

Diálogo educativo con el paciente en la consulta de traumatología y ortopedia

Educational dialogue with patients in traumatology and orthopedics

Laura Elizabeth Velázquez-Tamez¹, 

DOI:10.19136/hs.a21n1.4047

Artículo Original

• Fecha de recibido: 9 de octubre de 2020 • Fecha de aceptado: 11 de junio de 2021 • Publicado en línea: 20 de octubre de 2021

Autor de Correspondencia:

Laura Elizabeth Velázquez Tamez. Dirección postal: Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Avenida Paseo del Acueducto S/N, Colonia Del Paseo Residencial, C.P. 64920 Monterrey, Nuevo León, México.

Correo electrónico: laura.velazquez0720@yahoo.com

Resumen

Objetivo: Se analiza el diálogo con el paciente con un enfoque educativo para éste, como posible elemento para reducir los conflictos en la relación médico-paciente y mejorar la adherencia terapéutica. La investigación profundiza sobre el concepto de diálogo educativo con el paciente y buscó identificar estrategias de enseñanza y habilidades blandas que el médico requiere para desarrollarlo.

Materiales y métodos: Investigación cualitativa, muestreo de primer orden con análisis de entrevistas en profundidad con médicos especialistas en Traumatología y Ortopedia, con ulterior análisis de caso instrumental en muestreo de segundo orden para enriquecer los datos recabados, utilizando observación no participante, notas de campo y entrevista en profundidad.

Resultados: Se identificaron en el discurso de los médicos cuatro acciones clave para desarrollar el diálogo educativo con el paciente, luego, el estudio de caso permitió conocer las estrategias de enseñanza y habilidades del médico, que son necesarias para enseñar al paciente a cuidar su salud, así como la forma en la que esto es recibido por parte del paciente.

Conclusiones: El modelo de cuatro pasos representado por las acciones del médico para desarrollar el diálogo educativo con el paciente, podría ayudar a prevenir conflictos en la relación médico-paciente en una especialidad con altos índices de demandas en México. Los pacientes valoran el tiempo que el médico les brinda para explicar y aclarar sus dudas. Se sugiere profundizar en la enseñanza de estas habilidades en la formación médica.

Palabras clave: Traumatología; Ortopedia; Servicios de salud; Educación en salud; Investigación cualitativa.

Abstract

Objective: Dialogue with patients is analyzed in this paper with an educational approach for them, as a possible element to reduce conflicts in the doctor-patient relationship and to improve therapeutic adherence. The research delves into the concept of educational dialogue with the patient and sought to identify teaching strategies and soft skills that the doctor requires to make it happen.

Materials and methods: Qualitative research, first order sampling with analysis of in-depth interviews with specialists in traumatology and orthopedics, with subsequent instrumental case analysis in second order sampling in order to enrich the data collected, using non-participant observation, field notes and in-depth interview.

Results: Four key actions were identified in the doctors' discourse to develop the educational dialogue with the patient, then the case study allowed to know the teaching strategies and skills of the doctor that are necessary to teach the patient to take care of their health, as well as the way in which this is received by the patient.

Conclusions: The four-step model represented by the doctor's actions to develop educational dialogue with the patient could help to prevent conflicts in the doctor-patient relationship within a specialty with high lawsuit rates in Mexico. Patients value the time that the doctor gives them to explain and clarify their doubts. It is suggested to deepen on the teaching of these skills in medical training.

Key words: Traumatology; Orthopedics; Health services; Health education; Qualitative research.

¹ Doctorado en comunicación e innovación educativa. Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestría en derecho. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Maestría en educación. Universidad de Monterrey. Especialidad en derecho público. Escuela de Graduados en Administración pública y política pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Licenciada en derecho. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Afiliación institucional: Docente e investigadora en Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción

Actualmente algunas especialidades médicas enfrentan una creciente de conflictos en los tribunales, entre estas especialidades se encuentran: Cirugía general, Ginecobstetricia, Traumatología y Ortopedia, generando con esto lo que se conoce como medicina defensiva^{1, 2}. Dicha problemática representa un fenómeno complejo, en parte, obedece a la judicialización de la medicina. Esta consecuencia podría revertirse si se trabaja en la prevención de los conflictos.

En México, Traumatología y Ortopedia es una de las tres especialidades con mayor índice de quejas interpuestas en la CONAMED³. Traumatología y Ortopedia es una especialidad compleja puesto que, para tener buenos resultados, requiere mayor participación activa del paciente, su involucramiento y responsabilidad en el cuidado de su salud más acentuado, en comparación a otras especialidades médicas⁴. Implica que el paciente mantenga “un compromiso prolongado en el tiempo, buena comunicación, con recomendaciones ambulatorias muy claras y constatadas en la historia clínica”⁵.

Por otro lado, la época actual requiere desarrollar una medicina centrada en el paciente –MCP. Es necesario el acercamiento y la comprensión del médico no solo de los aspectos clínicos sino también sociales, emocionales y culturales que afectan la relación con su paciente⁶.

De esta manera, dentro de la MCP se dan las condiciones para que los pacientes expresen sus preocupaciones y verbalicen preguntas concretas, según los investigadores la MCP reduce los conflictos y mejora la adherencia terapéutica⁷. Esto guarda estrecha relación con el concepto de diálogo educativo que se analiza en este manuscrito.

Cuba-Fuentes, Contreras, Ravello, Castillo y Coayla⁸ refieren que dentro del modelo de la MCP se encuentran cuatro componentes:

- 1). Explorar la salud o enfermedad (sentimientos, ideas, función, expectativas).
- 2). Entender a la persona como un todo (persona, familia, contexto).
- 3). Encontrar un terreno común (tomar acuerdos, establecer metas, definir roles).
- 4). Mejorar la relación médico-paciente (compasión, empatía, entre otras).

La comunicación entonces se vuelve un aspecto fundamental de la atención. En ese sentido, se propone en este manuscrito que en el contexto de la relación médico-paciente se da un diálogo educativo: todo comunica, todo enseña y todo influye en el paciente para que siga las indicaciones médicas. Este diálogo educativo se desarrollaría dentro de un modelo de MCP.

Los investigadores refuerzan la idea de que la medicina se encuentra en constante transformación por los avances no solo científicos y tecnológicos, sino también culturales y sociales, destacan que en la MCP se redescubre la variabilidad individual y el médico coadyuva al empoderamiento de los pacientes⁹.

El empoderamiento entonces estaría representado por el respeto a la autonomía del paciente por parte del médico: el paciente tiene libertad para tomar decisiones sobre su salud. Pero también, el empoderamiento se representa a través del conocimiento que el paciente adquiere para tomar decisiones que beneficien su salud: el paciente necesita el conocimiento para tomar decisiones. El eje de esta investigación es pensar la manera y las estrategias para hacer esto posible.

Mediante el diálogo con su médico, el paciente se educa en el cuidado de su salud a través de la guía del médico, en un proceso educativo informal. El médico orienta las decisiones del paciente respetando su autonomía pero manteniéndose cercano, al explicar con detalle no solo su padecimiento sino como cuidar su salud, esto es el diálogo educativo con el paciente.

El médico, además de ser el portador de un saber que aplica en beneficio del paciente, comparte sus conocimientos y el paciente construye conocimiento a partir de esta relación¹⁰.

En esta interacción se genera un vínculo de confianza que favorece la comunicación, en consecuencia, ocurre la transferencia de información que el paciente podrá incorporar como aprendizaje significativo para el cuidado de su salud.

El diálogo que apoya el proceso de aprendizaje constituye una expresión de lo que teóricamente, desde las ciencias de la educación, se define como educación informal. La educación informal es un proceso que se desarrolla durante la vida, según investigadores, las personas adquieren conocimientos, habilidades y actitudes mediante experiencias cotidianas¹¹.

Muchos aprendizajes de la vida usualmente se dan de manera informal, orientados por otras personas, no son programados y secuenciados intencionalmente, sino que ocurren de manera espontánea por la interacción en contextos diversos¹². Uno de estos contextos es el de la consulta médica.

Todavía son escasos los programas institucionales en México que contemplan intervenciones educativas planificadas y secuenciadas como parte de la atención a los pacientes, ya que esto requiere buena inversión de recursos económicos y humanos, por lo que se aplican solo a ciertos padecimientos crónicos. Entonces resulta necesario optimizar el tiempo de la consulta ordinaria para educar al paciente en el cuidado de su salud, algo que estaría dentro del campo de acción del médico, sin que esto necesariamente forme parte de un programa institucional, pero que sin duda representa un beneficio no solo para el paciente sino también para el médico.

Cuando no hay buena comunicación el proceso de enseñanza y aprendizaje no se desarrolla, lo cual puede generar conflicto en la relación médico-paciente, porque el paciente no comprendió la información que el médico le proporcionó, o bien, el médico no realizó una adecuada explicación de terminología médica relacionada al padecimiento, así como de las indicaciones que el paciente debe seguir para mantener o recuperar su salud. También podría suceder que el médico no confirmó que la información fue recibida como quería que fuera recibida. Incluso el conflicto puede surgir cuando las expectativas del paciente son altas respecto a los resultados reales de la intervención del médico. Una buena comunicación es crucial.

En últimos años se han incrementado las quejas y demandas en contra de la comunidad médica, las cuales son interpuestas por sus pacientes por inconformidades en la atención que han recibido¹³. Esto podría mejorar.

Esta investigación destaca que el paciente adquiere información por parte del médico sobre el cuidado de su salud a través del diálogo que ocurre durante la consulta, contexto en el cual el médico puede emplear estrategias de enseñanza que ayuden a que el paciente adquiera y vincule la información, lo que a su vez hace necesario que el médico desarrolle habilidades blandas, también definidas en la literatura como *soft skills*, que favorezcan la comunicación con su paciente. ¿Cuáles podrían ser esas estrategias de enseñanza? ¿Cuáles habilidades blandas resultan útiles? ¿Por qué resulta este tema relevante? Esto se explica en esta investigación.

Una mala comunicación impacta en la adherencia al tratamiento y hace que el paciente busque en otras personas, a veces no calificadas, el esclarecimiento de sus dudas¹⁴. Estas situaciones pueden complicar la salud del paciente y tras un mal resultado puede surgir el conflicto. En estas situaciones el paciente suele responsabilizar al médico por los malos resultados y el profesional de la salud enfrenta las consecuencias legales y administrativas de estas inconformidades, algunas podrían evitarse con una buena comunicación.

En esta investigación se analizó el rol del médico en una función de guía u orientador frente al paciente, que le enseña nuevos conocimientos para el cuidado de su salud.

Analizar el rol del médico como orientador de las decisiones adecuadas y mejor informadas del paciente no significa un retroceso a la medicina paternalista, sino que en un ambiente de empatía y diálogo se construye el vínculo comunicativo, se intercambia información y se vincula para producir un cambio en la conducta del paciente, una acción o decisión que impacte de manera favorable en su salud.

Las acciones que el paciente realiza para cuidar su salud al momento de salir del consultorio son la evidencia de dicho aprendizaje y representan esa asimilación de la información que el médico le proporcionó en consulta.

Se destacan como parte de los antecedentes de investigación, que la educación del paciente ha sido analizada en la literatura como herramienta y como estrategia para mejorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas¹⁵, los investigadores detallan que la educación del paciente puede hacer disminuir las hospitalizaciones en algunas enfermedades crónicas, destacando la importancia del material educativo que se entrega al paciente.

Subrayan que “el material que se entrega al paciente debe tener unas características esenciales para que cumpla el propósito establecido. Se deben diseñar cartillas o formatos con un contenido claro y sencillo, preferiblemente ilustrado, que abarque todos los tópicos de la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado”¹⁶. Entre otras cosas, sugieren “entregar educación de forma verbal y escrita al paciente, promoviendo el autoestudio con el propósito de lograr su empoderamiento”¹⁷.

Si bien las investigaciones referidas representan un contexto distinto, se toma como referente la importancia que tiene el material educativo y la necesidad de pensar estrategias para educar al paciente en el cuidado de su salud, como aspectos importantes que deben incluirse dentro de la atención que se le brinda al paciente.

Hasta ahora, las investigaciones sobre la educación del paciente subrayan el beneficio directo: hay un impacto positivo sobre su salud. No obstante, los beneficios podrían ser también para el médico, uno de ellos: disminuir los conflictos jurídicos y en consecuencia, disminuir el fenómeno de la medicina defensiva, caracterizada por la desconfianza mutua entre el médico y el paciente. Por lo tanto, la educación del paciente es un tema que compete no solo a las instituciones de salud sino también a los médicos.

Además de las investigaciones mencionadas, para este manuscrito se toma como parte de los antecedentes, los datos de una investigación previa de la autora, en la que se exploró bajo una metodología cualitativa los elementos relacionados a la práctica médica defensiva, proyecto que se desarrolló con 30 médicos de diversas especialidades como sujetos participantes y que arrojó datos sobre la complejidad del fenómeno de la medicina defensiva¹⁸.

Para este manuscrito se tomaron los datos correspondientes exclusivamente a las entrevistas de los médicos traumatólogos que formaron parte de la muestra de la investigación, en torno a la medicina defensiva a la que se hace referencia¹⁸, a fin de perfilar una nueva investigación para profundizar sobre el concepto de diálogo educativo con el paciente e identificar lo que teóricamente se define como estrategias de enseñanza y como habilidades blandas, que resultarían necesarias para desarrollar este diálogo con el paciente.

El diálogo educativo difiere de lo que se ha definido en la literatura como intervenciones educativas o educación en salud para el paciente, ya que aquí el diálogo educativo no es un programa institucionalizado ni multidisciplinario, sino un acercamiento comunicativo del médico con su paciente para ayudarlo a aprender a cuidar su salud.

Se consideró este diálogo educativo como un posible elemento para reducir los conflictos en la relación médico-paciente y mejorar la adherencia terapéutica, lo cual resultaba muy relevante tratándose de una especialidad médica fuertemente golpeada por el incremento en el número de litigios en México.

Materiales y métodos

Este proyecto se desarrolló bajo una metodología cualitativa, el muestreo fue propositivo e intencional. Se analizaron las entrevistas de los médicos que pertenecían a la especialidad de Traumatología y Ortopedia dentro de un grupo de 30 médicos que habían sido entrevistados, la nueva muestra se conformó con 3 de consulta privada y 2 de consulta pública y privada, limitando el estudio a 5 entrevistas.

Se hizo una codificación selectiva con estas cinco entrevistas en torno a una categoría central y se delimitó la codificación a las variables relacionadas significativamente con la categoría *diálogo educativo*, se hizo uso del software Atlas Ti para apoyar esta parte de la investigación.

Posteriormente se realizó lo que Stake¹⁹ define como estudio de caso instrumental, a fin de profundizar en las estrategias de enseñanza y habilidades blandas para mantener un diálogo educativo con el paciente. La naturaleza del estudio es inductiva.

Acorde con Stake¹⁹, en el estudio de caso instrumental no existe un interés intrínseco del caso sino que, el caso se selecciona como instrumento para entender un fenómeno. El caso se examina en esta investigación para profundizar en el concepto del diálogo educativo en el contexto específico de la Traumatología y Ortopedia, el caso juega un papel secundario.

Siguiendo el aporte de investigadores como Kazez²⁰ el estudio de caso aquí ha sido como estrategia de investigación, y no como análisis de caso por interés especial en éste ya que, según éste autor la “estrategia de investigación basada en estudio de caso puede abarcar distintos diseños posibles y tiene por objetivo la construcción de teoría”, distinguiéndose del análisis de caso en el que el interés radica en el caso por sí mismo.

El estudio de caso que se denomina instrumental, se desarrolló con un médico de la muestra, seleccionado del grupo de traumatólogos que ya habían sido entrevistados, aquí se utilizó, además de la entrevista en profundidad, la observación no participante y las notas de campo para triangular los datos.

Según Hernández, Fernández y Baptista²¹ es posible elegir una unidad de análisis por que posee uno o varios atributos que ayudarán al investigador a entender un fenómeno y contribuyen a formular teoría.

Los atributos del caso seleccionado fueron:

- 1) El médico no tiene formación docente ni actividad académica, por lo que su habilidad para enseñar fue aprendida en la práctica.
- 2) El médico refiere no haber tenido conflictos legales con algún paciente y goza de prestigio y honorabilidad en el círculo médico.
- 3) Posee mayor antigüedad en la especialidad respecto al resto de la muestra (20 años).
- 4) Brindó acceso al campo de estudio y mostró disponibilidad como sujeto participante.

Investigadores refieren que los estudios de caso han cobrado relevancia en años recientes, ya que constituye una metodología rigurosa que “permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable”²². Destacan que “los estudios cualitativos son más amigables de adaptarse al estudio de caso, generalmente, por tratarse de temas que son únicos y que tienen determinadas características que ameritan un estudio profundo y un acercamiento más real del contexto donde se desarrolla el fenómeno a investigar”²³.

Además, el diálogo educativo con el paciente en el contexto de la consulta, como fenómeno de estudio, implica un abordaje multidisciplinario, ya que es un tema educativo en el ámbito de la área médica, que resulta más afín a una metodología cualitativa, por lo que esta investigación fue desarrollada con entrevistas en profundidad y además, el estudio de caso.

Álvarez y San Fabián²⁴ enuncian al estudio de caso como una metodología vinculada con autores como Spencer, Weber o Merton que resulta de especial utilidad al estudiar fenómenos educativos. Los investigadores resaltan que “la recogida y análisis de información lleva a descomponer la realidad en varios elementos o relatos, que suponen una visión global e integrada en sí mismos pero que compiten con otros para formar una visión general de la realidad”²⁴.

Las preguntas de investigación son las siguientes: ¿Cómo puede apoyar el médico el diálogo educativo con el paciente para que asimile la información de forma clara –estrategias y materiales que puede utilizar-? ¿Cuáles son las habilidades blandas del médico que favorecen el diálogo educativo con el paciente?

Se consideró la propuesta de Lincoln y Guba²⁵ para ajustar la investigación a los criterios del rigor científico: se analizaron las transcripciones de las grabaciones, se triangularon los datos, se discutió el contexto de los informantes.

Según Strauss y Corbin²⁶ “a veces es necesario volver a los datos crudos y releer las entrevistas, estimular el pensamiento y pensar: ¿Qué resuena una y otra vez? ¿Qué es lo que se percibe aunque no se esté diciendo de manera directa?”. Bajo este modelo se analizaron los datos.

El diseño de una investigación incorpora una teoría, esta “orienta la investigación, la búsqueda de datos y su interpretación, a medida que el caso se desarrolla emerge una teoría más madura”²⁷. En ese sentido, es preciso resaltar que aquí se parte de un abordaje educativo en el contexto de la consulta médica.

Resultados

En el análisis primario de las entrevistas emergió el concepto de *diálogo educativo*, aunque no fue llamado así por los médicos. Ese es el valor y aporte original de la investigación. Un concepto poco explorado pero que podría aportar beneficios significativos para el paciente y también para el médico.

Los resultados del análisis de las entrevistas con los médicos especialistas en Traumatología y Ortopedia se representan en 4 categorías de análisis, cada una de ellas es un verbo que indica una acción que el médico realiza durante la consulta, como parte del diálogo educativo con el paciente (Tabla 1).

Estas cuatro categorías: comunicar, empatizar, motivar y enseñar que se enuncian en la Tabla 1, se dividen en 14 subcategorías que detallan como es que el médico trabaja en cada una de estas acciones. Además, se incluyen en dicha tabla fragmentos de las entrevistas con los médicos a manera de ejemplo.

Los primeros resultados de la investigación se muestran a continuación: (tabla 1).

Luego, desde un abordaje teórico de las ciencias de la educación y después de analizar el discurso de los médicos traumatólogos, es posible presentar un modelo de 4 pasos que podrían dar las condiciones básicas para favorecer el diálogo educativo con el paciente: comunicar, empatizar, motivar y enseñar.

Estas 4 categorías de análisis enunciadas en la Tabla 1 se desprenden de las entrevistas, todos los médicos mencionaron no haber tenido conflictos mayores con sus pacientes por lo que podría relacionarse esto con la forma en la que el médico comunica, empatiza, motiva y enseña.

Con el estudio de caso instrumental, se identificaron estrategias de enseñanza instruccionales que el médico emplea para explicarle al paciente los detalles sobre su padecimiento y tratamiento, también las habilidades que el médico requiere para desarrollar el diálogo educativo con el paciente.

La Tabla 2 muestra los resultados de la triangulación metodológica que incluyó el estudio de caso instrumental. Se aprecian dos categorías de análisis, en la primera se detallan las estrategias y materiales que utiliza el médico para apoyar el diálogo educativo con el paciente, y en la segunda, las habilidades que el médico muestra haber adquirido para posibilitar el diálogo educativo con sus pacientes.

Para finalizar los resultados, la Figura 1 explica el modelo propuesto a partir de los resultados de esta investigación.

Discusión

Las habilidades blandas que requiere el médico para desarrollar un diálogo educativo con su paciente son: asertividad, inteligencia emocional, administración del tiempo, inteligencia social, trabajo en equipo y escucha empática.

Investigaciones previas muestran que los conocimientos técnicos no son suficientes para tener éxito, que se requiere que los profesionales cuenten con habilidades blandas: entusiasmo, motivación, habilidades de trato interpersonal, profesionalidad, flexibilidad, adaptabilidad además de habilidades de comunicación entre otras²⁸.

Tabla 1. Estudio del concepto de diálogo educativo con el paciente a partir del análisis del discurso de médicos traumatólogos entrevistados – acciones del médico asociadas-

Categorías de análisis.	Subcategorías.	Fragmentos del discurso de los médicos.
1. Comunicar.	1. Explicar padecimiento.	“Yo creo que en un 80 o 90% de los conflictos con los pacientes tú puedes prevenir esa situación, estudiando al paciente: qué tipo de paciente es y sobre todo, explicando bien” E4.
	2. Comunicar tratamiento/aceptación del mismo.	“El paciente necesita una explicación de su padecimiento para comprenderlo bien y seguir las indicaciones. En institución es difícil dedicarle el tiempo como lo dedicas en lo privado (...)” E1.
	3. Claridad en el uso del lenguaje.	“El paciente tiene que entender su patología en palabras claras, no técnicas, no médicas (...) No le voy a hablar con tecnicismos que no me va a entender, y si el paciente no entiende las cosas van a estar mal porque no va a saber, y si no sabe, va a preguntar y le va a preguntar a la comadre, a la hermana, al vecino... y esa herida va a acabar como mayonesa, así” E2.
	4. Dispar dudas para evitar conflictos.	“La comunicación es pero básica y esencial en la relación médico paciente; tú puedes hacer muchas cosas si tienes una buena comunicación. Si tú eres frío, si no externas la situación, si no lo comunicas, el paciente no te va a entender, va a pensar que estás actuando de una manera escondida, o que estás haciendo algo mal, y ante la duda es donde empieza a haber problemas” E5.
2. Empatizar.	5. Generar confianza.	“¿Cuándo lloran? ¡aaaay...! he hecho todo, desde abrazarlos, contarles un chiste, permitirles tiempo a solas con sus familiares, tienes que ver, todos son diferentes, todas las escenas son diferentes (...) estás acostumbrado a ver muchas emociones en la gente, muchas, todas, yo creo” E2.
	6. Escucha atenta.	“Los pacientes tienen sus problemas, sus cuestiones familiares que uno no conoce, entonces yo pienso que cuando un paciente está así, yo lo veo con empatía y digo, si yo lo puedo ayudar, ¡pues que mejor!” E5.
	7. Hacer sentir al paciente valorado.	“Me han tocado pacientes que lloran en la consulta, les doy más tiempo, platico más con ellos, es que estos pacientes al final de cuentas son mis pacientes, ellos me buscaron entonces, hay un dicho que reza que el médico también tiene que curar el alma o algo así, hay veces que ni les duele la rodilla y nomas quería que lo escucharas, y ya, eso fue todo” E3.
3. Motivar.	8. Concientizar al paciente de su responsabilidad en el resultado.	“Le digo: vas a la escuela, en este caso el centro de rehabilitación pero quieres pasar sin hacer la tarea (que es la tarea que te dejé en casa), y les digo: si no mejoras es decisión tuya a final de cuentas. Entonces... les hago ver que yo llego hasta cierto punto, yo doy las instrucciones, yo detecto, yo hago el diagnóstico pero el tratamiento, si no te lo tomas, o si no se lleva a cabo, pues no va a funcionar, si no se lleva a cabo simplemente pues ¿para qué consultas?” E3.
	9. Respeto de la autonomía del paciente.	“Explicarle al paciente que mucho del resultado depende de él, que él debe tomar decisiones” E1.
	10. Que el paciente tome decisiones adecuadas.	“Para motivar al paciente, hígole, pues es igual, depende de cada quien; depende de cómo veas a la persona, si la ves muy empujada, que hay algo ahí, un trasfondo psicológico, una depresión, una ciclotimia, un estado, una patología emocional... sabes que algo está ahí. Como médico te das cuenta que esa persona algo trae, no está bien (...) hay gente que sí puede con un ¡anda, tú puedes!, ¡vas a estar bien!, ¡te va a ir bien, dale tiempo y te va a ir bien! ¡Y ya, listo!, ¡ay gracias doctor! Y los ves que les cambia la actitud, pero hay gente que no. Y los ves” E2.
	11. Expectativas reales.	“A los pacientes tienes que hablarles directo sobre su problema actual y las posibles complicaciones que puede presentar, sobre todo cuando tiene alguna otra enfermedad como la diabetes, por ejemplo” E4.
4. Enseñar.	12. Facilitar el aprendizaje del paciente en el cuidado de su salud con estrategias planificadas (la planificación viene de la experiencia en consulta).	“El paciente a veces llega ignorando muchas cosas. Al paciente le enseñas y le ayudas a que aprenda cierta información que le va ayudar para cuidar su cuerpo (...) tú, como médico, los orientas en ese aspecto (...) Es parte de tu función porque va a impactar en un beneficio para su salud” E1.
	13. Que médico y paciente construyan un diálogo.	“Ya en este tiempo los pacientes no son como en el rancho donde le decían al médico ¿por qué es? Y el médico respondía: “es por lo mismo” y ellos así de que: “ah por lo mismo”. O sea y eso es una respuesta muy general que todavía hay médicos que la usan y la gente se la lleva.- ¿Por qué me duele la rodilla doctor?: “Pues por lo mismo”. Y el paciente dice “a-a-a-aaah, ok, por lo mismo (...) Les preguntan:- “¿Qué te dijo el doctor?” Y responden:- “no pues no sé, no me dijo nada”. Ahí el paciente se va descontento, se va mal atendido, y luego van y buscan al doctor Google (...) Los pacientes sí aprenden cuestiones importantes, uno les enseña, aprenden más los que te preguntan, los que quieren saber y que tú les expliques, no todos preguntan” E5.
	14. Verificar la comprensión de la información y la decodificación correcta del mensaje.	“Hay veces que me dicen: “no, doctor es que estoy yendo a la rehabilitación pero no mejor”. A ver permíteme, yo te dejé estos estiramientos y te dejé calor, y fortalecimiento de tal manera ¿lo hiciste? Y me dicen sí ¿Cómo lo estás haciendo?, pláticame, y no me saben decir, entonces yo ahí les digo, ¿cómo no me saben decir? y me dicen que si lo están haciendo, yo les di las instrucciones, y es cuando regañó” E3.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados de las entrevistas en profundidad con los médicos traumatólogos de la muestra.

Tabla 2. Descripción del proceso de diálogo educativo con el paciente mediante la triangulación metodológica con el sujeto E1.

Categoría/subcategorías.	Discurso médico.	
1. Estrategias y materiales para apoyar el diálogo educativo con el paciente.	1. El médico realiza un repaso de la información y procura el repaso elaborativo de la información en el paciente.	“En pocos minutos les das mucha información de lo que debe hacer y no debe hacer, entonces tienes que hacer como un repaso, explicárselo de varias maneras, tal vez varias veces para que le quede claro”.
	2. El médico adecua su lenguaje.	“Pasa que si el paciente no entiende algo y te pregunta, tú se lo explicas nuevamente, en términos sencillos, buscas adecuarlo y explicárselo varias veces”.
	3. El médico utiliza estrategias co-instruccionales (maquetas, imágenes, analogías, preguntas intercaladas).	“A mí me gusta explicarle al paciente con maquetas, imágenes, mostrárselo al paciente, porque es información que el paciente no conoce, y él necesita saber qué le sucede (...) por ejemplo, tobillo, rodilla, columna; si los utilizas, el paciente puede entender mejor cuál es el problema. Se lo muestras, le explicas; actualmente es posible utilizar recursos tecnológicos”.
	4. El médico utiliza estrategias post-instruccionales (folletos y material impreso).	“Cuando son pacientes de ejercicio de rehabilitación procuro tener los ejercicios de rehabilitación indicados ya en material impreso de rodilla, cadera, etcétera, se los entrego para que los tengan, les explico cómo tienen que ser los ejercicios”.
2. Habilidades que el médico muestra haber adquirido para posibilitar el diálogo educativo con sus pacientes.	1. Asertividad.	“Tu como médico también tienes que imponer el respeto al paciente, darle a él su lugar pero también darte el tuyo, hay pacientes con mala educación, es cierto, pero el médico no puede caer en ese juego, el médico que hace eso y se rebaja a ese nivel saca su parte también”.
	2. Inteligencia emocional.	“Uno siempre trata de estar calmado con los pacientes, comprender que pues están enfermos etcétera, a veces se ponen de malas, yo nunca me enojo con un paciente, el médico no debe hablarles pesado”.
	3. Administración del tiempo.	“A veces tienes que atenderlo en pocos minutos y la experiencia ayuda a que lo hagas bien y en poco tiempo. En lo privado sí puedes dedicar más tiempo para escucharlo, para que el paciente se sienta bien, motivarlo y que vea tu interés en ayudarlo”.
	4. Inteligencia social.	“Yo soy serio pero trato de entablar una buena comunicación con el paciente y creo que lo logro, no echo mucho rollo, pero escucho y procuro ser asertivo, tratar bien al paciente. El carisma y el carácter del médico influyen mucho en la relación médico-paciente”.
	5. Trabajo en equipo.	“El paciente en la consulta tanto pública como privada es, digamos, el actor principal (...) Al paciente le explicas porque parte del éxito de tratamiento es lo que hace el paciente, o sea, si le das nada más la receta y no le explicas cómo -por ejemplo, rehabilitar la mano, la muñeca, la columna - lo más probable es que no mejore como podría mejorar si lo hiciera; hay que explicarle eso en la consulta, es muy importante”.
	6. Escucha empática.	“Uno los comprende también [a los pacientes] y se pone en su lugar”.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados del estudio de caso instrumental.

Concretamente, en el área médica, los investigadores refieren que Traumatología y Ortopedia es una especialidad con características distintivas respecto a otras especialidades médicas, que requiere habilidades sumamente especiales que el traumatólogo desarrolla mediante un proceso de profunda interiorización, crítica y experiencias previas²⁹. Una de estas habilidades que debe desarrollar es saber comunicar.

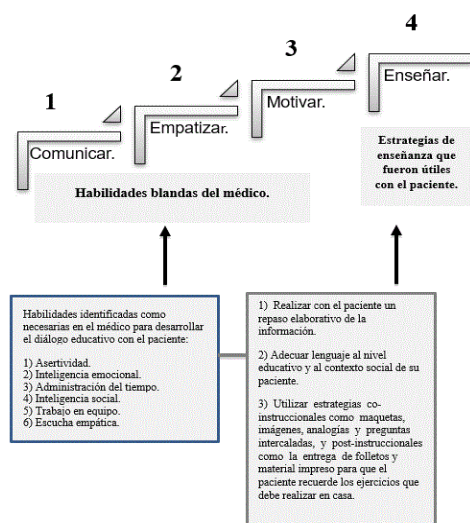
Otras investigaciones señalan que los médicos traumatólogos pueden enfrentar conflictos debido a que el médico busca la recuperación y la movilidad total de su paciente, que a veces no resulta favorable, lo cual inconforma al paciente que tiene expectativas altas respecto a los resultados³⁰. En ese sentido, una buena comunicación podría reducir de manera significativa los conflictos en esta especialidad. En esta investigación los médicos participantes respondieron no haber tenido conflictos legales, lo cual podría relacionarse

con su habilidad comunicativa y la manera en la que aclaran con el paciente cuales podrían ser los posibles escenarios a enfrentar, incluidos los riesgos sobre alguna intervención.

Por su parte, la investigación de Camarena-Robles, Hernández-Torres, y Fajardo-Dolci destaca que en ocasiones no es que el médico oculte información al paciente, ya que quizá la explicación puede estar bien fundamentada en principios científicos; sin embargo, el médico no detecta el nivel de información y educación del paciente, o no percibe la cultura a la que pertenece³¹.

Es decir, el conflicto viene de una falla en el proceso comunicativo. Hay que precisar que educar es, en principio, comunicar³². La comunicación entonces forma parte de las habilidades blandas, que lleva a los médicos a ser capaces de desarrollar el diálogo educativo con su paciente.

Figura 1. Cuatro pasos para desarrollar el diálogo educativo con el paciente en la consulta ordinaria de Traumatología y Ortopedia.



Fuente: Elaboración propia. Cada uno de estos pasos o niveles representa un mayor compromiso del médico con el paciente y le requiere más tiempo de la consulta.

La investigación permite señalar que, si no hay buena comunicación no hay transferencia de la información, en consecuencia el paciente no asimila la información que el médico le brinda. El médico emite el mensaje, pero el paciente debe decodificarlo, recibirlo, comprenderlo. “La comunicación es efectiva si el receptor logra captar el mensaje”³³.

Otros autores refieren que la habilidad comunicativa del médico engloba competencias para la expresión, para la observación y para la relación empática³⁴. Estas competencias mencionadas son parte de las *habilidades blandas* del médico, para desarrollar el diálogo educativo con el paciente.

Las evidencias de investigaciones previas señalan que, para reducir el volumen de reclamaciones en la especialidad de Traumatología y Ortopedia, un aspecto a considerar sería el informar claramente las expectativas reales al paciente³⁵. Esto solo puede ser posible bajo una comunicación efectiva del médico.

Mejía y Romero³⁶ destacan la importancia de generar una nueva cultura de atención, el paciente debe dejar de ser un actor pasivo y esto requiere gran capacidad del médico para establecer una buena relación con su paciente, estos autores mencionan que, bajo esta nueva cultura de atención a la salud, se reconoce que el paciente tiene autonomía, que tiene capacidad para tomar decisiones, que tiene derechos e información.

Justamente, partiendo de este nuevo enfoque de la medicina que proponen los autores citados, se destaca en ésta investigación la importancia de una nueva cultura de atención respecto a cómo hacer llegar la información al paciente, a fin de que esa toma de decisiones beneficie su salud y en consecuencia, también haga disminuir los conflictos en la relación médico-paciente.

El aprendizaje informal en el contexto de la consulta médica es un tema no explorado, algunos investigadores refieren los pocos escenarios que se estudian y no se encuentra mención respecto a cómo se desarrolla dentro de la consulta¹².

En esta investigación se considera que investigar el proceso de aprendizaje informal que ocurre en el contexto de la consulta, es útil para abordar con fundamento pedagógico algunas estrategias para mejorar la comprensión de la información que se le brinda al paciente.

Los resultados de esta investigación muestran que el médico puede apoyar el diálogo educativo con el paciente, para que asimile la información de forma clara utilizando diversos materiales y estrategias.

No obstante, aplicar estas estrategias requiere mayor tiempo durante la consulta, que el médico brinde el espacio para tener esta comunicación con su paciente y se den las condiciones de mutua confianza para favorecer el diálogo.

En ese sentido, los resultados de otros estudios son coincidentes respecto a que la duración de la consulta podría mejorar la comunicación y favorecer la relación médico-paciente. Los “procesos cognitivos, conductuales, de promoción y educación necesitan un tiempo que lo permita. El tiempo de consulta más largo mejora la comunicación”³⁷.

Pero, en el contexto mexicano, dadas las condiciones laborales en las que el médico tiene que desempeñarse al atender un gran número de pacientes, durante su jornada en hospitales públicos, un buen manejo del tiempo resulta esencial y también forma parte de las habilidades blandas que requiere.

En la consulta ordinaria es posible que el médico utilice ilustraciones, preguntas intercaladas, y analogías, que son ejemplos de estrategias co-instruccionales, además de apoyarse con material impreso que se entrega al paciente para que lo revise en casa, las cuales son, desde la teoría cognitiva, estrategias post-instruccionales.

Maquetas, fotografías, radiografías, impresos entre otros, son ilustraciones que puede utilizar el médico en consulta, es importante mostrarlo al paciente para ayudarlo a entender su padecimiento, ya que él debe entender lo que le sucede. La eficacia de utilizar estrategias de enseñanza, está respaldada

por la literatura especializada en temas de enseñanza y aprendizaje. Según la teoría cognitiva, se puede facilitar intencionalmente al sujeto que aprende el procesamiento profundo de la información nueva que se le presenta, al ser acciones planificadas se constituyen como estrategias de enseñanza que favorecen el aprendizaje³⁸.

Investigaciones previas, respaldan la importancia de que el médico se detenga a verificar si la información fue verdaderamente comprendida. Por ejemplo, Forguione-Pérez³⁹ resalta que es esencial realizar un buen seguimiento del paciente, para reforzar el conocimiento y asegurar el logro de los objetivos. Por su parte, Camarena-Robles, Hernández-Torres y Fajardo Dolci³⁷ afirman que el médico debe cerciorarse que el paciente decodificó correctamente las instrucciones o explicaciones para que éstas influyan de manera favorable en el tratamiento de la enfermedad.

En ese sentido, se pueden emplear otras estrategias de enseñanza, el médico puede realizar una pregunta intercalada al dar una indicación sobre algún ejercicio postoperatorio. Hay evidencia de que estas estrategias favorecen el aprendizaje en ambientes educativos formales. En el contexto de la consulta también ofrecen beneficios, pero requiere un diálogo efectivo entre el médico y el paciente. Las preguntas intercaladas permiten resolver dudas, favorecer la reflexión y evaluar la comprensión de la información³⁸.

El agente de enseñanza utiliza estrategias para hacer más asequible la información y que el sujeto que aprende haga un procesamiento profundo y lo traduzca en un aprendizaje significativo que beneficie su salud, mediante la realización de una acción concreta como evidencia de dicho aprendizaje. En este sentido, el médico brinda la información y el paciente debe comprenderla.

Algunos investigadores subrayan que el médico debe buscar educar a los pacientes cuando carecen de los conocimientos⁴⁰. Según Tena y Hernández⁴¹ educar al paciente implica modificar su conducta, mientras esto no se logre, se está únicamente en una fase de información. Estos autores señalan que estadísticamente, los pacientes olvidan el 50% de lo que se les dijo al salir del consultorio⁴¹.

Las estrategias utilizadas que se documentaron en esta investigación y que se explican en este manuscrito, podrían favorecer la recuperación de la información en la memoria del paciente, ya que cuando hay comprensión de la información hay un procesamiento profundo de esta y en consecuencia, se favorece también el recuerdo. Adicionalmente, el factor emotivo representado por la actitud empática del médico con el paciente podría también favorecer el aprendizaje. Se sugiere profundizar en futuras investigaciones sobre como impactan en el paciente estas estrategias tanto para la

comprensión como también en el recuerdo de la información que el médico le brinda.

Acorde con expertos de las ciencias de la educación “cuando un contenido genera una actitud o emoción negativa se ve entorpecida la implicación cognitiva del aprendiz, por lo que la adquisición de ese conocimiento concreto se vuelve poco probable”⁴². Coincidentemente, en el área médica los investigadores advierten que “una actitud de parte del médico hosca, dura, displicente, indiferente, fría lindando con lo inhumano, no motivará positivamente al paciente”⁴³. En esta investigación se encontró que la empatía era una habilidad desarrollada por los médicos traumatólogos entrevistados, lo cual facilita el diálogo educativo con su paciente.

Por otro lado, informar al paciente va más allá de cumplir con un documento médico-legal, es abrir un vínculo comunicativo en el que se intercambia información y el paciente puede comprender los detalles sobre su padecimiento, su tratamiento y las recomendaciones que el médico le brinda para cuidar su salud, debe ser una constante en toda la atención médica.

Castañeda-Hernández⁴⁴ hace un aporte muy interesante pues identifica tres funciones del discurso médico: voz médica, voz educadora y voz empática. La voz educadora que enuncia el autor es coincidente con la idea central de este manuscrito, en el sentido de enseñar al paciente a cuidar su salud. En sus orígenes, se subrayaba el carácter preventivo y orientador que tenía la ortopedia como disciplina, afirmando que, el médico debía educar.

Los resultados de otros investigadores refieren que padecimientos como la hernia discal por ejemplo, pueden tratarse de manera conservadora pero que invariablemente hacen necesario “educar al paciente acerca de su padecimiento y de las labores que puede o no realizar”⁴⁵. En ese sentido, un padecimiento como este podría agravarse a consecuencia de un mal cuidado por parte del paciente.

Ahora bien, la evidencia muestra que la educación del paciente para aumentar su conocimiento sobre su enfermedad y el conocimiento sobre cómo cuidar su salud no necesariamente conlleva a una mayor adherencia terapéutica, ya que hay que considerar elementos no solo cognoscitivos sino de motivación, entre otros⁴⁶.

Además, se debe reconocer el derecho de los pacientes para tomar sus propias decisiones y su obligación de hacerse responsables sobre aquello que han decidido, que no necesariamente representa un cambio positivo sobre su salud. No siempre el paciente decide lo adecuado y hace lo más conveniente para su salud.

No obstante, sobre la prevención del conflicto, la educación del paciente si podría tener un mayor efecto, ya que como se ha dicho aquí, el conflicto puede surgir por una mala comunicación y por una inadecuada comprensión de la información.

Se destaca que en el contexto mexicano, expertos especialistas en Ortopedia recomendaron que, para revertir la tendencia creciente en el número de reclamaciones, es esencial asegurar la comprensión y la aceptación por parte del paciente respecto de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que el médico propone, a fin de mejorar la práctica de la Ortopedia⁴⁷.

Aquí cobra relevancia el detenerse a pensar en el manejo de estrategias para hacer asequible la información al paciente, ya que es imprescindible asegurar que la información fue comprendida.

En este manuscrito, se retoma dicha idea que además podría beneficiar al médico traumatólogo y ortopedista al lograr mayor satisfacción usuaria y una posible reducción de los conflictos jurídicos derivados del acto médico, reduciéndose así las recurrencias hacia la práctica médica defensiva. Se sugiere profundizar en futuras investigaciones para conocer esta relación, por ahora los resultados muestran que el diálogo educativo puede prevenir los conflictos y las reclamaciones hacia el médico.

Las estrategias de enseñanza pueden ser planificadas, aun en el contexto de la consulta ordinaria y no necesariamente dentro de un programa institucionalizado mediante una intervención educativa. El diálogo educativo con el paciente comienza con la habilidad comunicativa del médico y con el interés de enseñarle a su paciente a cuidar su salud. El diálogo educativo que se propone es una metodología para la educación del paciente.

Conclusiones

Se considera que el modelo de cuatro pasos que aquí se propone, puede también utilizarse en otras especialidades médicas dentro de la consulta ordinaria.

No es deseable que el médico permanezca en el nivel 1, esto centraría el interés en el llenado de documentos médico-legales, sin importar que es lo que el paciente vive o siente. En ese nivel no hay una verdadera comunicación con el paciente, luego, el médico no lo motiva ni lo mueve a la reflexión sobre la importancia de cuidar su salud, de la responsabilidad que tiene como paciente para lograr un buen resultado, en consecuencia tampoco hay condiciones para que el médico le enseñe a hacerlo. Comunicar de manera adecuada posibilita empatizar, esto a su vez motivar y finalmente enseñar, lo cual se ilustra en la figura uno.

El médico es un orientador frente al paciente, el médico sintetiza, acomoda y ajusta una explicación. No obstante, no solo es emitir el mensaje, sino que debe asegurarse que el paciente ha entendido dicha información, ya sea para dar su consentimiento para una cirugía, seguir un tratamiento farmacológico, o bien iniciar con una terapia física. Las estrategias de enseñanza favorecen la comprensión de la información.

Aunque el tiempo de la consulta puede ser una limitante, con el diálogo educativo podrían disminuirse las posibilidades de conflicto: el paciente estaría más motivado para seguir un tratamiento, no tendría falsas expectativas de los resultados y tendría clara su responsabilidad como sujeto activo en el cuidado de su salud.

La competencia comunicativa y la habilidad para enseñar, son mayoritariamente adquiridas con la práctica, por lo que se considera que es un área de oportunidad para la educación médica.

Dada la metodología empleada, los resultados no son generalizables pero el aporte teórico respecto al concepto *diálogo educativo con el paciente* en la consulta de traumatología y ortopedia, se considera que puede ser transferido a otros contextos.

Agradecimientos

Se agradece a todos los médicos participantes en esta investigación su tiempo y disposición para acceder a ser entrevistados, así como la colaboración para desarrollar el estudio de caso instrumental.

Conflicto de interés

La autora declara que no tiene conflicto de intereses.

Referencias

1. Guzmán J, Shalkow J, Palacios J, Zelonka R, Zurita, R. ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cir. Gen.* 2011; 33(2): 151-156.
2. Thirumalaikolundusubramanian P, Meenakshisundaram R, Senthilkumaran S. Ethics, Legality, and Education in the Practice of Cardiology. *Heart and Toxins.* 2015: 595–623. Doi: 10.1016/B978-0-12-416595-3.00023-2
3. González MF. Análisis de Dictámenes Periciales en Ortopedia y Traumatología en relación con el proceso de rehabilitación. *Rev. Conamed.* 2016; 21(3): 126-131.

4. Cardoso Z, Manrique E, Galeote JE, Perea-Pérez B, Santiago-Saéz A, López-Durán L. Aspectos médico-legales de la patología del pie. *Rev Pie Tobillo*. 2015; 29(1):27-32. Doi: 10.1016/S1697-2198(16)30006-4
5. Vitolo F. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos en Ortopedia y Traumatología [internet] 2008. Biblioteca Virtual NOBLE: 1-12. [Citado 2020 abr 8]. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/27032009.4.pdf
6. Olivares, S. Valdez J. Aprendizaje Centrado en el Paciente: Cuatro perspectivas para un abordaje integral. México: Editorial Médica Panamericana; 2017.
7. Suarez, MA. Medicina centrada en el paciente. *Rev. Méd. La Paz [Internet]*. 2012 [citado 2021 mar 09]; 18(1):67-72. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011&lng=es.
8. Cuba-Fuentes M, Contreras JA, Ravello PS, Castillo MA, Coayla SA. La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Rev Med Hered*. 2016; 27:50-59.
9. Sacristán JA, Millán J, Gutiérrez JA. Medicina Centrada en el Paciente. Reflexiones a la Carta. Madrid: Unión Editorial-Fundación Lilly; 2018.
10. Espigares LD, Orden PD. La relación médico-paciente, desde la perspectiva del paciente [internet] 2010. Memoria Académica [Citado 2020 abr 8] Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5632/ev.5632.pdf
11. Belén R. Contextos de aprendizaje: formales, no formales e informales. *Ikastorratza [internet]*. 2014. [Consultado 2019 ene 2]; 3(3): 1-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280946287_Contextos_de_Aprendizaje_formales_no_formales_e_informales
12. Mejía R. Tendencias actuales en la investigación del aprendizaje informal. *Sinéctica*. 2005; (26):4-11.
13. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Información Estadística 2017 [internet]. [Citado 2019 feb 1] Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/es/documentos/informacion-estadistica-2017>
14. Muñoz JF, Prieto NE. Educación para el Cuidado de la Salud: Uso de Medicamentos en Casa. *Salud adm*. 2016; 3(7):61-66.
15. Guerra VT, Díaz AE, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Rev. cuba. enferm*. 2010; 26(2):52-62.
16. Navarrete S. Educación al paciente y su familia. *Rev Colomb Cardiol*. 2016; 23(S1):34-37.
17. Achury-Saldaña DM, Rodríguez SM, Achury-Beltrán LF, Padilla-Velasco MP, Leuro-Umaña JM, Martínez MA, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. 2013; 13(3):363-372.
18. Velázquez-Tamez, L. Convergencias disciplinarias en la formación médica: comunicación y derecho para reducir la práctica médica defensiva. *Investigación educ. médica*. 2020; 9(33): 79-88. DOI <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.33.19182>
19. Stake RE. Investigación con estudio de caso. 2ª ed. Madrid: Morata; 1999.
20. Kazez R. Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra. *Aportes del Sistema de Matrices de Datos. Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2009; 13:71-89.
21. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2014.
22. Martínez PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica *Pensamiento & Gestión*. 2006; 20:165-193.
23. Jiménez V, Comet C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*. 2016; 3(2).
24. Álvarez C; San Fabián J. La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología [internet]*. 2012 [citado 2021 mar 8]; 28(1) artículo 14. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/20644>
25. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Estados Unidos: Age Publications; 1985. p. 289-414
26. Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia. 2002.
27. Jiménez VE, Comet C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Acad. (Asunción)*. 2016; 3(2) [aprox. 11 p].

28. Tito M, Serrano B. Desarrollo de soft skills una alternativa a la escasez de talento humano. *Innova res. J.* 2016; 1(12):59-76.
29. Martínez-Hernández G, Escalante-Magaña JR, Vargas-Mena R. Encuesta de percepción de competencias en médicos residentes de Ortopedia y Traumatología en un hospital de Yucatán, México. *Acta Ortop. Mex.* 2014; 28(3): 173-178
30. Guerrero R. Fuentes del conflicto en la práctica de la Traumatología y la Ortopedia. Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico. Reflexiones y propuestas. 1ed. México: Comisión Estatal de Arbitraje Médico; 2014. ISBN 978-607-96232-3-4 versión impresa.
31. Camarena-Robles E, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. La comunicación humana y su relación con la queja médica. *Rev. Conamed.* 2011; 16(3): 141-147.
32. Barbas, A. Educomunicación: desarrollo, enfoques y desafíos en un mundo interconectado. *Foro de Educación [internet]* 2012; 14:157-175. [Consultado 2019 Ago 1] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/302027889_Educomunicacion_desarrollo_enfoques_y_desafios_en_un_mundo_interconectado
33. Nogales-Gaete J, Vargas-Silva P, Vidal-Cañas I. Información médica a pacientes y familiares: aspectos clínicos, éticos y legales. *Rev Med Chile.* 2013; 141: 1190-1196.
34. Rodríguez TL, Blanco, MA, Parra IB. Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Revista Cub Med Mil.* 2009; 38(3-4):79-90.
35. Briggs T, Machin JT. Medical Malpractice: Orthopedics. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine.* Byard R, Payne-James J. 2ed. Elsevier. 2015. 463-470.
36. Mejía A, Romero H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev Méd Electrón [Internet].* 2017 [citado 2021 mar 8]; 39(1): S832-842. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2129/3>
37. Rodríguez A, Jarillo EC, Casas D. La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave.* 2018; 18(5):1-7.
38. Díaz-Barriga F, Hernández-Rojas G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una Interpretación constructivista. 2ºed. México: Mc Graw Hill; 1998.
39. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Med uis.* 2015; 28(1):7-13
40. Carrada-Bravo T. El papel del médico como promotor de la salud. *Rev. Fac. Med.* 2002; 45(4): 170-175.
41. Tena C, Hernández F. La comunicación humana en la relación médico-paciente. 2ª ed. México: Ed. Prado; 2007.
42. Rodríguez-Moneo M, Huertas, J. Motivación y cambio conceptual. *Tarbiya. Revista de Investigación e Innovación Educativa.* 2000; 26:51-71.
43. Fernández C. La relación jurídica del médico con el paciente. *Prolegómenos Derechos y Valores.* 2007; 10(20): 89-115. DOI: <https://doi.org/10.18359/prole.2536>
44. Castañeda-Hernández MC. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *RCICS.* 2013; 24(3):343-353.
45. Tabares H, Díaz J, Tabares H, Tabares L. Hernia discal lumbar, una visión terapéutica. *Rev. cuba. ortop. traumatol.* 2015; 29(1): 27-39.
46. Rosiles JA, Muñoz J, Hernández LE, Campos EM, Victoria R, Sánchez JM, et al. Recomendaciones generales para mejorar la práctica de la Ortopedia. *Rev. Conamed.* 2004; 34-70.
47. Guerra V, Díaz A, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Rev Cubana Enfermer.* 2010; 26(2):52-62.