

La voz de los estudiantes: Reconociendo el curriculum informal y el curriculum oculto en medicina

The Student Voice: Recognising the hidden and informal curriculum in medicine

OZOLINS, I. MAY H. PETERSON R.

Med. Teach. 2008; 30: 606-611

En la Universidad de Queensland, Australia, se lleva a cabo un proyecto cuyo objetivo general es articular la visión que tienen los estudiantes de medicina sobre el rol y la importancia del curriculum informal y el curriculum oculto en la gestión de su aprendizaje y el logro del éxito en su práctica médica.

Como parte de ese proyecto, se realizó un estudio cualitativo utilizando como método el grupo focal (focus group). Se seleccionaron aleatoriamente dos grupos de estudiantes a partir de criterios de edad, nivel de estudio y sexo.

Las discusiones, dirigidas por dos moderadores, se realizaron con protocolos semi-estructurados. Luego de ser trascriptas, fueron analizadas por tres examinadores quienes identificaron y verificaron temas emergentes a través del análisis e interpretación de su contenido.

Entre los resultados más importantes pueden señalarse que los estudiantes de ambos grupos creen que en medicina existe un curriculum informal y oculto que se manifiesta con mayor intensidad que en su primera carrera¹ debido a la profesión y a la mayor responsabilidad para la preparación en su rol médico.

En segundo lugar, los estudiantes distinguen claramente la diferencia entre curriculum oculto (expectativas no oficiales, construcción social de relaciones) y currículum informal (situaciones de enseñanza no planificadas) y usan este último para caracterizar la preparación profesional que reciben en la carrera de medicina.

En tercer lugar, en sus comentarios consideran que el curriculum formal los provee de hechos indiscutibles y transculturales sobre medicina mientras que el corazón del curriculum informal y el curriculum oculto se centraría en formarlos sobre cómo “ser médicos”.

Con relación a lo anterior, muchos estudiantes valoran el curriculum informal por brindarles riqueza y profundidad a su aprendizaje así como también la posibilidad de adquirir habilidades necesarias para seguir aprendiendo a lo largo de la vida profesional.

Un tema central en las discusiones grupales fue el de la evaluación. Los alumnos consideran que existe una relación inadecuada entre la evaluación y el curriculum informal y oculto, los cuales son percibidos como una parte fundamental de la formación en cualidades necesarias para ser médico.

En conclusión, el estudio manifiesta que los alumnos son conscientes de la necesidad de un curriculum informal y oculto como parte integral de la formación médica en el desarrollo de habilidades propias del rol profesional.

Si bien algunas cuestiones metodológicas pueden ser discutibles, su aporte está centrado en abrir el diálogo en la comunidad de educación médica sobre cómo estos tipos de curriculum puede influenciar positivamente en el aprendizaje de los estudiantes.

Lic. Ana Belén Del Río
Buenos Aires

¹El 85% de los estudiantes que ingresan al programa de medicina de la Universidad ya realizaron una carrera de grado en ciencias biológicas o biomédicas

Enseñanza de habilidades de comunicación: Descripción de un nuevo modelo conceptual

(Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model)

BROWN R F, BYLUND C L.

Academic Medicine 2008; 83:37-44

En 1999, el Consejo de Acreditación de Educación Médica de Posgrado de Estados Unidos (*Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME*) introdujo un conjunto de seis competencias generales, a los fines de su enseñanza y evaluación, tres de las cuales tienen habilidades de comunicación como un componente esencial: habilidades interpersonales y de comunicación, cuidado del paciente, y profesionalismo¹.

Según los autores de este trabajo, este foco en la Enseñanza de Habilidades de Comunicación (CST, por sus siglas en inglés, *Communication Skills Training*) se funda en tres premisas básicas. Primero, las habilidades de comunicación efectivas en la consulta médica están relacionadas directamente a los resultados de la misma. Segundo, las habilidades de comunicación siempre pueden mejorarse, ya que no siempre son óptimas. Tercero, las habilidades de comunicación pueden enseñarse.

Richard Brown y Carma Bylund, ambos profesionales del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento del Centro de Cáncer *Sloan-Kettering*, Nueva York, presentaron un nuevo modelo conceptual de CST denominado “Modelo Comskil” (*Comskil Model*) para todos los niveles de Educación Médica, desarrollado desde 2005. Este modelo es producto de un considerable cuerpo de evidencias, desde 2002, sobre las mejores prácticas en comunicación médico-paciente.

El modelo Comskil define explícitamente cinco componentes esenciales, relacionados con la comunicación, en la consulta médica: objetivos, estrategias, habilidades, tareas de proceso, y valoración cognitiva.

Los objetivos se refieren a los resultados esperados de una consulta, o de una parte de ella; las estrategias son los planes a priori que dirigen la comunicación hacia la realización exitosa de los objetivos; las habilidades de comunicación describen el modo en que el médico orienta el diálogo clínico; las tareas de proceso son el conjunto de diálogos o comportamientos no verbales que crean el ambiente adecuado para una comunicación efectiva; y la valoración cognitiva es el reconocimiento de la conducta verbal y no verbal del paciente mediante la observación durante las consultas.

Claramente, estos conceptos están integrados entre sí (Ver Figura 1), y se organizan en seis categorías de un nivel superior para contribuir a su enseñanza y evaluación. Éstas son: establecer el marco

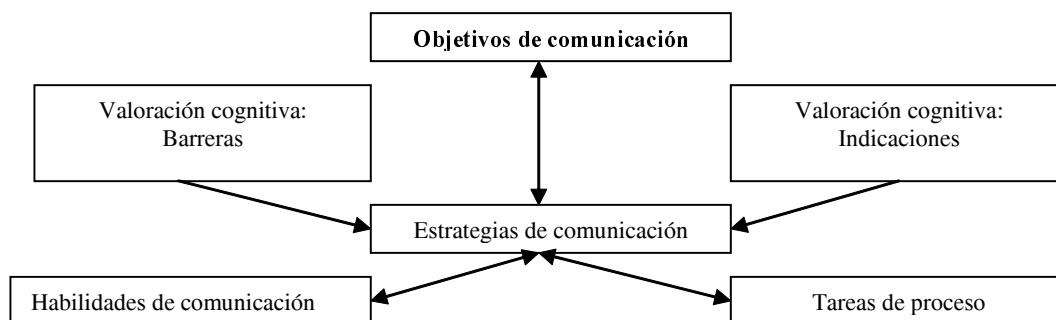


Figura 1. Integración de los conceptos de comunicación.

¹Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Outcomes Project: Enhancing Residency Education through Outcomes Assessment. Chicago, Ill: Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2006.

de la consulta; habilidad de organización de la información; habilidad de chequeo de la información; habilidad de preguntar; habilidad de empatía; y habilidad de compartir la toma de decisiones.

Si bien los creadores han utilizado este modelo con graduados, consideran que puede ser fácilmente adaptado a estudiantes de grado.

En futuras investigaciones, entre otras cosas, los autores se proponen evaluar la aplicación de este programa en múltiples contextos médicos; por esta razón, sería interesante promover su implementación en contextos diferentes al original, a fin de impulsar las adaptaciones necesarias a cada uno.

Lic. Cecilia Primogero
Buenos Aires