

La competencia clínica: ¿es una habilidad genérica o depende de un contenido específico?

(Clinical Competence: General Ability or Case-specific?)

P.F. WIMMERS, T.A. SPLINTER, G.R. HANCOCK AND H.G. SCHMIDT

Advances in Health Sciences Education 2007; 12: 299-314

La resolución de problemas como competencia clínica, ¿es una habilidad genérica o por el contrario está completamente ligada a la especificidad del contenido del caso clínico a resolver? El peso del contenido específico en el aprendizaje es una antigua cuestión planteada por la didáctica, la pedagogía, la psicología educacional y adquiere una nueva dimensión desde la perspectiva de la educación médica.

¿Aprender a resolver problemas clínicos para un profesional de la salud significa adquirir una habilidad genérica que podrá ser aplicada a cualquier problema clínico con el mismo grado de expertez, o por el contrario, éste aprendizaje está ligado al tipo de contenido específico del caso clínico a resolver?

La introducción de este trabajo de Wimmers y colaboradores refleja un minucioso análisis de los hallazgos que fundamentan cada una de estas posturas ubicándolas cronológicamente. Toman como punto de partida el momento en que la educación médica intenta salirse de un enfoque disciplinar tradicional y respalda la hipótesis que la resolución de problemas es una «habilidad genérica» (década del '60) y una segunda línea de investigación que desarrolla el punto de vista antitético (década del '70).

El propósito de este trabajo fue reflotar la antigua cuestión a la luz de los programas estadísticos actuales como una forma de volver a confrontar hipótesis con nuevas herramientas de análisis.

El trabajo fue desarrollado con una cohorte de estudiantes de medicina pertenecientes a una escuela tradicional cuyo plan incluye 4 años de formación preclínica y 2 de formación clínica. Los autores se propusieron analizar, en el desempeño clínico de los estudiantes, el peso que tiene la especificidad del contenido del caso clínico y los factores generales en la habilidad para la resolución de problemas. Correlacionan las calificaciones obtenidas por los estudiantes en los exámenes finales orales correspondientes a cada rotación (10 especialidades clínicas), bajo la perspectiva de tres modelos utilizando técnicas de análisis factorial. Cada modelo de análisis adopta una postura diferente. El primero supone que la habilidad genérica para la resolución de problemas es el determinante que subyace al desempeño clínico. El segundo es un modelo independiente en el cual ni el contenido específico ni la habilidad genérica determinan el desempeño clínico de los estudiantes. Finalmente el tercer modelo supone que tanto la especificidad del contenido del caso clínico como los factores genéricos para la resolución de problemas subyacen al desempeño clínico del estudiante. Una vez analizadas las calificaciones obtenidas por los alumnos a la luz de los tres modelos planteados, como segundo paso se propusieron determinar la influencia que ejerce el conocimiento médico adquirido durante los 4 primeros años de formación en el desempeño clínico de los estudiantes.

Los resultados obtenidos indican que la naturaleza de la habilidad para la resolución de problemas clínicos está determinada no sólo por factores directamente relacionados con la especificidad del contenido del caso clínico sino también por factores genéricos (tercer modelo). Por lo tanto la resolución exitosa de un caso clínico reside tanto en el conocimiento médico adquirido así como en la habilidad general para su resolución. Además se sostiene que las estrategias de resolución sólo se ponen en juego en relación a un contenido específico y por otro lado el proceso de adquisición de un cuerpo de contenidos específicos facilita la resolución del caso.

Se enfatiza la idea de que el grado de expertez en la resolución de problemas clínicos podría estar además ligado a la experiencia acumulada por el estudiante y al grado de dificultad del problema

planteado. Los autores sugieren que ésta podría ser una nueva línea de investigación y que los hallazgos podrían atenuar el peso de la especificidad del contenido del caso clínico como factor que explique completamente el fenómeno de la resolución.

El artículo plantea un análisis estadístico complejo que permite revisar con profundidad los datos a partir de los tres modelos propuestos. Arriba a conclusiones que hacen salir del paradigma de la dicotomía en la formación: Disciplinar vs. Integrada. La formación debe ser integrada pero con una sólida formación disciplinar. No se puede vaciar de contenidos a la formación y el estudiante debe ser un activo participante en la resolución de problemas. Resultan muy interesantes las líneas de investigación que se abren poniendo énfasis en los tipos de práctica de los estudiantes durante su proceso de formación.

Lic. *Mónica Gardey*
Buenos Aires

Porcentajes de error en la indicación de medicaciones en residentes deprimidos y con síndrome de *burnout*: un estudio prospectivo de cohorte ***(Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study)***

FAHRENKOPF A., SECTISH T., BARGER L., SHAREK P., LEWIN D., CHIANG V., EDWARDS S., WIEDERMANN B., LANDRIGAN C.

British Medical Journal 2008; 336: 456

Este estudio se propuso dos objetivos: determinar la prevalencia de depresión y síndrome de *burnout* en residentes de Pediatría y establecer si existe una relación entre estos trastornos y los errores al prescribir medicación.

Para el primer objetivo, los autores invitaron a participar a todos los residentes de Pediatría de tres hospitales (el Children's Hospital de Boston, el Children's Hospital Lucile Packard en Palo Alto y el Children's National Medical Center en Washington DC), asegurando confidencialidad a través de números codificados y de análisis de los datos en forma no individual. De un total de 246 residentes, 123 (50%) aceptaron participar. Éstos no mostraron diferencias significativas en edad, sexo o años de graduado respecto a los que no participaron. Se les pidió, por una parte, completar un cuestionario sobre su salud y calidad de vida, junto con datos de sus horas de trabajo y de sueño durante un mes. Por otra, se realizó la pesquisa de depresión y *burnout* usando la escala HANDS (Harvard National Depression Screening Day Scale) y el inventario de Maslach.

Para el segundo objetivo –relacionar la presencia de depresión o síndrome de *burnout* con el número de errores cometidos al medicar a pacientes internados– se recopilaron prospectivamente datos en los dos primeros centros. Un grupo de médicos y enfermeros contratados y entrenados revisaron diariamente durante un mes las historias clínicas y prescripciones de medicación de todos los pacientes en los lugares de internación estudiados (no incluyeron terapia intensiva ni ambulatorio). Los errores identificados se relacionaron luego con los participantes y se clasificaron según pertenecieran a residentes deprimidos o con síndrome de *burnout*, dato al que éstos revisores no tenían acceso.

Los criterios de las escalas usadas mostraron un 20% de residentes deprimidos (dos veces más que la prevalencia en población general) y un 75% con *burnout*. En cuanto al número de errores pesquisados,

los residentes deprimidos cometieron seis veces más que sus compañeros no deprimidos. En cambio no fue diferente la proporción de errores pesquisados entre residentes con y sin *burnout*.

Aunque en este trabajo no existen datos sobre el estado de quienes no decidieron participar, la alta prevalencia de depresión y *burnout* encontrada es consistente con la de muchos otros estudios y plantea, como consignan los autores, la pregunta si los métodos de entrenamiento médico acarrearán un nivel de stress evitable que perjudica la salud de los residentes. La investigación fue realizada antes de la implementación de límite de horas de trabajo para los residentes en Estados Unidos. Otras investigaciones más recientes indican que la reducción de horas de trabajo disminuye significativamente el porcentaje de *burnout*, aunque no los porcentajes de depresión.

Además de la preocupación ética (cómo cuidar la salud mental de quienes aparecen con riesgo de depresión en un estudio) y de las implicancias en el cuidado de los pacientes, este estudio plantea la cuestión de la salud mental y las condiciones de trabajo en el personal de salud, especialmente en los residentes. Aunque hay numerosos datos acerca del efecto de la falta de sueño sobre concentración, errores y accidentes, todavía se exige al residente renunciar a las horas de sueño que todo ser humano necesita en esa etapa de su vida. ¿Sigue vigente la creencia que *la letra con insomnio entra*?

Dra. María Inés B. de Martín
Buenos Aires