a partir de la comunicación asertiva y la empatía en la relación con pacientes.

Etapas:

Diagnóstico y sensibilización

Objetivos.

1. Identificar las necesidades de preparación de los residentes de la especialidad de Ortopedia y Dermatología referidas a la comunicación asertiva con sus pacientes.
2. Sensibilizar a los futuros especialistas sobre la importancia de establecer una comunicación asertiva con sus pacientes.

En esta etapa se aplican métodos como entrevistas, encuestas a pacientes, familiares, cuidadores, especialistas y técnicos de la salud, sí como observaciones de actividades en la vida cotidiana o en condición de ingresado de pacientes y consultas en el hospital o policlínicos. Los resultados dan cuenta de diversas emociones expresadas por cada uno de ellos de acuerdo al rol que les corresponde.

Se seleccionó una muestra de 20 pacientes de ortopedia y 20 de dermatología. 5 de ellos, jóvenes sufrieron mutilación de un miembro debido a un cáncer, la diabetes, accidente de tránsito o en el hogar. 15 sufren artrosis generalizada, neuropatía u osteoporosis, en su mayoría mujeres, em edad menopáusica.

En el caso de los de dermatología 9 sufren vitiligo en algunas partes del cuerpo, 8 presentan una psoriasis severa en todo su cuerpo y 2 jóvenes con acné en el rostro, cuello y espalda.

Estos pacientes entrevistados expresan y muestran emociones de frustración, tristeza, dolor, son pocos comunicativos y en ocasiones se sienten culpables de su condición. Alzan la voz para hablar, solicitan ser atendidos con rapidez o se aíslan. Hay otros que tratan de sobresalir en lo que hacen para llamar la atención hacia otra parte de su cuerpo y persona que consideran sin defectos y así lo expresan: soy inteligente, trabajador, buena persona. Dando muestra de una autoestima a considerar.

Los familiares y cuidadores coinciden que ellos se muestran agresivos, a veces cuando quieren algo y no pueden lograrlo por sí solo, pero en el fondo tienen un buen corazón, solo hay que entenderlos. Los especialistas y técnicos de la salud, conversan con ellos y les sugieren ejercicios y actividades sociales.

Sin embargo, ellos consideran insuficientes para la preparación a estos pacientes y a los que va a enfrentar una intervención quirúrgica que significa perder un miembro o quedar inmovilizado y atado a un dispositivo. Los jóvenes que padecen una alopecia, un acné severo, un vitiligo, necesita de orientación y educación para controlar sus emociones y saber vivir con esa condición. A partir de estos resultados se procede a una segunda etapa.

Etapa 2. Diseño de acciones de educación socioemocional para residentes de ortopedia y dermatología desde la comunicación asertiva con sus pacientes.

1. Realización de talleres vivenciales sobre gestión emocional, análisis de casos con enfoque socioafectivo, simulaciones clínicas con retroalimentación centrada en la comunicación, y espacios de conformación entre especialistas, psicólogos y pacientes expertos.

2. Inclusión de cursos en los programas de formación postgraduada que aborden temas como la entrevista médica empática, la información de malas noticias, y la gestión emocional ante cambios físicos visibles.

3. Promoción de prácticas supervisadas que integren la reflexión crítica sobre el impacto emocional del quehacer clínico y espacios de autocuidado.

4. Creación de espacios para trabajo interdisciplinar con psicólogos y terapeutas del lenguaje: desarrollar acompañamiento emocional en casos de impacto corporal con cicatrices o deformidades, que requieran apoyo más allá del tratamiento físico

5. Elaboración de un material dirigido a residentes y especialistas de ortopedia, traumatología y residentes y dermatólogos contenido de:

Frase guía: "acompañar el cuerpo, comprender la emoción"

1. Información teórica sobre la comunicación asertiva. Características y sus principales representantes.

2. Claves socioemocionales con pacientes ortopédicos.

3. Claves socioemocionales con pacientes dermatológicos.

4. Cómo preparar desde la comunicación asertiva a un paciente para enfrentar una intervención quirúrgica que implique pérdida de movilidad, de un miembro o cicatrices en el rostro u otra parte visible del cuerpo.

6. Recomendaciones prácticas:

✓ Frases que conectan

✓ Escucha activa en 3 pasos: autocuidado para profesionales, actividad vivencial: escuchar con el cuerpo

Actividad 1. Incorporación de enfoques narrativos y escucha activa. "Cuéntame, te escucho".

Objetivo. Concientizar sobre la importancia de la comunicación verbal, no verbal y la empatía en la relación con pacientes.

Tiempo 10-15 minutos

Desarrollo

Formar parejas. Una persona asume el rol de paciente (con una historia emocional sencilla, la otra es el profesional).

El paciente relata su historia con gestos y palabras

Impactos de la propuesta:

La implementación de estas acciones permitió corroborar el valor esencial de la comunicación asertiva en pacientes de las especialidades objeto de estudio, con los cuales se trabajó desde la palabra y cómo se apreció la comprensión, necesidad y aceptación de su estado.

Fueron elaborados y presentados trabajos científicos como culminación de la especialidad relacionado con el tema de la comunicación asertiva con los pacientes a través de un estudio de caso.

Conclusiones

Integrar la educación socioemocional y la comunicación asertiva en el proceso de formación posgraduada representa un acto de justicia afectiva hacia pacientes históricamente medicados sin acompañamiento emocional.

Esta propuesta no sólo mejora la calidad del cuidado, sino que dignifica el ejercicio profesional y transforma la cultura institucional del sector de la salud por lo que urge ponerla en práctica en programas curriculares de formación ética y humana.

Bibliografía

Bisquera, R. (2007). Concepto de la educación emocional. en www.rafaelbisquera.com/el-concepto-de-la-educacion-emocional.

Fernández Berrocal P, Cabello R. La inteligencia emocional como fundamento de la educación emocional. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar* [Internet]. 2020 [citado 18/07/2024]; 1(1): 31-46. Disponible en: https://ri.ibero.mx/bitstream/handle/ibero/6043/RiEEB_01_01_31.pdf?sequence=1

Pérez, J. C y González (2020). Educación Emocional en la Educación para la Salud. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. en <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos>.

Suárez, N., Soler, M. y García, Y. (2023). Caracterización histórica de la educación emocional en la formación del estomatólogo. Universidad de Ciencias Médicas Carlos J Finlay, Camagüey, Cuba.