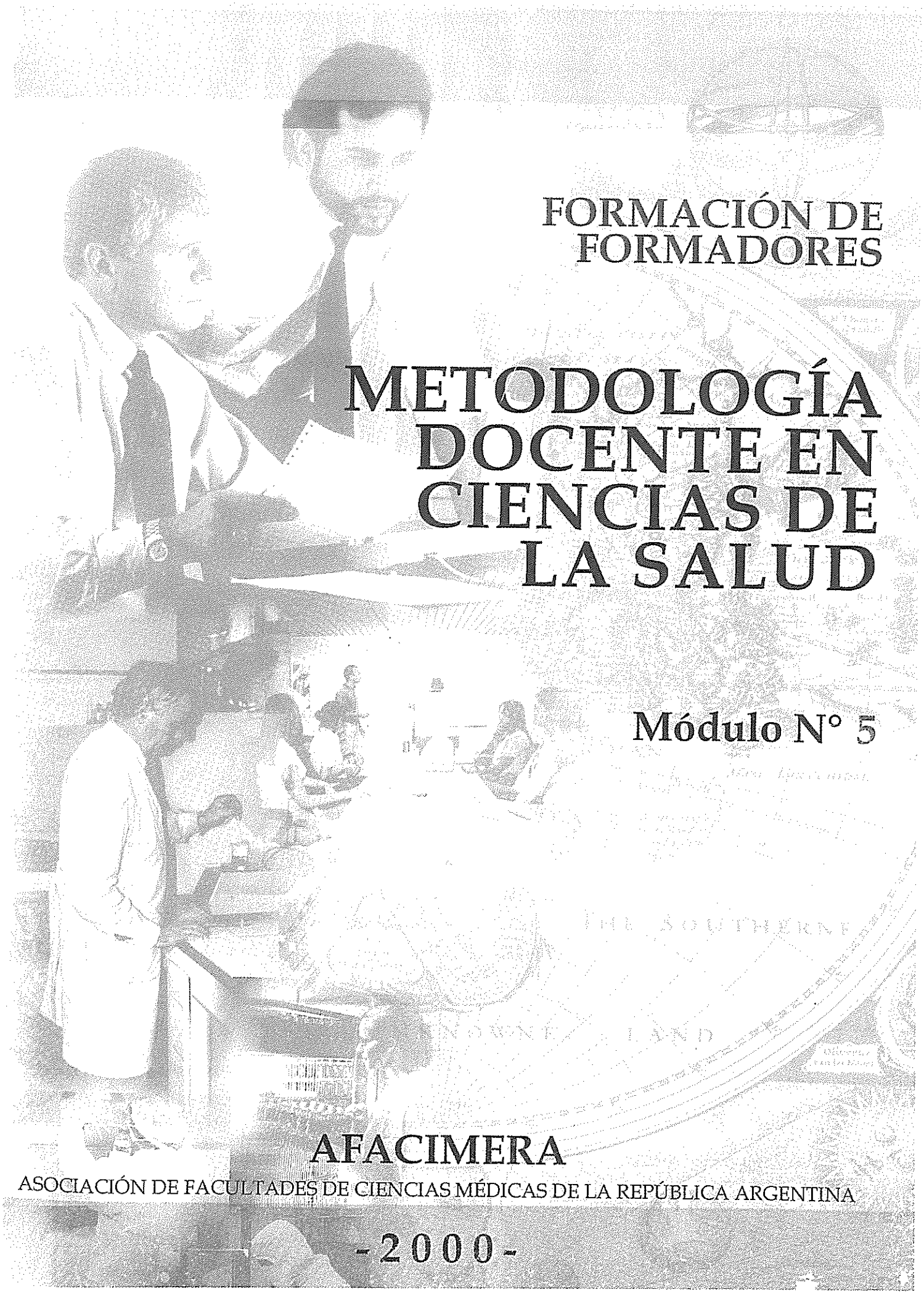


FORMACIÓN DE FORMADORES

METODOLOGÍA DOCENTE EN CIENCIAS DE LA SALUD

Módulo N° 5

AFACIMERA

ASOCIACIÓN DE FACULTADES DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

-2000-

FORMACIÓN DE
FORMADORES

METODOLOGÍA DOCENTE EN CIENCIAS DE LA SALUD

Módulo N° 5

Habilidades Profesionales
Enseñanza de Procedimientos

AFACIMERA
ASOCIACIÓN DE FACULTADES DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

- 2 0 0 0 -

AFACIMERA

Prof. Dr. Samuel Bluvstein	Presidente de AFACIMERA, Decano - Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste.
Prof. Dr. Pedro Aramendía	Secretario Académico - Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas, Fundación Universitaria Dr. René G. Favaloro, Buenos Aires.
Prof. Dr. César Bergadá	Decano - Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Buenos Aires.
Prof. Dra. Rita de Cunio	Decana - Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán.
Prof. Dr. José Escobar	Decano - Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Formosa.
Prof. Dr. Carlos Feldstein	Decano - Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló.
Prof. Dr. Enrique Guntsche	Decano - Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Cuyo.
Prof. Dr. Rodolfo Hernández	Decano - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.
Prof. Dr. Domingo Liotta	Decano - Facultad de Medicina, Universidad de Morón, Buenos Aires.
Prof. Dr. Adolfo Lizárraga	Decano - Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires.
Lic. María Isabel Loza de Chávez	Decana - Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta.
Prof. Dra. Raquel Madis Chiara	Decana - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.
Prof. Dr. Horacio E. Panisse	Coordinador - Carrera de Medicina, Universidad Nacional del Comahue
Prof. Dr. Daniel de Michele	Decano - Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos.
Prof. Dr. Pedro Saracho Cornet	Decano - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.
Prof. Dr. Salomón Muchinik	Decano - Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Prof. Dr. Abraam Sonis	Decano - Facultad de Medicina, Universidad Maimónides, Buenos Aires.
Prof. Dr. Pedro Tabuenca	Decano - Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Adventista del Plata.
Prof . Dr. Esteban Trakal	Decano - Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba.
Prof. Dr. Mario Turin	Decano - Facultad de Medicina, Instituto Universitario CEMIC.

Metodología Docente en Ciencias de la Salud

Dirección: Dra. Rita Cunio.
Equipo Docente: Claudia Castro, Alejandra Zangara, Silvia Ramos, Mónica Gardey y Amanda Galli.
Coordinación General: Lic. Amanda Galli.
Secretaria Administrativa: Daya de Estrada
Diagramación: Martín Sesini
Impresión: G1 S.A.

ISBN: 987-98237-4-5

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la dirección de este Curso. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente de AFACIMERA.

Metodología Docente en Ciencias de la Salud
Austria 2277 P.B. "B" (C1425EGK) - Buenos Aires, Argentina.
Tel/Fax: (54-11) 4805-5965
E-mail: grupoag@interserver.com.ar

Indice

Habilidades Profesionales
Enseñanza de Procedimientos

Objetivos 7

Habilidades Profesionales 9

Habilidades comunicacionales. Entrevista 19

Enseñanza de la clínica 27

Habilidades para el asesoramiento y educación 43

Preparación de los estudiantes para la educación continuada 51

Enseñanza de Procedimientos 57

Las estrategias de enseñanza de los procedimientos 63

Anexo 1, Clave de respuestas 81

Anexo 2, Bibliografía 85

Anexo 3, Ejemplos de listas de cotejo 89

Módulo Nº 5

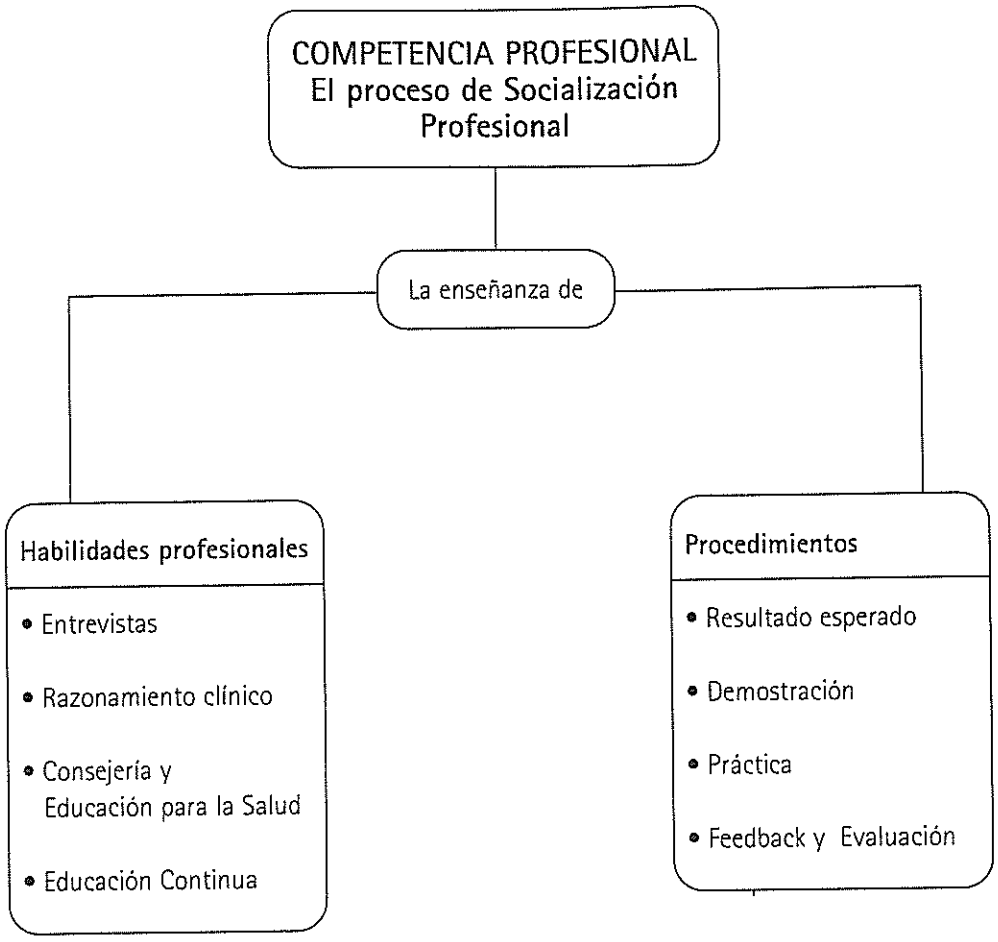
Habilidades Profesionales
Enseñanza de Procedimientos

Objetivos

Esperamos que al finalizar la lectura de este módulo Ud. se sienta capaz de:

- ✔ reconocer las variables que intervienen en el proceso de socialización profesional
- ✔ enumerar los componentes de la competencia profesional
- ✔ implementar estrategias para el desarrollo de habilidades comunicacionales
- ✔ sistematizar la enseñanza de la clínica
- ✔ introducir en su práctica docente oportunidades para el aprendizaje de la consejería y de la educación para la salud
- ✔ orientar el aprendizaje de procedimientos
- ✔ establecer las diferencias entre brindar feedback y evaluar los resultados del aprendizaje

Esquema de contenidos



Habilidades Profesionales

Este capítulo ha sido preparado por la Lic. Amanda Galli en base al Capítulo 3 de La Docencia en Medicina de Ken Cox y Christine E. Ewan con la autorización de Ediciones Doyma.

Introducción

Cuando se define el perfil de un graduado en ciencias de la salud se establecen sus competencias profesionales, o sea aquellas tareas que un graduado debe realizar en su campo profesional. Por lo tanto al diseñar los currículos de estas carreras se debe tener en cuenta cuáles son aquellos conocimientos, actitudes y destrezas que un alumno debe aprender para poder desempeñarse profesionalmente. Cuando se definen los aprendizajes que deben lograr los futuros graduados en Ciencias de la Salud, deben planificarse los contenidos específicos y actividades que el estudiante deberá cumplir para lograr los distintos tipos de aprendizajes. Cuando hablamos de contenidos específicos en general nos referimos a los conceptos, hechos, principios, o reglas que el estudiante de ningún modo puede desconocer. Pero sin lugar a dudas la competencia profesional no se determina sólo por los contenidos conceptuales sino que intervienen el saber hacer y las actitudes.
Podríamos graficar la competencia profesional como la intersección entre conocimientos, actitudes y destrezas.

El proceso de convertirse en profesional (médico, enfermera, odontólogo o bioquímico) es un proceso social más complejo que la adquisición de los conocimientos académicos y la obtención del título.

El proceso de socialización profesional

El llegar a ser médico y miembro de la profesión médica, así como llegar a ser odontólogo o enfermero, es un proceso social (socialización profesional). La socialización profesional consiste en la adquisición o desarrollo de valores y modelos de conducta que capacitan al individuo para cumplir el cometido que la sociedad espera de los miembros de tal profesión. La socialización es una interacción social especializada en la que los estudiantes y las personas con las que entran en contacto desarrollan expectativas de sí mismos y de los demás dentro del contexto de los servicios de salud y responden teniendo en cuenta tales expectativas.

La socialización se produce en las interacciones de los estudiantes con los pacientes, con las instituciones, con los profesores y con los condiscípulos

El resultado ideal del proceso de socialización es una autoimagen en la que se integran sentimientos de idoneidad personal y de satisfacción en el desempeño del papel encomendado.
La socialización es un proceso complejo que implica la exposición de los jóvenes estudiantes a una gran variedad de mensajes emitidos por muchos agentes que mantienen una escasa coherencia o

congruencia entre ellos. La socialización resulta todavía más complicada debido a que tan sólo algunos de esos mensajes se emiten de forma consciente o explícita. Una gran proporción de los mensajes captados por los estudiantes forma parte del "currículo oculto"; se trata de los mensajes, tanto verbales como no verbales, transmitidos por médicos, pacientes, enfermeras e instituciones, que siguen un curso paralelo (y es posible que en conflicto) al plan de estudios explícito convencional.

Las interacciones con los profesores ejercen una importante influencia de socialización, el intercambio de experiencias e ideas y las oportunidades para la observación y evaluación de la conducta de los profesores influye, sin ninguna duda, sobre el desarrollo de la imagen que los estudiantes tienen de la profesión y de sí mismos como miembros de la misma. La influencia de los profesores como modelos se caracteriza por la variabilidad, e incluso por la contradicción.

Los estudiantes deben experimentar, discutir y valorar de forma activa la conducta profesional, a fin de extraer un significado personal que puedan incorporar a su propia autoimagen profesional.

Es conveniente que los profesores reexaminen su función como modelos. En relación con la transformación de los estudiantes en colegas, muchos profesores contemplan su responsabilidad como una simple aportación de un buen ejemplo a seguir por los estudiantes. Sin embargo, esperar que los estudiantes absorban e incorporen de forma pasiva los valores profesionales y los patrones de conducta equivale a esperar que absorban de forma pasiva el contenido de un libro de texto.

La observación de un modelo adecuado puede facilitar que los estudiantes comprendan qué se espera de ellos, pero no es suficiente para integrar las distintas fuerzas que influyen sobre su propia conducta para generar el resultado deseado. Algunos estudiantes logran hacerlo así, pero muchos experimentan cierta dificultad en la acomodación a sus cometidos profesionales.

Los principales estudios sobre la socialización han puesto de manifiesto que no se jerarquiza el logro de la adaptación psicosocial y personal al cometido profesional, porque la educación médica se limita a la capacitación técnica. Es probable que esto suceda porque los miembros del claustro docente pueden ponerse de acuerdo en los criterios de la competencia técnica pero no en la dimensión de las actitudes, creando un vacío de valores.

Las facultades de medicina promueven la negación de los problemas de adaptación del cometido profesional y los estudiantes aprenden a perpetuar actitudes de autoprotección en su trato con los pacientes, bajo la apariencia de un distanciamiento terapéutico

B.Virshup

Pensamiento y sentimiento se encuentran separados en el plan de estudios y el ambiente técnico y científico de la facultad inhibe la manifestación de sentimientos y el examen de los aspectos emocionales de la experiencia clínica. En tal contexto, al profesor debe pasarle inadvertido lo que le sucede al estudiante. Las defensas se congelan en rituales en los que tanto el profesor como el alumno desoyen las voces humanas del paciente y del profesional angustiado.

Los profesores pueden facilitar el desarrollo profesional:

- haciendo explícito el currículo oculto
- revelando no sólo los aspectos cognitivos del razonamiento clínico sino también los aspectos intuitivos y afectivos
- explorando las implicaciones de las distintas acciones clínicas, no sólo desde el punto de vista clínico sino también desde los puntos de vista del médico, paciente y sociedad.

Los profesores deben revisar los objetivos y procesos de la educación a fin de asegurar las ocasiones necesarias para el resurgimiento de la reflexión y el desarrollo personal.

En resumen, los profesores de las facultades de ciencias de la salud pueden reconocer que el proceso de conversión en profesional es un proceso de desarrollo personal que requiere tiempo y espacio para la reflexión sobre la experiencia.
La reflexión es un aspecto legítimo y necesario de la educación profesional aunque en la práctica la sobrecarga del plan de estudios la imposibilita.

Aunque conocemos el impacto emocional que la enfermedad ejerce sobre el paciente, pretendemos que las decisiones de los médicos se emitan libres de emociones y valores.
Nos sentimos cómodos estudiando la conducta del paciente, pero no hemos contemplado el estudio de la conducta del médico como una responsabilidad que competa a la Facultad de Medicina.

Ken Cox

La adquisición de la competencia profesional

El número de habilidades profesionales que debe adquirir un profesional del campo de las ciencias de la salud es muy grande.
¿Quién define estas expectativas, la profesión que aporta el servicio o el público al que sirve?
La práctica y competencia médicas están siendo sometidas a una inspección cada vez más minuciosa a medida que diferentes grupos sociales intentan ejercer su influencia sobre la índole de la labor médica. Estas expectativas en evolución están comenzando a valorar la competencia clínica desde una perspectiva diferente. Las tradicionales funciones de diagnosticar y tratar las enfermedades

son vistas a la luz de dimensiones sociales tales como los derechos del paciente y la calidad de los servicios que efectivamente recibe la población.
El factor más poderoso y reciente ha sido el incremento de los costos de la asistencia médica, que ha implicado a las partes financieras (gobiernos, compañías aseguradoras, empresas, etc.) en el análisis del empleo de los recursos.

La visión económica de la asistencia médica como un servicio que debe adquirirse se mezcla cada vez más con la tradicional imagen de la medicina como bien público.

Tradicionalmente los médicos, y todos los profesionales del sector salud, participaban en un "juego sin pérdidas" en el que no se les exigía ninguna justificación de su existencia o su eficacia. En la actualidad la visión es otra: ¿El servicio médico revierte en realidad en un beneficio sanitario? ¿Justifica su costo?
Este tipo de cuestiones requieren que la medicina demuestre la eficacia de los servicios suministrados. ¿Cómo se define la eficacia? ¿Qué criterios se utilizarán, los del médico, los del paciente o los financieros?
¿Son eficientes los servicios médicos?
Dichos servicios, ¿hacen un empleo óptimo del tiempo, personal, medios, materiales, espacio y recursos financieros?
Si los recursos disponibles son finitos, ¿cómo debe decidirse el modo de empleo más eficiente de tales recursos?

¿Cómo debe el médico manejar el posible conflicto de valores en el empleo de recursos finitos?
Al médico le resulta bastante difícil conciliar las diferentes opiniones respecto a lo que debe hacerse y esta complicación aumenta cuando más de una persona tiene intereses en la decisión. Considérese quién tiene intereses en cuestiones tales como:

- ¿Reanimación intensiva de un paciente anciano o muerte con dignidad?
- ¿A quién se admite su ingreso en el hospital, al paciente que requiere cuidados de enfermería a causa de un cáncer terminal o al paciente que podría llevar una vida más independiente después de una prótesis de cadera o una extirpación de cataratas?
- ¿Una unidad de asistencia coronaria o un programa de reducción de lípidos en la dieta?
- ¿Un trasplante de hígado para un niño o vacunación para 100.000?

El profesor debe enseñar y examinar estas áreas para que el graduado sea clínicamente competente para actuar de modo adecuado en una sociedad cambiante.

Todos estos temas inciden en las decisiones clínicas cotidianas, ya sea de modo explícito o implícito.

El profesor debe estimular a sus estudiantes para que averigüen, en cada situación en particular, **cuáles son, a juicio del propio paciente, los aspectos más importantes de la enfermedad y de su tratamiento.** El desconocimiento del modo en que los pacientes comprenden la enfermedad puede ocasionar un diagnóstico incompleto o erróneo, la insatisfacción del paciente y/o un bajo nivel de cumplimiento del plan terapéutico (indicadores de la ineficacia de la atención médica).

Estas deficiencias pueden reducirse planteando al paciente tres preguntas sencillas.

¿Qué piensa usted sobre esta cuestión?
¿Cuál piensa usted que es la causa?
¿Qué cree usted que debería hacerse?

La siguiente tarea consiste en verificar que los aspectos de la asistencia importantes para el paciente sean atendidos de forma adecuada, tanto en la discusión de las opciones terapéuticas como en el plan de atención. Los intereses del paciente son el punto central de la consulta.

Podría resultar conveniente implementar alguna forma de registro - a realizar entre pacientes y estudiantes- de las opiniones de los pacientes en relación a lo que consideran importante en el tratamiento. Esta hoja se utilizaría para recordar estas opiniones a estudiantes y médicos después de la consulta para que revisen si se abordaron o no los intereses del paciente.

A menudo, los profesionales de la salud deciden (p. ej., cuándo debe operarse una hernia o cuándo una hipertensión requiere tratamiento) y/o prescriben antes que ofrecer alternativas. Las opciones requieren tiempo para su discusión, revelan dudas y pueden suscitar preguntas de difícil respuesta.

La labor del profesor estriba en procurar que el pensamiento del estudiante permanezca abierto y honesto, de modo que éste aprenda a reconocer sus propios valores y sus diferencias con los del paciente.

La vida está llena de alternativas. El profesor de medicina puede encontrar una docena de ellas en el tratamiento de cualquier paciente. También el estudiante puede aplicarse en su búsqueda. Una vez averiguados todos los puntos donde pudieran contemplarse ganancias y pérdidas, el estudiante debe esforzarse en:

- elegir las mejores opciones en función de los intereses del paciente
- presentarle las opciones al paciente.

La clarificación de cuáles son los mejores intereses del paciente puede exigir una prolongada consulta con el mismo.

Los profesores pueden participar en la discusión en su calidad de colegas experimentados, y como informadores de la posición que la profesión médica adopta en la actualidad, pero no como autoridades en materia ética o moral.

Nadie tiene la respuesta "correcta" cuando los temas tratan de alternativas de posibles pérdidas y ganancias.

Los profesores deben proponerse que los estudiantes adquieran con el tiempo la capacidad para resolver por sí mismos tales dilemas.

Otro punto a considerar, como componente de la competencia profesional, **es la utilización racional de los recursos.** Los médicos controlan el acceso a los recursos sanitarios. Los pacientes no

pueden solicitar sus propios análisis o recetarse prednisona. Los médicos deciden cuándo merece la pena o no investigar una enfermedad.

Cualquier paciente ofrece ocasiones para la discusión de los temas vinculados a la utilización racional de los recursos. El profesor tiene la oportunidad de presentar cuestiones específicas para la justificación de cada utilización de recursos. Por ejemplo:

- ¿Por qué solicitaría usted esta prueba?
- ¿Cómo sabe usted cuál es la prueba más útil que debe solicitarse en esta fase?
- ¿Cuáles son las alternativas? ¿Qué diferencias presentan en cuanto a la validez de la información que aportan?
- ¿Qué diferencias presentan con respecto al riesgo que comportan?
- ¿Qué medidas adoptará si el resultado de la prueba es positivo/negativo?
- ¿Cómo influirá el resultado de la prueba sobre su tratamiento?

La información es útil sólo si ayuda a mejorar el pronóstico de los pacientes.

El concepto fundamental de este tema es que el punto central de la consulta reside en el tratamiento, no en el diagnóstico. La información es útil tan sólo en la medida en que contribuya a las decisiones terapéuticas.
El tratamiento es útil tan sólo en cuanto optimice el pronóstico de los pacientes.
Es posible que la información social sea, en algunas ocasiones, más valiosa que la información aportada por las pruebas y exámenes.

¿Cómo pueden los profesores estar seguros de que los graduados se comportarán de forma abierta y honesta cuando actúen sin supervisión en el seno de la sociedad? ¿Cuál es la tarea del profesor de medicina respecto a la enseñanza y la verificación de la conducta profesional de todos los días?

La misión del profesor consiste en favorecer un **progresivo incremento de las responsabilidades**, primero con decisiones pequeñas y limitadas (como solicitar o no una prueba), a continuación con decisiones más importantes (como insertar o no una sonda urinaria), y por último con decisiones complejas asociadas con una mayor incertidumbre o un mayor número de alternativas (como ingresar o no a un paciente en el hospital).

El profesor debe permitir que el estudiante experimente la dificultad de **emitir juicios en condiciones de responsabilidad**, aunque con una extensa discusión y reflexión de los dilemas prácticos y éticos con los que se encuentre, y con una guía sobre la forma de averiguar qué es lo más importante para el paciente.

Aunque pueda parecer obvio, la conducta habitual se establece tan sólo por medio de la práctica habitual. Si no se conceden oportunidades para ensayar la conducta, con posibilidad de solicitar supervisión o consulta con el profesor, no se conforman las conductas profesionales esperadas.

Llegar a ser miembro de una profesión es un proceso complejo en el que se ponen en juego valores, modelos, identificaciones. Además, hay que adquirir determinadas habilidades específicas.

EJERCICIO N° 1

A.- marque V (verdadero) o F (falso) según corresponda

	V	F
1.- Las competencias profesionales se adquieren a través de las actividades previstas en el plan de estudios formal.	❑	❑
2.- El proceso de socialización profesional implica el desarrollo de valores y modelos de conducta que hacen posible el cumplimiento del cometido que la sociedad espera.	❑	❑
3.- Los valores y modelos de conducta profesional se adquieren sólo si los docentes ofrecen ejemplos coherentes de conducta profesional.	❑	❑
4.- Los profesionales de la salud son las personas más capacitadas para decidir qué le conviene al paciente.	❑	❑
5.- La conducta profesional sólo se adquiere después de la graduación.	❑	❑

B.- Mencione por lo menos dos estrategias que pueden utilizar los docentes para favorecer el desarrollo profesional de los estudiantes.

.....

.....

.....

C.- ¿Cuál es su experiencia en relación a la enseñanza del uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos? ¿ Cuál es su posición al respecto?

.....

.....

.....

D.- ¿En qué medida Ud. contribuye a la formación profesional de sus alumnos? Qué cambios podría hacer en su tarabajo con los alumnos teniendo en cuenta que: "El proceso de "convertirse en profesional"es un proceso de desarrollo personal que requiere tiempo y espacio para la reflexión sobre la experiencia".

.....

.....

.....

Habilidades comunicacionales. Entrevista

Las entrevistas efectuadas con pericia permiten obtener una información más adecuada, un diagnóstico más preciso, una mejor afinidad y un mayor grado de cumplimiento del tratamiento. Un aforismo clínico ampliamente difundido afirma que "el 90 % del diagnóstico sale de la anamnesis"

Todos los médicos dedican una gran parte de su tiempo a conversar con sus pacientes aunque, hasta tiempos recientes, se les habían dado pocas instrucciones, o ninguna en absoluto, sobre "cómo hablar".
La educación médica se encuentra intensamente desviada hacia la transmisión de información y particularmente en relación a la entrevista se enfatiza "qué" información obtener mientras falta el entrenamiento en "cómo conseguir esa información".

Además, los estudiantes se están educando para ser médicos generales y deben conocer los rudimentos de la psicoterapia de apoyo lo que demanda un buen manejo de las entrevistas.

Tales rudimentos pueden proporcionarse durante un curso sobre la entrevista, aunque tan sólo se desarrollan mediante la práctica repetida bajo supervisión. Puede animarse a los estudiantes para que aborden casos de terapia supervisada durante el transcurso de su asignación a los servicios de medicina pública, geriátrica o psiquiátrica.

Durante el desarrollo de las entrevistas, la comunicación se produce a múltiples niveles:

- el más evidente es el nivel de la obtención de información necesaria para el diagnóstico y tratamiento.
- el segundo nivel es el de la comunicación no verbal, a través de códigos no verbales se transmiten otros mensajes y/o se refuerzan los verbales.
- en un tercer nivel, el entrevistador verifica los sentimientos del paciente.
- cuando el entrevistador es más experimentado, puede prestar atención al cuarto nivel de la entrevista: los propios sentimientos del entrevistador.

En los servicios de salud, la mayor parte de los entrevistadores se orientan abiertamente tan sólo hacia el nivel uno.
Un ejemplo del proceso multinivel que se desarrolla en una entrevista lo aporta el caso de una mujer de 31 años de edad con tenosinovitis que se queja airadamente sobre las limitaciones de sus actividades mientras estruja un pañuelo entre sus manos sudorosas

(señal no verbal de ansiedad; nivel 2). No había cumplimentado el régimen terapéutico prescrito (nivel 3, enojo y ansiedad acerca de su enfermedad), frustrando así al médico y haciéndole sentir molesto (nivel 4, sentimientos de enojo y frustración, y quizá de impotencia, por parte del médico). La entrevista fue tensa hasta que el entrevistador comentó: "Parece usted enojada con esta tenosinovitis (nivel 3) y no hemos avanzado demasiado con su tratamiento ".

Qué debe hacerse y qué no debe hacerse en la entrevista médica	
Qué debe hacerse	**Qué no debe hacerse**
- Sea cortés - Preséntese - Disponga el marco ambiental - Converse con (colabore con) su paciente - Considere las hipótesis: elabore sus prioridades - Emplee el vocabulario de su paciente - Indique si desea modificar o interrumpir el tema - Compruebe que el paciente le ha entendido - Sea comprensivo, muestre simpatía y ayuda - Use el contacto físico cuando sea apropiado - Reordene la información antes de presentarla - Sea honesto - Asegure la confidencialidad - Advierta al paciente algunos minutos antes de acabar - Pregunte al paciente si le queda algo por añadir o si le restan algunas cuestiones por plantear - Efectúe un resumen al término de la entrevista; verifique que se comprenda la información	- Ser paternalista con su paciente - Suponer que el paciente le conoce - Situarse en el lado opuesto de la cama - Menospreciar a su paciente - Ser rígido en sus juicios, o seguir un formulario o una lista de preguntas - Utilizar términos de jerga médica - Saltar de un tema a otro, o interrumpir sin avisar - Formular dos o tres preguntas al mismo tiempo - Ser demasiado familiar, o demasiado distante - Ser (físicamente) seductor (amigo antes que profesional) - Hacer promesas que no pueda cumplir - Efectuar una alianza con el paciente que comprometa su posición en el equipo médico - Finalizar la entrevista con brusquedad - Mascullar instrucciones importantes al término de la entrevista mientras el paciente abandona la consulta

Si se trata de una entrevista con fines diagnósticos, los clínicos experimentados formulan una hipótesis (diagnóstico provisional) al cabo de pocos minutos. La mayor parte de la entrevista se orienta a la refutación o confirmación de tal hipótesis, a la construcción de hipótesis alternativas (diagnóstico diferencial) y hacia la búsqueda de información pertinente para el pronóstico o tratamiento.

En algunas ocasiones, las preguntas son más embarazosas para el entrevistador que para el paciente. Los pacientes pueden mostrarse sensibles a las preguntas sobre preferencias y prácticas sexuales,

ingesta de alcohol, empleo ilícito de drogas, o sobre le existencia de fenómenos psicóticos, como alucinaciones; no obstante, es posible que a algunos estudiantes, sobre todo a los inmaduros o a los procedentes de culturas diferentes, tales temas les resultan incluso más difíciles. Estos estudiantes inhibidos pueden omitir por completo las preguntas especialmente delicadas o plantearlas de un modo tan inadecuado que no es probable que reciban una respuesta precisa. Las limitaciones de tiempo y personal impiden, por lo habitual, la exploración de estos temas. Sin embargo, en general es posible conseguir que los estudiantes sean conscientes de cómo sus inhibiciones pueden reducir o distorsionar la información que obtengan, animándoles a que discutan estos temas en grupos reducidos.

Se ha demostrado que los estudiantes pueden mejorar su rendimiento después de un entrenamiento específico en técnicas de entrevista.

Estrategias de enseñanza

La teoría sobre los procesos de comunicación y la técnica de la entrevista puede aprenderse leyendo los textos pero la habilidad necesaria para un desempeño correcto requiere un entrenamiento práctico mediante la observación y análisis de entrevistas con pacientes (reales o simulados).

Inicialmente, antes de practicar entrevistas con pacientes reales o simulados, se pueden llevar a cabo algunos juegos y dramatizaciones. Por ejemplo, el entrevistador debe averiguar el problema secreto de una persona utilizando una técnica correcta de entrevista.
Una vez representados los primeros papeles, los estudiantes están más capacitados para implicarse con más profundidad. Después de una representación de papeles (role playing) es muy importante permitir que el estudiante pueda expresar cualquier sentimiento generado por su representación. Se instruye al "paciente" para que salga del papel en primer lugar, a continuación el entrevistador y por último el observador manifiesta sus comentarios sobre el tema.

Las grabaciones en video de entrevistas practicadas por el profesor aportan modelos, y los registros de las entrevistas realizadas por el estudiante permiten la autovaloración y los aportes y sugerencias del supervisor y de los compañeros.
El equipo de registro videográfico debe ser adecuado para que esta técnica proporcione información significativa: definición clara de las facciones del entrevistador y del entrevistado y una reproducción precisa del sonido

Los registros en video representan para la entrevista lo mismo que el microscopio significó para la bacteriología.

Entre las ventajas del **análisis videográfico** se incluyen la facilidad de interrumpir la grabación y preguntar a los otros estudiantes qué

Los estudiantes pueden ser muy susceptibles a la crítica, por lo tanto se requiere especial atención para que los comentarios sean pertinentes y constructivos.

dirían a continuación (no qué preguntarían sobre el tema, sino qué palabras utilizarían en realidad), y la facilidad de reproducir partes de la entrevista a fin de destacar determinados puntos. Algunos estudiantes se sienten más cómodos si, antes de discutir con el docente y los compañeros, pueden ver el video ellos solos. Los grupos reducidos permiten una supervisión más cercana e íntima.

Las **demostraciones** de las habilidades son vitales para su enseñanza. Cuanto más variados sean los métodos de demostración, mejores resultados se obtienen.
Se puede recurrir a grabaciones de una entrevista de televisión (noticiero, reportajes) y a grabaciones de entrevistas realizadas por el profesor con pacientes reales.

También pueden ilustrarse conductas no deseables con dramatizaciones y analizando grabaciones de entrevistas reales en clínicas.

Estas caricaturas de entrevistas mal realizadas aportan una valiosa información al estudiante y son una fuente de diversión.

Particularmente adecuadas son las prácticas por medio del role playing.
Los estudiantes aprenden más sobre las habilidades de entrevista al representar el papel de pacientes.
Los guiones o protocolos para la representación son de gran ayuda.
Se debe conceder el tiempo suficiente, alrededor de 10-20 minutos, dependiendo de la situación, para cada representación; además, unos 10-15 minutos para el proceso de salida del papel y la discusión en grupo reducido, y alrededor de 10-15 minutos más para la discusión en un grupo mayor o con la totalidad de la clase.
Las representaciones deben basarse en casos clínicos.

En el desarrollo de una entrevista se debe prestar especial atención a:

1.- **la confidencialidad:** los derechos del paciente son prioritarios. El paciente debe tener la opción de hablar primero y en privado. Ello reviste especial importancia en los casos en que un pariente o cónyuge acompañante pudiera inhibir al paciente la exposición de determinados problemas.

2.- el **lenguaje** debe ser tan sencillo como sea posible y adecuado al nivel del paciente. Los profesionales deben eludir el empleo de palabras técnicas o de jerga.
Existen algunos puntos específicos sobre la discusión de temas psicológicos: es mejor utilizar las propias palabras del paciente, incluso si emplea una imprecación para describir un

sentimiento. Los entrevistadores deben prestar una especial atención a la utilización por parte del paciente de palabras malsonantes, ya que por lo habitual ello constituye una señal de emociones más profundas. Así, si el paciente manifiesta "sentirse cabreado", las paráfrasis utilizadas por el médico, tales como "sentirse ansioso" o "sentirse enojado", pierden impacto.
El médico y el paciente construyen un vocabulario común que compartirán en sesiones posteriores.

3.- las **formas de abordaje:**

- Universalización: "autorice" al paciente a tener síntomas o conductas indeseables, dándole a entender que son aceptables e incluso frecuentes. Ejemplos:
  - "La mayoría de madres tienen sentimientos negativos hacia sus hijos al mismo tiempo que se sienten culpables. Deseo saber si alguna vez ha sentido algo parecido".
  - "Las personas tienen a menudo extrañas experiencias cuando están con los nervios alterados, como oír voces o ver cosas. ¿Le ha ocurrido algo similar?"

- Rodeo: abordaje indirecto de los temas delicados preguntando primero sobre temas menos conflictivos. Por ejemplo:
  - menarquía - menstruación - coito
  - cigarrillos - alcohol - marihuana - otras drogas.

- Progresión: abordaje gradual del tema sensible. Por ejemplo:
  - hastío de todo – sin metas en la vida - no merece la pena vivir - deseos de desaparecer - planes de suicidio.

- Emitir señales de aviso. Los entrevistadores deben advertir a la otra persona antes de cambiar de tema o de interrumpirlo. Ello reduce la desorganización y facilita una entrevista muy fluida. Por ejemplo:
  - ¿qué le parece si abordamos otra cuestión?",
  - "perdone que le interrumpa pero....",
  - "ya sé que queda mucho por decir acerca de su vida familiar; quizá volvamos a ello más tarde si tenemos tiempo."

Entrenamiento específico.

El curso de microasesoramiento de habilidades de entrevista desarrollado por Ivey y Authier (1978) constituye un método eficaz de enseñanza de las técnicas específicas de entrevista.
Este método fracciona la entrevista en habilidades diferenciadas que pueden enseñarse de forma individualizada y amalgamarse después.
Yvey y Authier recomiendan el empleo de varios talleres centrados en cada una de las siguientes habilidades:

1.- Focalizar la atención en determinados detalles.

(a) Contacto visual: Aporta información diagnóstica, ayuda al establecimiento de una corriente de simpatía y pone de manifiesto la implicación del entrevistador. Las desviaciones de la mirada, ya sea por parte del entrevistador o del paciente, pueden indicar incomodidad o dificultad con un tema determinado.

(b) Postura corporal: La comunicación no verbal es un proceso bidireccional, y el paciente es muy consciente de la postura corporal del médico que indica atención, por lo habitual una ligera inclinación hacia delante. El entrevistador debe permanecer relajado y no debe demostrar falta de naturalidad ni mirar con fijeza al paciente.

(c) Continuidad verbal: El entrevistador puede dirigir al paciente hacia sus intereses, empleando en la medida de lo posible las propias palabras del paciente, repitiendo las últimas palabras mencionadas y evitando las interrupciones o modificaciones del tema.

2.- Formulación de preguntas

(a) Las preguntas abiertas o intervenciones exploratorias son las que se inician con "¿Cómo?", "¿Qué?" o "Dígame lo que.." Animan al paciente a mantener una postura abierta y no hacen presunciones sobre las respuestas.

(b) Las preguntas cerradas pueden contestarse mediante un sí o no, estructuran las respuestas, imponen las ideas del entrevistador sobre la respuesta y requieren que el entrevistador plantee preguntas adicionales.

3.- Brindar estímulos mínimos

Son pequeños indicadores de nuestro interés por el paciente. Pueden tener la forma de breves expresiones como " ¡Oh!", "¿Sí?", "¿Entonces?", "Humm" , "Ajá ", o bien emplear la repetición de las

últimas palabras mencionadas, o simples comentarios como "Dígame algo más", o un intervalo en silencio, no demasiado prolongado para evitar que llegue a ser incómodo.

4.- Empleo de paráfrasis

Las paráfrasis explican con otras palabras la esencia de lo que el paciente ha dicho: "Básicamente usted dice que", o "parece que usted no puede decidir entre"
Son útiles para clarificar determinados puntos, sobre todo dilemas y controlar la exactitud de lo que se ha oído.

5.- Elaboración de resúmenes

Los resúmenes son útiles al término de la discusión de un tema o de la consulta, como un medio de poner en orden a un paciente confuso o divagador, y al inicio de una sesión de asesoramiento como medio recordatorio de temas anteriores importantes.
Los resúmenes ponen de relieve los temas de una o varias sesiones. Ayudan al paciente a ordenar sus pensamientos y sentimientos, le desplazan desde la exploración a la acción, y permiten que el médico corrija las distorsiones en sus propias percepciones.

6.- Reflexiones sobre los sentimientos

Se trata de reconocer las emociones de los pacientes e integrarlas en un contexto.
Es fundamental observar las comunicaciones no verbales de sentimientos y los doble-mensajes. Estos últimos son comunicaciones contradictorias en las que a menudo los pacientes dicen una cosa, por ejemplo: "No estoy preocupado", aunque de modo no verbal están indicando otra, por ejemplo, retorciéndose las manos.
Cuando los sentimientos sean sutiles o el médico dude acerca de la exactitud de su percepción, es preferible suavizar la reflexión con una frase del tipo de: "Parece usted enojarse al hablar de su hijo."

EJERCICIO N ° 2

Responda el siguiente cuestionario.

1.- La capacidad para establecer una buena comunicación con los pacientes es una condición innata, espontánea o puede ser aprendida?

.....
.....
.....
.....
.....

2.- ¿Cuál de las siguientes son conductas inadecuadas en una entrevista médica?

a) cambiar de tema bruscamente, sin previo aviso
b) utilizar paráfrasis
c) mantener contacto visual
d) brindar explicaciones ajustándose a la terminología profesional
e) prestar atención exclusivamente al lenguaje verbal
f) hacer un resumen de los temas abordados y/o de la información obtenida
g) formular preguntas cerradas para evitar disgresiones
h) hacer rodeos antes de preguntar sobre un tema delicado
i) decodificar los doble mensajes
j) utilizar los mismos términos con los que se expresa el paciente

3.- ¿Qué estrategias de enseñanza implementaría Ud. para ayudar a sus alumnos para que reconozcan sus propios sentimientos durante una consulta y para que descubran de qué manera éstos intervienen en el desarrollo de la misma?

.....
.....
.....
.....
.....

Consulte el Anexo 1 Clave de Respuestas

Enseñanza de la Clínica

Los profesores clínicos siempre han invertido una notable cantidad de tiempo ayudando a los estudiantes en

- la búsqueda de las evidencias más valiosas
- la interpretación de los datos obtenidos
- la relación de la evidencia con un diagnóstico y un plan terapéutico.

Este tipo de docencia se ha ejecutado de modo muy empírico, destilando las lecciones a partir de la experiencia, a menudo manifestándolas como anécdotas e impresiones clínicas.
En los últimos diez años se ha observado un incremento de la investigación sobre el proceso del razonamiento clínico y del desarrollo y verificación de estrategias óptimas para la exploración y toma de decisiones.

La enseñanza clínica se desarrolla en un contexto y/o en condiciones muy particulares y complejas. Los médicos se han acostumbrado de tal modo al marco en que actúan que a menudo no reconocen lo que tiene de original la enseñanza clínica:

- físicamente, en la sala hospitalaria se encuentran camas, pacientes, enfermeras, olores, bullicio,
- desde una perspectiva psicológica, la tarea implica responsabilidades, más el incremento del temor al fracaso, los peligros de la enfermedad y los riesgos de las intervenciones, las necesidades emocionales del paciente y sus familiares (y, reconocidas con menos frecuencia, las necesidades de los estudiantes, enfermeras y médicos).
- desde un punto de vista social, el personal mantiene unas relaciones complejas, con cometidos, funciones y responsabilidades superpuestos.

La primera experiencia de aprendizaje clínico consiste en la observación pasiva del paciente, de la actuación del docente como profesional asistencial y del marco ambiental.

A continuación le sigue la participación como actor mediante la formulación de preguntas (confección de la historia) y palpación de cuerpos humanos (semiología).

La práctica clínica requiere la aplicación de un inmenso caudal de conocimientos biomédicos sobre la enfermedad de una persona y de las manifestaciones de tal enfermedad. Esta aplicación exige el ejercicio de varias habilidades, que son el ingrediente fundamental de la práctica en la cabecera del paciente, ya sea en el hospital, la clínica, el consultorio o en el hogar del enfermo.

La práctica clínica requiere la aplicación de:

1. Capacidad de comunicación, construyendo un ambiente de confianza y honestidad, escuchando con eficacia, averiguando y verificando la historia de la enfermedad y comprobando el entendimiento y las expectativas del paciente.

2. Habilidades perceptivas en la observación, palpación, auscultación y olfación de las posibles evidencias de la enfermedad.

3. Habilidades de razonamiento, en la interpretación de los signos hallados, en la generación y comprobación de las explicaciones, en la elección de los datos adicionales que hay que averiguar y en la integración de la información recopilada en un cuadro coherente.

4. Destrezas manuales y técnicas para explorar con más profundidad utilizando sondas, agujas, espejos y microscopios.

5. Habilidades de gestión, en la planificación de una secuencia de investigaciones, en la optimización de la asistencia del paciente con los límites impuestos por la enfermedad y la situación social, en la coordinación de la asistencia entre diversos colegas y en el registro y referencia de la información completa.

Los clínicos están acostumbrados a limitar la docencia a la disponibilidad de "casos" de modo que la enseñanza deviene incidental antes que sistemática. Frente a esta realidad de los servicios asistenciales algunas facultades de medicina (p. ej., la Universidad de Limburg en Maastricht) han creado laboratorios de habilidades (skill lab) para asegurar el aprendizaje de las habilidades de observación y medición.

También es frecuente que la sesión docente clínica se traslade desde la cabecera del paciente hasta una aula, por lo que el aprendizaje clínico termina siendo un ejercicio de interpretación de datos.

Habilidades perceptivas.

¿Qué puede hacerse en la cabecera del paciente que no pueda llevarse a cabo en cualquier otro sitio? Y además, ¿cómo va a emplearse este valioso tiempo? ¿Qué se pretende lograr en la enseñanza clínica?
¿Cómo enseñar a los estudiantes a ver, palpar, auscultar y oler?

Se ha estudiado poco la forma en que aprendemos a detectar los detalles sutiles de las anomalías clínicas. Aprender a discriminar requiere el **descubrimiento de lo que es diferente.** Durante la fase de instrucción debe ponerse especial énfasis en los signos distintivos, sobre todo mostrando ejemplos graduales de contraste entre lo normal y lo anómalo.

Los datos clínicos varían ampliamente en cuanto a su fiabilidad. Los estudiantes necesitan un tiempo considerable para aprender que las observaciones pueden ser ambiguas o ilusorias. Es necesaria la observación de un gran número de pacientes para llegar a reconocer los cuadros de un modo intuitivo. El número de cuadros clínicos que deben observarse es tan elevado que el contacto con una amplia gama de estos cuadros debe iniciarse tan pronto como sea posible y en tantos contextos diferentes como sea posible.

El aprendizaje de la clínica requiere una experiencia prolongada, supervisada y práctica en situaciones reales.

Varios signos clínicos (como fiebre, dolor, vómito, astenia) aparecen en muchas enfermedades. Se requiere tiempo para que los estudiantes puedan establecer diferentes diagnósticos basados en lo que parecen ser series similares de evidencias.

A menudo confundimos observación, percepción e interpretación. Nuestras observaciones siempre resultan influídas por lo que estamos buscando.
La percepción es un proceso complejo en el que intervienen el estímulo sensorial, su procesamiento y su interpretación como modelos, símbolos o significados.

El docente tiene que explicar con detalle y exactitud en qué consiste el signo y qué interés tiene su percepción. Los estudiantes deben saber qué buscan y cuáles son los recursos (equipamiento, tecnologías) que facilitarán una búsqueda más eficaz.
La enseñanza clínica dispone de un gran número de técnicas que facilitan la percepción: iluminación y exposición adecuadas de las áreas que deben examinarse, luz tangencial para poner de manifiesto la pulsación, relajación del paciente mediante palabras amables y una secuencia de eliminación de la tensión de diversos grupos musculares, relajación del médico, sentándose y apoyándose sobre las articulaciones proximales antes de iniciar la palpación, el empleo de áreas sensoriales específicas, como el dorso de las

Percibimos aquello que somos capaces de comprender, lo que entendemos.

falanges medias para comprobar la temperatura o la parte palmar de las falanges proximales para la palpación de los quistes mamarios.

El novato, el aprendiz, necesita identificar las señales específicas de relevancia clínica que se presentan mezcladas con muchas otras informaciones que recibe a través de la percepción.
La enseñanza de las habilidades perceptivas tiene que fundamentarse en las necesidades del estudiante :

- el estudiante necesita conocer lo que busca o palpa. En tanto que las palabras pueden orientar al estudiante en la identificación del signo, la experiencia sensorial directa es fundamental para conocer el signo.
- el estudiante necesita saber cómo llevar a cabo esta tarea perceptiva con más eficacia.

La primera fase de la enseñanza clínica es que el estudiante aprenda los **métodos de rutina**. Los métodos pueden ser de palpación de un órgano (como el hígado o la arteria dorsal del pie), de auscultación de ruidos (p. ej., auscultación cardíaca, pulmonar o de ruidos intestinales) o de comprobación de una función (p. ej., del reflejo aquíleo o de los pares craneales).

La segunda fase es la **delimitación del signo anormal y sus características** (p. ej., en una úlcera, su localización, tamaño, forma, límites, techo, base, tejidos circundantes y ganglios linfáticos). La descripción completa y minuciosa es un elemento imprescindible de la exploración y de la verificación de su precisión. Los estudiantes deben comenzar a practicar por sí mismos las habilidades, bajo la supervisión del profesor. Puesto que los signos clínicos anómalos no están a nuestra disposición siempre que los requerimos, gran parte de la práctica de estos métodos se lleva a cabo en condiciones de normalidad (ya sea en pacientes o condiscípulos). La dificultad logística que conlleva la disponibilidad de pacientes con signos anormales ha conducido a la creación de simulaciones, como modelos de mamas que contienen sílice gelatinosa y varios grumos, o modelos de pelvis femenina con varios órganos reemplazables, conteniendo diferentes tumefacciones, o modelos del fondo de ojo con diferentes imágenes, o grabaciones de los ruidos cardíacos o pulmonares.

Ningún tipo de instrucción ni de prácticas sobre personas normales o pacientes simulados puede sustituir a la experiencia directa personal de la anomalía real localizada en el organismo vivo. La gama y diversidad de los signos que deben aprenderse es extremadamente grande. La obtención de experiencias directas y personales de estos signos requiere años de contacto con la medicina clínica.

La supervisión aporta un rasgo esencial al aprendizaje de las habilidades perceptivas. El instructor puede advertir a los estu-

diantes si siguen un camino correcto o erróneo, asesorarles sobre cómo interpretar los signos que perciban y qué nombres - rótulos deben asignarles, tanto para recordarlos como para comunicarlos a otras personas.

Las habilidades no se adquieren de forma instantánea, sino que requieren práctica.

La curva de aprendizaje (el porcentaje de discriminaciones correctas o progresivamente más precisas conforme aumentan los intentos) muestra un ascenso rápido con una meseta precoz. La curva se aplana al cabo de unos diez intentos. Si a continuación se produce una solución de continuidad en el aprendizaje, digamos alrededor de un mes, y después se inician de nuevo los ensayos, las habilidades se reasumen al mismo nivel que tenían cuando se aprendieron; es decir, la habilidad perceptiva se conserva.
Algunas investigaciones sobre retención del aprendizaje dicen que los estudiantes deben abordar alrededor de diez ejemplos antes de adquirir una capacidad máxima en sus habilidades, y una vez aprendidas no se olvidan.

Es evidente que no podemos mejorar si no sabemos cuándo hemos actuado de forma correcta.
Para tener información acerca del propio desempeño se requiere una segunda persona; si el profesor no está disponible, el estudiante debe emprender la búsqueda de otro experto, como un residente o incluso un estudiante de un curso superior.
La actitud de verificar nuestros propios hallazgos con otro profesional es tan importante como la corroboración de la información obtenida.
Sin una crítica, es posible que los hábitos se vuelvan descuidados y que los criterios se desplomen. Para el profesional independiente, el único crítico disponible es él mismo.

El aprendizaje requiere más tiempo cuanto más compleja sea la actividad a realizar.

Los profesores desempeñan un papel fundamental en la conformación de una conducta autocrítica y en la conformación de la tenacidad para repetir las observaciones de los signos críticos, hasta que pueda establecerse con toda confianza la presencia o no de un signo determinado.
Los profesores también deben ser modelos de tenacidad en su objetivo de búsqueda de signos, aunque el sistema coloque obstáculos en el camino. La presión por "servicios eficientes" generan una presión para una rápida exploración de los pacientes. Por un lado, la capacidad de detección de los signos anómalos mediante una rápida exploración es muy valiosa y eficiente; por otra parte, a menudo se requiere tiempo para escuchar con paciencia y explorar con minuciosidad, si no se quieren omitir signos clínicos. El ejemplo dado por el profesor de persistir en la búsqueda de la información, a pesar de recibir presiones externas para que se apresure, constituye una lección inapreciable para la subsiguiente práctica independiente.

Durante la enseñanza clínica debe desarrollarse la capacidad de autoevaluación.

Razonamiento clínico

El trabajo clínico tiene tres fases principales:

- Elección del problema que debe tratarse.
- Elaboración de una explicación suficiente del problema
- Decidir qué debe hacerse

Estas tres fases no son independientes ni siguen necesariamente un orden secuencial.
La enseñanza de la primera corresponde a las habilidades requeridas para la entrevista.

Elección del problema que debe atenderse

El problema que debe manejarse no es un problema dado de antemano, sino que debe definirse a partir de los temas que afectan al paciente.
A menudo, el paciente presenta un problema mal definido, denominado abierto o indiferenciado; la labor del médico estriba en reducir el enfoque hasta definir un problema cerrado, como por ejemplo: "Varón de 28 años de edad que se presenta con una secreción uretral purulenta de un día de evolución."

Un problema bien definido es el producto esperado de la entrevista que se realiza para "levantar la historia".

En general, las facetas del problema que deben tratarse son escogidas por el médico, quien busca identificar y estructurar el problema sugerido por los síntomas relatados por el paciente.

Finalmente, el profesional decide qué problemas puede aceptar y cuáles no, el profesional define su responsabilidad. La elección del problema cuya responsabilidad aceptará el médico refleja las opiniones que se tengan acerca de cuáles son los cometidos del médico y cuáles no, acerca de la capacidad del médico para manejar el problema, y de la idea que tenga el médico acerca de qué enfermedades está preparado para tratar. Muchos médicos consideran que los problemas psicosociales se encuentran fuera de su órbita profesional, y muchos cirujanos se hallan a disgusto tratando pacientes con neoplasias evolucionadas y los encomiendan al cuidado de otros profesionales.
El profesor puede contribuir a que los estudiantes diluciden estas elecciones mediante la discusión en grupo de ¿quién hace qué?
Formular este tipo de preguntas conduce a diversas cuestiones adicionales sobre quién lo hace en realidad, con qué preparación, con qué adecuación, y a qué costo en tiempo, dinero y medios. A medida que aumenta la especialización de la práctica médica se

distribuye la asistencia entre una gama de diferentes profesionales de la salud, y es posible que los estudiantes (y graduados) precisen un aprendizaje explícito para el trabajo en equipo con los otros profesionales sanitarios.
El profesor de medicina puede designar a distintos estudiantes para que averigüen cuál sería la actuación de un fisioterapeuta, un asistente social o una enfermera, con un paciente determinando. Algunas universidades están desarrollando experiencias de enseñanza multiprofesional. Es decir que se llevan a cabo actividades de enseñanza-aprendizaje comunes y compartidas entre estudiantes de distintas profesiones

Elaboración de una explicación suficiente del problema

El objetivo final de la labor diagnóstica es colocar un nombre - rótulo; es decir, se trata de un trabajo de clasificación, de asignar el caso a una determinada denominación.
Esta tarea se hace más compleja y difícil de aprender porque las clasificaciones diagnósticas no utilizan unos criterios y una taxonomía uniformes. Algunos diagnósticos se basan en órganos (p. ej., apendicitis) y alteraciones anatomopatológicas (p. ej., infarto de miocardio, fístula anal), algunos están basados en síntomas (p. ej. prurito anal), otros describen manifestaciones (p. ej. diabetes mellitus) o conductas (p. ej. depresión), algunos indican la causa (p. ej. hepatitis infecciosa, úlcera péptica), otros definen la gravedad (p. ej. colitis ulcerosa fulminante) o los datos evolutivos (p. ej. pancreatitis crónica recidivante), algunos son epónimos (p.ej. enfermedad de Paget) y otros conservan su nomenclatura histórica (p. ej. ictus).

Se contempla el diagnóstico como una forma de la "verdad", aun cuando tan sólo representa un convenio de utilización de términos sobre el proceso patológico y la enfermedad.

La tarea no estriba tan sólo en averiguar la enfermedad, sino en establecer su extensión, gravedad, efectos e incluso la etiología; además, debe descartarse la presencia de otros procesos patológicos coexistentes.
El proceso diagnóstico suele ser bastante minucioso, como para proteger al estudiante/médico de la crítica de los colegas. La minuciosidad diagnóstica suele estar más al servicio del estudiante/médico que del paciente. Por desgracia, estas reglas del juego no se comunican nunca de modo explícito al estudiante, el cual se mentaliza intensamente en la importancia de emitir el diagnóstico exacto, correcto.

En la exploración de la enfermedad se pueden idetificar **tres estrategias cognitivas diferentes y complementarias.**
Ninguna de ellas es mejor o peor que las otras. Ninguna es correcta o errónea. Todas son útiles y se emplean en pacientes diferentes y en distintas fases de la exploración de la enfermedad.

Reconocimiento del modelo (modo intuitivo)

En presencia de un cuadro clínico intensamente patognomónico (la marcha de un ictus, la mirada fija del exoftalmos, el color y la forma de un melanoma, el aspecto abatido de la depresión, la facies parkinsoniana), el reconocimiento a partir de un modelo almacenado en la memoria clínica es tan inmediato que debe denominarse intuitivo.

Cada estrategia cognitiva requiere una forma diferente de aprendizaje.

Para reconocer un modelo primero debe tenerse experiencia del mismo. ¿Cómo asegura el profesor tal experiencia?
La necesidad de "ver muchos casos" hace recomendable el inicio de la experiencia clínica tan pronto como sea factible. Los diferentes ejemplos de enfermedad tienen un propósito determinado, es necesario aumentar el número de pacientes observados y explorados.
La variedad de modelos observados puede verse limitada por la naturaleza de la institución docente. A fin de asegurar la calidad de la experiencia, los profesores deben tener en cuenta todas las fuentes disponibles de pacientes, por ejemplo, instituciones mentales, departamentos y clínicas de oncología, departamentos de fisioterapia para lesiones nerviosas, departamentos de ortopedia pediátrica para el tratamiento de enfermedades óseas congénitas y archivos de ejemplos interesantes.

La observación de pacientes es necesaria, pero no suficiente.

Se requieren unas normas que sirvan de guía para la observación, exploración e interpretación de los signos relevantes. Debe llevarse a cabo una clarificación, una explicación y una consolidación a nivel conceptual de la experiencia sensorial, mediante la discusión y la reflexión, de modo que pueda integrarse con los otros conocimientos, clasificarse y archivarse.
Si no es posible que los estudiantes observen un número suficiente de ejemplos, el profesor debe recopilar diapositivas, fotografías películas y grabaciones videográficas de pacientes a fin de asegurar la experiencia sensorial. Las descripciones contenidas en los libros de texto son muy deficientes en ilustraciones de pacientes reales para fundamentar el reconocimiento de modelos.

Exploración de los diagnósticos provisionales (modo deductivo). Investigación diagnóstica

Cuando los síntomas sugieren un diagnóstico, se inicia una búsqueda deductiva "si-entonces" de otros signos cuya existencia sea probable, de otras características de esa categoría diagnóstica. La exploración es orientada por la explicación provisional o hipótesis diagnóstica.

En los casos en que sea verosímil más de una hipótesis, la investigación puede buscar de forma alternativa los signos positivos

de cada una de ellas. O bien puede concentrarse la búsqueda en aquellas características que permitirían la discriminación entre las hipótesis.
Los estudiantes y los médicos (al igual que otras personas) emiten explicaciones precipitadas de lo que observan; estos diagnósticos provisionales se establecen a los pocos minutos de la consulta médica, y se basan en muy pocos datos.
La tarea de los profesores de medicina consiste en ayudar a los estudiantes para que interpreten los signos iniciales del paciente en los términos de los posibles diagnósticos que sugieren y para que no se limiten a una serie demasiado restringida de posibilidades.

Cada signo clínico presenta una asociación cuantificable con una o más enfermedades, manifestada en términos de sensibilidad y especificidad.

El profesor debe dirigir a los estudiantes en la estructuración de asociaciones precisas entre los signos clínicos y el diagnóstico.

El profesor tiene dos funciones:

- hacer que el estudiante comprenda la fuerza empírica de cada elemento de evidencia, puesto que ello constituye la "naturaleza del arte" en la práctica clínica.
- mostrar cómo registrar y acumular los datos clínicos en su relación con una enfermedad, de modo que en el futuro las impresiones clínicas se ajusten a un cálculo más exacto y a datos de prevalencia local más precisos. Los ordenadores personales han simplificado esta última cuestión.

Exploración sistemática (modo inductivo)

Cuando los indicios disponibles son escasos e inespecíficos, se explora y examina cada uno de los sistemas orgánicos, esperando la obtención de datos que sugieran una explicación. La enseñanza tradicional de la exploración física abarca una serie de procedimientos diseñados para descubrir los signos más frecuentes de las anomalías funcionales o estructurales de cada sistema orgánico.
La exploración completa de todos los sistemas orgánicos requiere aproximadamente una hora. Por lo habitual, en la práctica clínica no se dispone de un intervalo de tiempo tan extenso. Si los escasos indicios clínicos referidos por el paciente parecen vagos o inespecíficos, la decisión inmediata a tomar es cuánto tiempo debe dedicarse a este paciente.
¿Cuál es la misión del profesor en los casos en que la minuciosidad compite con el tiempo disponible? Una de las primeras tareas consiste en procurar que los estudiantes sepan elegir dónde y cuándo aplicar un enfoque limitado, justificando tal decisión. La discusión de esta elección abre una gama muy amplia de cuestiones pragmáticas y éticas.
Hay que fomentar la eficiencia en la exploración rápida pero eficaz. A partir de los resultados que obtengan, los estudiantes pueden

desarrollar su propia secuencia óptima para una exploración general o centrada en un terna determinado.
La capacidad de razonamiento y resolución de problemas no se desarrolla si se obliga a seguir una secuencia determinada preferida por un profesor.

¿Cómo sabe el estudiante qué pruebas son fuertes y cuáles son débiles?

La interpretación de las pruebas obtenidas, requiere una notable capacidad de juicio, y en consecuencia incluye un amplio componente de discusión entre profesor y estudiantes. Los diversos elementos de evidencia fuerte y débil deben combinarse de alguna manera para conformar un cuadro coherente.
¿Cómo puede el profesor guiar a los estudiantes en este punto? El profesor puede invocar la experiencia personal; aunque es de esperar que los estudiantes pregunten a continuación ¿En cuántos pacientes se basa esta opinión?, ¿Qué tenían en común?, ¿Qué tienen en común con este paciente?", y así sucesivamente, en cuyo caso el profesor comprende que es posible que las impresiones clínicas no sean suficientes para una justificación completa.
Este es el espacio para la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia.

Elaboración de una decisión.

La decisión respecto a qué debe hacerse se basa en:

- el conocimiento adquirido en situaciones anteriores (información acumulada)
- juicios de valor. ¿Qué es importante?

Los médicos hacen cuanto pueden para transmitir a los estudiantes una serie de normas de trabajo que les guíen en lo que deben hacer en diferentes circunstancias.
Gran parte de la dificultad presente en la discusión y enseñanza de este tema reside en el aspecto intuitivo que tiene la elaboración de la decisión clínica. Si los estudiantes preguntan a un cirujano cómo decidió la intervención de una paciente con dolor abdominal agudo, es probable que al cirujano le cueste un gran esfuerzo recopilar con precisión todos los factores que tuvo en cuenta.

Gran parte de la elaboración de la decisión es intuitiva, en el mismo sentido que la conducción de un automóvil requiere una sucesión de elecciones y acciones, de las que tan sólo algunas parecen deberse a cálculos conscientes. La elaboración de la decisión no se denigra porque tenga un amplio componente intuitivo. Nuestra intuición incorpora un sinnúmero de experiencias (observación, lecturas, audiciones, ensayo y error) que somos incapaces de recordar con claridad. Aun cuando pudiéramos recordarlas todas, no seríamos capaces de manejarlas de forma simultánea mediante la limitada

capacidad de procesamiento de información que tiene nuestra memoria a corto plazo.

¿Cómo ayudar a los estudiantes a efectuar elecciones óptimas? ¿Qué necesitan saber los estudiantes sobre la elaboración de decisiones? ¿En qué se basan las decisiones? ¿Qué necesitan comprender los estudiantes sobre la toma de decisiones? ¿Qué habilidades deben aprender los estudiantes para elaborar las decisiones con eficacia y eficiencia?

- En el nivel más simple, un clínico solicitará a un interno que mida la glucemia en un paciente diabético: en base al resultado de la prueba se aumentará o reducirá la dosis de insulina en un determinado número de unidades, de acuerdo con el resultado que se desee obtener en el nivel de glucemia provocado por la nueva dosis.
  La labor del profesor no consiste necesariamente en enseñar con exactitud la dosis de insulina que debe prescribirse, sino en enseñar la base lógica y numérica de las normas por las que se puede calcular tal dosis.
  Todos los médicos utilizan normas de elaboración de decisiones. Las normas reciben diversos nombres, como indicaciones y contraindicaciones, axiomas, protocolos, rutinas, gráficos, árboles de decisión y algoritmos y heurística.

- No importa cuán pragmáticos nos consideremos al basar nuestras decisiones en los resultados probables, cualquier decisión origina algunos beneficios y algunas pérdidas. Incluso una decisión en apariencia tan simple como prescribir un antibiótico a un paciente con faringitis implica determinados beneficios, como una evolución más corta de la enfermedad y una pronta reincorporación al trabajo, que deben contrarrestar las posibles pérdidas, como el costo del antibiótico y el riesgo de efectos secundarios inducidos.

Los profesores pueden solicitar a los estudiantes que enumeren la gama completa de posibles beneficios y pérdidas obtenidas en cada caso con y sin tratamiento. ¿Qué resultados son más importantes? ¿Quién decide las prioridades entre los resultados? ¿Cómo se decide la importancia y la prioridad? ¿Quién las decide?

¿Cuál es la probabilidad de que la irritación de garganta responda a este antibiótico? ¿Se acortará de modo sustancial la evolución de la enfermedad? ¿Cuál es la frecuencia de cada uno de los posibles efectos secundarios del antibiótico? ¿Qué importancia tienen las consecuencias de no instaurar este tratamiento?

Las decisiones no se basan tan sólo en lo que es importante, sino en lo que es más probable que ocurra.

Los profesores pueden ayudar a los estudiantes a descubrir cómo estas probabilidades se hallan implícitas en la decisión, aunque en

general se las ignora explícitamente (o bien pueden ser desconocidas o basarse en opiniones inexactas o anticuadas).

Para que la docencia de pregrado sea eficaz, es necesario que los estudiantes obtengan ayuda de médicos diferentes en marcos diversos. La elaboración de las decisiones se enseña de forma más adecuada mediante el estudio de casos determinados tratados por médicos diferentes.

A menudo, los estudiantes no tienen muy claro qué series de decisiones se incluyen en el tratamiento de un paciente determinado, permaneciendo ocultos muchos factores. Los estudiantes escuchan opiniones a favor y en contra de ciertas formas de tratamiento para un paciente en particular. Estas opiniones opuestas pueden ser manifestadas con idéntica convicción por clínicos respetados y expertos. Es posible que la opinión haya sido precedida por un notable proceso de razonamiento y juicio sutiles. Sin embargo, si tal razonamiento y juicio no se explican al estudiante, la tarea de aprendizaje parece consistir en la memorización de opiniones, no en la comprensión de los valores y las probabilidades subyacentes.

La elección de los estudios a efectuar exige el conocimiento de la potencia de las diversas pruebas diagnósticas disponibles, especialmente de su sensibilidad y especificidad. A partir de estas características de las pruebas puede inferirse el valor predictivo, dada la prevalencia de las posibles enfermedades investigadas. La mayoría de los estudiantes han oído mencionar términos tales como sensibilidad y especificidad, pero pocos entienden cuál es la razón de su empleo en la práctica. Observan las múltiples pruebas solicitadas en un departamento hospitalario, pero comprenden de forma muy limitada cómo contribuirán los resultados al establecimiento del diagnóstico final y en la toma de decisiones terapéuticas.

Los estudiantes tienen una escasa comprensión de la importancia de los juicios de valor al elegir entre diversas estrategias de tratamiento. Por desgracia, la mayoría de profesores clínicos tampoco tienen un sistema definido para clarificar estos temas a los estudiantes o pacientes.
Es importante que los alumnos puedan advertir cómo sus valores difieren en sumo grado de los valores de los pacientes, quienes tienen una comprensión muy distinta de la enfermedad y de sus implicaciones. La mayoría de personas no tiene dificultad en manifestar sus preferencias, y los estudiantes pueden idear diferentes modos de presentar opciones a los pacientes. Ello conduce al estudio de cómo lograr que los pacientes participen en las decisiones.

Los dilemas bioéticos surgen cuando debe tomarse una decisión entre dos alternativas, ninguna de las cuales tendría como

consecuencia un resultado deseable. El conflicto aparece cuando la actuación fundamentada en una convicción moral puede significar la transgresión de otra convicción. En ello reside la complejidad de la elaboración de decisiones éticas.
Aunque ha aumentado el interés por la bioética (cada vez disponemos de un mayor número de libros, películas y artículos publicados), existen pocas pautas que orienten a los profesores en la dirección de la sesión docente sobre el tema.

Raras veces existe una respuesta "correcta" a un dilema ético.

La formación del estudiante debe apuntar a brindar la capacitación para:

- Identificar temas y dilemas éticos en la práctica cotidiana.
- Reconocer los propios valores personales y sus fundamentos.
- Analizar un dilema ético.

¿Cómo decidir qué pruebas diagnósticas solicitar?

En el momento de decidir las pruebas diagnósticas se dan las explicaciones oportunas sobre la prevalencia de la enfermedad, el valor predictivo que tienen los resultados positivos y negativos de la prueba, y de las expectativas de falsas alarmas cuando la prevalencia sea baja y las tasas de falsos positivos sean elevadas.

Los profesores pueden asignar a los estudiantes unos ejercicios de elaboración de tales conceptos. Por ejemplo, un paciente con lesión craneal puede haber desarrollado un hematoma subdural, en cuyo caso la exploración tan pronto como sea posible mediante una TC establecerá el diagnóstico, disminuyendo de este modo la posible morbididad. Se solicita a los estudiantes que decidan qué información se requiere antes de recomendar exploraciones con TC para todos los pacientes con lesiones craneales que ingresen en un Departamento de Urgencias. También se les informa de que alrededor de un tercio de los pacientes con hematomas subdurales sufren un retraso diagnóstico indebido.
Los estudiantes deben llegar a la conclusión de que, para tomar una decisión correcta, es necesario conocer la prevalencia (probabilidad previa) de hematoma subdural en una serie no seleccionada de pacientes con lesiones craneales, así como las tasas de resultados positivos y negativos auténticos de las TC practicadas en tal población. Dada la elevada tasa de resultados positivos auténticos (alrededor de 0,96) y de resultados negativos auténticos (alrededor del 0,98), tienden a elegir la exploración de rutina con TC para todos los casos. Sin embargo, algunos serán capaces de calcular a partir de una matriz de 2 x 2 que, a la vista de la rareza de los hematomas subdurales (0,003 en tal población), los resultados positivos falsos superarán a los resultados positivos auténticos en una proporción de 6 a 1 (Baila y Elstein, 1984).
La impresión que provoca esta conclusión requiere a continuación un juicio de valor. ¿Merece la pena el gasto invertido en pruebas rutinarias, al

que debe añadirse la morbididad del paciente provocada por intervenciones quirúrgicas innecesarias más la pérdida de tiempo y recursos en los quirófanos y servicios de neurología, si se compara con la morbididad provocada por el diagnóstico tardío en unos pocos pacientes con hematoma subdural? ¿Qué factores intervienen en esta disyuntiva? ¿Qué valores son más importantes?

¿Cómo enseñar la elaboración de la decisión clínica?

Puede encargarse a los estudiantes que diseccionen el problema en una secuencia de cuestiones fundamentales; o bien que diseñen un gráfico de flujo o un árbol de decisión; o que elaboren qué información necesitan antes de tomar una decisión sobre un paciente que acaban de observar en la sala; o que establezcan cuáles son los objetivos del tratamiento y a continuación los medios necesarios para llevarlo a cabo.
El proceso de elaboración de tal estructura enseña a los estudiantes cuáles son los elementos esenciales en el tratamiento del problema, cuáles deben abordarse en primer lugar y qué información es necesaria.
Una secuencia de preguntas fundamentales se adapta con facilidad al pensamiento clínico. Por ejemplo, supuesto un paciente con hematemesis y melena, la cuestión más urgente sería "¿está hipovolémico este paciente?", lo que conduce a las cuestiones subyacentes de "¿qué pruebas necesito para responder a esta pregunta?", después "con la evidencia que he podido obtener ¿cuál es mi juicio acerca de la hipovolemia?", y después, "¿qué acción emprendo en base a mi juicio sobre la hipovolemia?", Una vez resuelta la primera cuestión urgente, por ejemplo, mediante una transfusión, la segunda cuestión fundamental sería "¿Sangra todavía el paciente?", seguida por otra serie de cuestiones subyacentes.
La secuencia está formada por Cuestión, Evidencia, Juicio, Acción, seguida por la próxima Cuestión, Evidencia, Juicio y así sucesivamente. La siguiente pregunta adecuada depende de la respuesta dada a la pregunta precedente. Por tanto, la secuencia se ramifica de acuerdo con los hallazgos de cada fase.
El profesor puede plantear a los estudiantes el problema terapéutico de algún paciente que acaben de observar en la sala, por ejemplo con crisis isquémicas transitorias en la zona carotídea, para el que se tienen dos opciones de tratamiento disponibles, endarterectomía carotídea o administración de ácido acetilsalicílico. Una vez efectuada la primera tarea de identificación de la información requerida antes de tomar una decisión, los estudiantes pronto reconocen la necesidad de plantear preguntas sobre los posibles pronósticos de la enfermedad con cada forma de tratamiento, y sobre los riesgos de la intervención quirúrgica, en comparación con los de la terapéutica salicílica. A continuación pueden diseñar un árbol de decisión sencillo, y el profesor puede aportar los cálculos de las probabilidades (medicina basada en la evidencia).

¿Cómo promover la discusión de dilemas éticos?

Esté dispuesto a conceder el tiempo necesario para la reflexión conjunta con los estudiantes sobre situaciones, temas y dilemas éticos.

Acumule ejemplos de temas éticos y de actitudes y reacciones de la sociedad sobre las consecuencias de estos temas en la asistencia sanitaria.

Sugiera a los estudiantes que lleven un registro de conflictos éticos que hayan observado o experimentado para su estudio posterior. Puede ser un diario con recortes de prensa.

Recuerde que los casos para debatir deben plantear dos alternativas igualmente indeseables.

Plantee un tema que requiera una decisión intensamente personal, por ejemplo, decidir si un familiar íntimo debe sobrevivir o bien permitir su muerte (después de un accidente que provoque una posible lesión cerebral).

Solicite a los estudiantes que establezcan las diferencias entre los valores sociales, institucionales, profesionales y personales y de sus respectivos fundamentos.

Solicite a los estudiantes que declaren su punto de vista y expongan el valor en que fundamentan su actitud moral.

Oriente al grupo hacia la identificación (en sesiones clínicas posteriores) de los conflictos suscitados entre, por ejemplo, los valores institucionales y los valores personales de los pacientes, entre los valores profesionales y los institucionales.

Anime a los estudiantes a tolerar la frustración provocada por las ambigüedades e incertidumbres en el análisis de un dilema ético.

Procure que los estudiantes observen el trabajo de los expertos, invitando a un cuadro multiprofesional a analizar y resolver un dilema ético. Incluya a un especialista en ética cuando se estudien teorías éticas.

EJERCICIO N° 3

1.- Mencione por lo menos tres características del contexto y/o condiciones en las que se produce la enseñanza clínica.

.....

.....

2.- Menciones por lo menos tres habilidades que forman parte de la competencia clínica.

.....

.....

3.- ¿De qué manera Ud. contribuye a la formación de profesionales competentes?

.....

.....

4.- *"La observación de pacientes es necesaria pero no suficiente"*
¿Está Ud. de acuerdo con esta afirmación? Justifique su respuesta

.....

.....

5.- ¿De qué manera ayuda Ud. a sus alumnos en la primera fase del trabajo clínico que es la definición y elección del problema que debe ser atendido?

.....

.....

.....

6.- *"La interpretación de las pruebas obtenidas requiere capacidad de juicio. Los diversos elementos de evidencia fuerte y débil deben combinarse para conformar un cuadro coherente".*
¿Cómo enseña a sus estudiantes para que puedan evaluar las pruebas como evidencias fuertes o débiles para un diagnóstico? ¿Cómo desarrolla la capacidad de juicio?. ¿Qué relación puede establecer entre este tema y el capítulo de los Ateneos Bibliográficos presentado en el Módulo 3?

.....

.....

.....

Compare sus respuestas con las notas que figuran en el Anexo 1 Clave de Respuestas.

Habilidades para el asesoramiento y educación

El profesional de salud como consejero y educador de los pacientes, sus familias y de la comunidad.

Las tareas de asesoramiento y educación del paciente, sus familias y de la comunidad son centrales en la práctica de los profesionales del equipo de salud.
A menudo los médicos interactúan con sus pacientes durante momentos de crisis, en los que aumenta la disposición favorable al cambio de estilo de vida.
En el primer nivel de atención se presentan numerosas oportunidades para ofrecer consejos a las personas a nivel individual y comunitario. Las tareas de "consejería" ocupan un primer lugar en las funciones que se espera que cumplan los equipos de salud.
No se espera que los médicos de asistencia primaria practiquen el asesoramiento ni la psicoterapia en lugar de la medicina; sin embargo, pueden tener un importante impacto terapéutico sobre las vidas de los pacientes y sus familias , y ayudar a sus pacientes a manejar las concomitancias y consecuencias emocionales de su enfermedad. Los profesionales de la salud, en el ejercicio de sus propios y tradicionales cometidos, pueden aportar importantes contribuciones como agentes psicoterapéuticos, si han adquirido el conocimiento y las habilidades necesarias para ello.

El personal de salud puede tener una gran influencia en la modificación del estilo de vida y actitudes del paciente.

La educación para la salud tiene como propósitos "que las personas deseen estar sanas, sepan cómo permanecer sanas, colaboren individual y colectivamente para mantener la salud y soliciten ayuda cuando sea necesario"

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Para poner en práctica este concepto es necesario emprender muchas actividades, entre las que se incluyen la educación del paciente, la promoción de la salud y el desarrollo de la comunidad. Tales actividades involucran a todos los profesionales de la salud en un método multidisciplinario, y a menudo también a profesionales procedentes de medios distintos a los sanitarios. Hoy se espera que los profesionales de la salud sean más activos en su lucha contra la enfermedad, y no permanezcan tan sólo como suministradores de un servicio; es decir, no esperen a que las personas les pidan ayuda cuando un proceso patológico ya sea invalidante.

Puesto que la educación del consumidor requiere dedicación de tiempo, todos los clínicos en ejercicio deben escoger por sí mismos en qué medida están dispuestos a involucrarse en estas tareas.

Algunas de las preguntas que podrían plantearse para tomar una decisión:
¿Influirá una intervención educacional sobre el resultado del proceso patológico del paciente?
¿Qué método de aprendizaje, individual o en grupo, es más adecuado para este proceso patológico y este paciente?
¿Cuál debe ser el cometido del médico: el de asesor, facilitador, transmisor de conocimiento o el de una persona que presta apoyo?
El aprendizaje ¿debe ser informal e intermitente, es decir, cuando el paciente inicia las visitas, o bien debe ser organizado y programado desde el comienzo, por ejemplo, un programa nocturno de 10 semanas de duración?
¿Cuánto tiempo requerirá estea tarea con los pacientes? ¿Bastará una única sesión de 30 minutos de duración (p. ej., en la explicación de un procedimiento quirúrgico), o implicará una interacción durante un tiempo superior al año (p. ej., rehabilitación posterior a lesiones de la medula espinal)?

Ya no se pone en duda que este tipo de educación forma parte de la asistencia sanitaria, tanto preventiva como terapéutica. Sin embargo, a menudo se infravaloran los conocimientos y las habilidades necesarias para llevar a cabo una educación comunitaria adecuada.

¿Cómo enseñar a los profesionales, para que sean capaces de proporcionar ayuda a los pacientes que se enfrentan con diversos problemas emocionales, cómo impartir a los estudiantes una enseñanza suficiente que les permita aportar al paciente un asesoramiento eficaz?

El curso descrito a continuación es uno de los resultados de la investigación iniciada a principios de la década de los sesenta (Kagan, 1984). El curso se ha impartido a clases de primer año de medicina, incluso de doscientos estudiantes. Habitualmente, uno o dos instructores pueden enseñar la asignatura con la ayuda de monitores o preceptores de grupos reducidos, en una proporción de un preceptor por cada 16 estudiantes. Se presupone que cada preceptor puede dirigir dos grupos de ocho estudiantes , requiriendo una dedicación de ocho horas por semana.
Los preceptores asisten a un seminario de capacitación de tres días de duración previo al curso.
Los preceptores pueden provenir de diversos estamentos. Si se desea influir sobre los docentes de otros departamentos, entonces podría reclutarse a los preceptores entre los miembros del claustro académico de la facultad. Si se desea influir sobre la comunidad médica, puede reclutarse entre los médicos en ejercicio. Una tercera fuente de preceptores se encuentra entre los estudiantes que ya han completado el curso recientemente.

RELACIONES INTERPERSONALES

Objetivos generales del curso

Pretendemos que ustedes sean capaces de:

- ✔ relacionarse con el paciente de un modo que les permita averiguar toda la información importante y necesaria para establecer un diagnóstico válido, y con el fin de formular un plan terapéutico apropiado.
- ✔ relacionarse con el paciente de tal modo que sus modales y preguntas no exacerben la enfermedad del paciente al añadir un estrés innecesario.
- ✔ relacionarse con el paciente de tal modo que éste se anime a cooperar en el plan terapéutico, en vez de obstaculizarlo.
- ✔ ayudar al paciente a comprender el impacto que tiene el estrés ambiental sobre su vida.

Organización general del curso.

Durante las primeras sesiones se presentan los conceptos básicos, por lo habitual mediante grabaciones videográficas o películas, y se conceden oportunidades durante la lección para que los estudiantes debatan los conceptos. Las habilidades requeridas para el asesoramiento coinciden en gran medida con las habilidades para la entrevista.

1. Desarrollo de la sensibilidad afectiva
Durante la primera sesión, los estudiantes abordan la Escala de Sensibilidad Afectiva (Kagan y Schneider 1986).
La escala requiere la contemplación de escenas espontáneas, mostrando grabaciones de interacciones entre profesor y estudiante, médico y paciente, asesor y cliente, unidades familiares, grupos o parejas. Después del video, al término de cada una de estas breves escenas, se solicita a los estudiantes que elijan, entre tres opciones , lo que diría cada actor de la escena en relación a los sentimientos experimentados en la situación. Se les pide que tengan en cuenta que todas las escenas son interacciones reales y que consideren el ejercicio y la escala como una oportunidad para practicar la identificación de los sentimientos de los demás.

2. Manejo del estrés interpersonal
El objetivo es facilitar que el estudiante identifique las situaciones interpersonales que le causan estrés. Se explica a los estudiantes que, si han de ayudar a los pacientes para que éstos conversen sobre inquietudes importantes de sus vidas, es necesario que ellos mismos reciban ayuda para superar su propia resistencia a verse involucrados de un modo psicológicamente íntimo y significativo con otros seres humanos.

Se introduce una serie de ejercicios de simulación que contribuyen a que los estudiantes estén mejor capacitados para identificar sentimientos y

manejar factores que de otro modo podrían interferir su eficacia en las interacciones humanas. Se les solicita que contemplen unos fotogramas de películas cinematográficas, a continuación el preceptor invita a alguien del grupo a que, de forma voluntaria, manifieste su reacción a la escena observada. A menudo los estudiantes descubren que la atención prestada a las reacciones de otras personas les ayuda a identificar sus propias reacciones con más claridad. Los estudiantes se sorprenden con frecuencia al descubrirse a sí mismos inquietos por situaciones que no habían considerado como problemáticas.
Una vez que el preceptor ha dirigido el debate de algunos fotogramas, se solicita a cada miembro del grupo reducido que actúe como facilitador del debate al menos en un fotograma, a fin de que tengan la experiencia de animar a sus compañeros a describir sus reacciones con respecto a un suceso emocionalmente excitante.

3. Sesiones de rememoración
Los alumnos estudian su propia conducta secreta y la de sus pacientes mediante un proceso de rememoración provocada después de cada sesión de interacción con pacientes. Se graba en cinta videográfica cada una de las sesiones, ya sea con actores, estudiantes graduados o pacientes.
El propósito de las sesiones de rememoración individual es capacitar al estudiante para que pueda expresar verbalmente sus propios procesos ocultos, manifestando con palabras lo que sintió durante la entrevista o consulta y lo que siente en el momento de rememorarla. La sesión de rememoración permite que el estudiante oiga el sonido de las palabras que pudo haber estado tentando de pronunciar, aunque no lo hizo.
Inmediatamente después de la entrevista se concede al estudiante la oportunidad de revisar la cinta. Durante la sesión de rememoración tan sólo se hallan presentes el estudiante y el preceptor. Se informa al estudiante que interrumpa la reproducción de la cinta siempre que la grabación le facilite el recuerdo de cualquier pensamiento, sentimiento, impresiones o imágenes que haya tenido durante la sesión, así como cualquier otra cosa que el estudiante hubiera estado tentado de decir o hacer. También se solicita que intente recordar qué impresión causaron sus palabras en el paciente, cómo hubiese querido impresionarlo y el grado de satisfacción que experimenta en relación a su propia conducta durante el transcurso de la entrevista o consulta.
Por ejemplo, si el estudiante dijo: "En ese momento el paciente me confundió realmente. No pude comprender qué intentaba decirme", el docente podría preguntar, "¿cómo influyó ese sentimiento de confusión sobre su conducta?", o bien, "¿hubo algo que usted intentase hacer o decir?" El proceso no incluye ninguna evaluación, consejo ni critica por parte de la persona que actúa como docente.

Las situaciones y/o temas que se tratan en las sesiones de rememoración son:
- **sexualidad humana.** Todos los estudiantes asisten a una clase de tres horas sobre el temas. La sesión regular de laboratorio siguiente requiere que cada estudiante entreviste a un modelo de paciente, un actor o actriz entrenado para conversar con los estudiantes sobre un

tema de sexualidad. Se graba la entrevista en cinta videográfica, (nadie ve la grabación más que el preceptor). Inmediatamente después de la entrevista, el estudiante y el preceptor revisan la grabación. En esta sesión no se halla presente ningún otro compañero de la clase. El estudiante se encarga del control de la reproducción y se le comunica que interrumpa la cinta

a) siempre que quiera expresar pensamientos, sentimientos, expectativas, imágenes o impresiones
b) siempre que hubiese querido expresar ideas, satisfacción o insatisfacción sin encontrar las palabras adecuadas para ello
c) si rememora cualquier otra cosa

- **asesoramiento a pacientes que sufren una pérdida o aflicción.** Un profesor invitado imparte a toda la clase un seminario de tres horas de duración sobre pérdidas y aflicciones. A continuación, las tareas de laboratorio requieren la distribución de los estudiantes por parejas, y que cada uno de ellos presente a su compañero un incidente de pérdida. Como se ha explicado en la clase, la pérdida puede ser un episodio tan evidente como un fallecimiento o tal sutil como la pérdida que acompaña a una promoción o a un nuevo puesto laboral. Se indica al estudiante que actúa como asesor de su compañero que preste toda la ayuda posible. Se efectúa una grabación de unos diez minutos y las sesiones de rememoración se prolongan durante unos treinta minutos.
- **atención del parto y su impacto sobre las familias:** Un miembro del departamento de pediatría presenta una clase de tres horas de duración sobre el tema. La sesión de laboratorio efectuada a continuación requiere que cada estudiante entreviste a una mujer que haya dado a luz recientemente. Las situaciones son auténticas y las mujeres voluntarias.
- **enfermedad crónica de larga duración.** En el último laboratorio cada estudiante entrevista a un paciente que haya padecido una enfermedad crónica de larga duración. En este caso se pretende que los estudiantes estudien junto con el paciente el historial de la enfermedad. Si ello resulta adecuado, también se solicita a los estudiantes que consideren, junto con el paciente, la forma en que tal enfermedad ha influído sobre su vida, sus experiencias con el sistema médico, las técnicas empleadas por el paciente (tanto físicas como socioemocionales) para manejar el problema, así como sus aspiraciones, expectativas, alegrías y temores.

Evaluación de los aprendizajes logrados.

Es difícil efectuar una evaluación del cambio registrado en la conducta y sensibilidad interpersonal del estudiante. Atributos básicos como simpatía e interés sincero a menudo se comunican de una forma sutil y tan sólo pueden apreciarse a través de una valoración efectuada por los pacientes. Mediante la revisión de las grabaciones de entrevistas efectuadas por el estudiante durante el curso es posible medir con fiabilidad la capacidad del estudiante para utilizar las conductas específicas enseñadas.

Las conductas del estudiante se categorizan como exploradoras o no exploradoras, atentas o ignorantes, afectivas o cognitivas y honestas o elusivas.
La evaluación a largo plazo sería muy deseable, aunque raras veces se intenta. El estudio efectuado en la Universidad de California en Los Angeles (Kauss, Robbins, Abrass, Bakaitis y Anderson, 1980) constituye una excepción. Se evaluaron médicos a punto de iniciar su residencia en medicina interna. Los estudiantes que habían realizado un curso completo de asesoramiento al paciente durante su aprendizaje médico anterior obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los estudiantes a los que no se había impartido tal curso o que tan sólo habían recibido una instrucción superficial sobre el tema como parte de otro curso.

¿Cómo preparar al estudiante para actuar como educador?

"Puesto que este entrenamiento en la comunicación sanitaria es un área de trabajo relativamente nueva para la OMS, que implica una combinación de conocimientos y experiencia en las ciencias de la salud, la comunicación y la pedagogía, se ha invertido una cantidad de tiempo y esfuerzos muy superior a la prevista al principio. La escasez de instructores cualificados constituye un problema muy importante para el que no existe una solución rápida ni sencilla"

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Las actividades de educación para la salud pueden estar dirigidas a distintos destinatarios que requieren distintas aproximaciones.

- Pacientes individuales: por ejemplo, ayudando a un paciente a modificar su dieta después de un infarto de miocardio.

- Grupo reducido de personas con el mismo factor de riesgo o condición: por ejemplo, proporcionando a las madres la información y habilidades necesarias para utilizar la terapia de rehidratación si sus hijos lactantes enferman de diarrea.

- Grandes grupos o poblaciones: por ejemplo, elevando en gran medida la conciencia de la sociedad acerca de los riesgos asociados con el tabaquismo.

La estrategia educacional seleccionada no dependerá tan sólo del número de personas de la audiencia a la que va dirigida, sino de la edad, sexo, religión, estilo de vida y grado de escolaridad de los participantes.

Las actividades de educación para la salud deben ser planificadas, se deben tomar una serie de decisiones (¿dónde?, ¿cuándo?, ¿qué duración?, ¿cuántos profesores?, ¿cuántos estudiantes?) para hacer un uso racional de los recursos que se asignen para esta actividad.

¿Cuáles son los conocimientos y las habilidades necesarias para llevar a cabo esta tarea?

Conocimiento de:

- las estructuras y funciones normales y anormales del organismo humano.
- los patrones de enfermedad y de los riesgos sanitarios en una comunidad determinada.
- los procesos políticos y las estructuras sociales, comunitarias.
- las diferencias culturales entre grupos sociales y etarios.
- los procesos mentales humanos, del modo en que aprenden las personas, y de cómo y por qué modifican sus patrones de conducta.
- el modo en que los seres humanos se relacionan con los demás miembros de la familia, grupos y sociedades.
- los diferentes medios de comunicación, incluyendo las ventajas e inconvenientes del material escrito, televisión y radio, carteles, libros y comunicación persona a persona.

Habilidades para:

- la organización y planificación incluyendo la comprensión de los costos de las diversas partes de los programas, y la capacidad necesaria para analizar su eficacia.
- la coordinación de equipos con otros trabajadores y/o voluntarios.
- el manejo de las actividades en grupos reducidos.
- la organización y coordinación de reuniones, talleres y seminarios.

Los métodos más eficaces para facilitar a los estudiantes el aprendizaje de estas habilidades son los basados en simulaciones y prácticas. Son varias las Carreras de Ciencias de la Salud que han incorporado en su Plan de Estudios un curso específico para promover estos aprendizajes.

En la Resolución N° 535 (agosto de 1999) del Ministerio de Cultura y Educación se establece como Contenido Curricular Básico para las carreras de medicina:

"*Educación para la salud.*
Comprende la adquisición de habilidades y destrezas que habilite al futuro médico para desarrollar la comunicación con el paciente, su familia y/o la comunidad y el conocimiento de las técnicas educativas correspondientes.

Se utilizarán clases teóricas, elaboración de monografías, prácticas en terreno, resolución de problemas, aulas, bibliotecas, centros de salud, entes oficiales.

Contenidos básicos:
Estudio de los factores de riesgo de la comunidad y sus grupos. Sus formas de prevensión. Principios básicos de técnicas en educación y comunicación aplicables a la promoción de la salud."

Recomendamos la consulta de las siguientes publicaciones.

1.- Werner D y Bower B: Aprendiendo a promover la salud. Editado en conjunto por Fundación Hesperian (USA) y Centro de Estudios Educativos. (México). Primera edición en español 1984. Este texto ha sido distribuido en América Latina por OPS/OMS.

2.- Guilbert J J: Guía Pedagógica para el personal de salud. OPS/OMS. 1981.

Preparación de los estudiantes para la educación continuada

Todos los miembros del equipo deben interesarse, como parte de sus obligaciones profesionales, por la calidad de la asistencia que proporcionan. Esta preocupación debe contemplarse como una obligación profesional y no tan sólo como una respuesta a las presiones efectuadas por los consumidores.
El interés por la calidad asistencial conducirá de modo inevitable a la convicción de que el aprendizaje de por vida es una obligación cuya aceptación no pueden rechazar los profesionales de la salud.
Se está generando nueva información con rapidez creciente y, además, los requerimientos de la sociedad experimentan una rápida modificación. Es necesario que los profesionales de la salud sean flexibles y capaces de adaptarse a estos cambios. Cabe recordar que los egresados universitarios ejercerán sus profesiones por un lapso de 30 o 40 años. ¿Qué formación debe brindar la universidad que tenga semejante vigencia en un mundo cambiante?

En todos los perfiles de egresados definidos en las carreras de Ciencias de la Salud se ha incorporado como un objetivo a lograr la "disposición para la educación continua" y/o "la adquisición de estrategias de aprendizaje autónomo que le permitan seguir aprendiendo y perfeccionándose durante toda su vida profesional"

Cada vez se interpreta más el aprendizaje a lo largo de la vida (lifelong) como un signo de profesionalidad.

La flexibilidad curricular, (incorporación en los Planes de Estudio de asignaturas o cursos electivos), se relaciona con la promoción de la autonomía e independencia del estudiante. Se trata de que ya durante la carrera de grado el estudiante tome decisiones respecto a qué le interesa y/o conviene estudiar y profundizar.

Los profesionales en ejercicio deben asumir la responsabilidad de participar en programas educacionales de su elección, ya sean cursos, seminarios, períodos de lectura de revistas científicas, escucha de cintas magnetofónicas, revisión de cintas videográficas o el empleo de programas interactivos con ordenador para el estudio personal.
Personas diferentes prefieren tipos diferentes de experiencias de aprendizaje. Thorpe (1979), al describir un ejercicio diseñado para averiguar los estilos de aprendizaje de los médicos en ejercicio, opinaba que existían diferencias en el método de EMC (Educación Médica Continuada) utilizado por diferentes especialistas. Por ejemplo, los psiquiatras mostraban tendencia a aprender mejor mediante el razonamiento abstracto e introspectivo a través de la literatura médica y las reuniones, en tanto que los cirujanos prefieren la instrucción persona a persona o magisterio personal. Sean ciertas o no estas generalizaciones por especialidades, es indudable que entre los distintos individuos existe una amplia gama de preferencias por distintos estilos de aprendizaje.

Muchos profesores de la facultad de medicina no tienen las mismas experiencias de vida que los profesionales en ejercicio que actúan aislados, lejos de los claustros académicos. La mayoría de los docentes mantienen un contacto regular con el aprendizaje basado en el medio hospitalario y con un fácil acceso a la discusión informal entre colegas. Esto genera un desajuste entre la oferta educatica de EMC y las necesidades de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención.

"en todos los planes de estudio debe prestarse atención a las diferencias individuales. Sobre todo en la educación continuada, en la que tanto el establecimiento de métodos individuales de trabajo como la especialización de la práctica y los diversos marcos de ocupación acentúan esta diversidad Debe dedicarse especial esfuerzo para evitar una monótona uniformidad de las actividades de aprendizaje, debe proporcionarse una individualización muy superior a la actual, de modo que el programa global no se fundamente en un proceso único, por establecidas que sean sus tradiciones o por sorprendentes que sean sus novedades."

C O Houle

El aprendizaje de los adultos es en gran parte autoiniciado, automotivado, autogestionado y autoevaluado.

El aprendizaje adulto es más eficaz cuando guarda relación con las necesidades percibidas. Los problemas relacionados con la actividad laboral a menudo determinan los temas del aprendizaje, y tal aprendizaje se fundamenta en los conocimientos ya existentes.
La investigación indica que la educación adulta es más eficaz e interesante cuando tiene relevancia con respecto a las necesidades profesionales de los individuos.

"Las principales lecciones aprendidas por un profesional durante los años de servicio activo son los productos, intencionales o no, de su mismo trabajo... una vez el profesional comienza su labor, los problemas presentados por los casos particulares se vuelven el centro absorbente de su atención. La confrontación con estos problemas constituye el estímulo más significativo para continuar su educación a lo largo de toda su carrera activa."

C O Houle

Margulies y Raia (1976) plantearon a 290 científicos e ingenieros la siguiente pregunta: "¿Cuál ha sido su experiencia de aprendizaje más fructífera durante el año o los dos años anteriores?"
La respuesta más frecuente fue "en la resolución de problemas en el trabajo".

¿Cómo pueden prepararse los estudiantes para la educación continuada?

A pesar del mayor tiempo invertido en actividades clínicas y en asignaturas opcionales, proyectos y ensayos, todavía los estudiantes intervienen poco en la identificación de sus necesidades, estilos y tiempos de aprendizaje. En consecuencia, no se fomenta la responsabilidad personal en la planificación del aprendizaje que es una habilidad necesaria que aplicará durante toda la vida.

Confesar ignorancia siendo estudiante implica ciertas sanciones. El estudiante "necesita negar su ignorancia" sistemáticamente durante la carrera de grado. ¿Anula esto la capacidad de evaluación honesta de las propias falencias y necesidades de aprendizaje en una fecha posterior, una vez graduado?

Para formar profesionales con una disposición favorable hacia la EMC es recomendable que en todos los cursos de la carrera de grado, se implementen estrategias tales como:

- prácticas con métodos de autoaprendizaje
- prácticas en la autoevaluación e identificación de las necesidades de aprendizaje
- utilización de las NTIyC para facilitar la recuperación y análisis de la información
- la búsqueda, por parte de los estudiantes, de información bibliográfica en vez de recurrir a clases y apuntes
- señalamiento sistemático de lo que todavía se desconoce y de lo que es probable que cambie, reconociendo que la mayoría de las actuales verdades biomédicas todavía pueden ponerse en tela de juicio
- ejercicios para la valoración crítica de la evidencia clínica
- participación en proyectos de investigación

Varias limitaciones impuestas por el tradicional plan de estudios de pregrado impiden la implementación de estas estrategias.
Se observa una evidente desproporción entre la masa de información que debe enseñarse y el relativamente escaso tiempo disponible para la docencia. Ello conduce a un mayor énfasis en las clases de tipo conferencia (a menudo incluso durante el trabajo con grupos reducidos) y una tendencia a emitir declaraciones dogmáticas sobre la verdad biomédica. Los estudiantes se enfrentan con un período de cuatro a seis años de intensos y apresurados estudios a fin de acumular hechos.

Otra limitación es la impuesta por la necesidad de evaluar el aprovechamiento del estudiante. En este caso, el peligro reside en que un plan de estudios orientado al examen provoca la adopción por parte del estudiante, de un método de aprendizaje orientado a la aprobación de exámenes. Por desgracia, este problema también persiste en muchos programas de EMC debido a que sus organizadores se inclinan hacia métodos de evaluación similares a los empleados en los estudios de pregrado.

Además, los estudiantes raras veces tienen oportunidad para ver a sus profesores en el papel de aprendices en actividades de EMC (como la revisión y control de la calidad de la atención realizada) entre colegas. Por lo tanto, carecen de modelos para imitar.

Para desarrollar actitudes positivas con respecto a la EMC se debería:

- establecer como objetivo explícito del plan de estudios la preparación de los estudiantes para un aprendizaje a lo largo de toda la vida, comprobando que todos los departamentos valoren en qué forma la enseñanza que imparten contribuye al logro de este objetivo.

- solicitar que cada uno de los departamentos describa la forma en que sus programas preparan específicamente a los estudiantes para el aprendizaje durante toda la vida.

- organizar grupos de discusión de casos seleccionados a partir de los informes anuales de organismos disciplinarios médicos o publicaciones legales en los que el tema en cuestión sea una práctica médica subóptima. (impericia)

- preparar información sobre áreas de práctica médica cuyos conocimientos y/o técnicas se hayan modificado durante los últimos veinte años lo suficiente como para alterar radicalmente el tratamiento clínico de los pacientes. Por ejemplo, las tendencias en el tratamiento de la angina de pecho o el infarto de miocardio.

- procurar que los estudiantes, durante la instrucción clínica en grupo reducido, observen y evaluen las técnicas de otro compañero en la anamnesis y la exploración física.

- procurar que los estudiantes califiquen y comenten los historiales efectuados por sus pares, de acuerdo con normas establecidas en colaboración con el profesor.

- programar prácticas con métodos de autoaprendizaje utilizando recursos instruccionales especialmente diseñados (cintas magnetofónicas o videográficas y softwere educativo)

- práctica en identificación de las propias necesidades de aprendizaje y en la programación de las actividades para satisfacer dichas necesidades.

- prácticas en la valoración crítica de la evidencia clínica y de la literatura científica. Al enfrentarse con una bibliografía en continuo crecimiento, los profesionales deben decidir qué leer y asimilar. Los cursos de lectura crítica de textos debieran formar parte obligada de cualquier plan de estudios.

EJERCICIO N° 4

1.- ¿En qué medida Ud. capacita a los estudiantes para que se desempeñen como consejeros/educadores de los pacientes y /o de la comunidad?
¿Cuáles son los temas que Ud. considera más difíciles de abordar?

.....
.....
.....
.....

2.- ¿Qué estrategias podrían implementarse para dar cumplimiento a la Resolución N° 535 del McyE en materia de Educación para la Salud?

.....
.....
.....
.....

3.- ¿Cuáles son a su criterio, las característcas de la enseñanza que interfieren con la formación de una actitud positiva respecto a la Educación Continua?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.- ¿Qué relaciones puede establecer entre los procesos de enseñar y aprender estudiados en el Módulo N° 1 y la enseñanza clínica?
Establezca la correspondencia entre los conceptos de la columna de la izquierda y los términos que figuran en la columna de la derecha. Coloque en cada número las letras que correspondan.

1) Es necesaria la observación de un gran numero de pacientes para llegar a reconocer los cuadros clínicos de un modo intuitivo. .....

2) Detectar los detalles sutiles de las anomalías clínicas requiere el descubrimiento de lo que es diferente. .....

3) No podemos mejorar si no sabemos cuando hemos actuado en forma incorrecta. .....

4) Gran parte de la elaboración de la decisión clínica es intuitiva. Nuestra intuición incorpora un sinúmero de experiencias que somos incapaces de recordar. .....

5) las habilidades no se adquieren en forma instantánea, se requiere mucha práctica. .....

6) el aprendizaje de los adultos de basa en los conocimientos previos y en las necesidades de la práctica asistencial. .....

7) la experiencia sensorial es fundamental para conocer el signo. .....

8) el aprendizaje de la clínica requiere prácticas en situaciones reales. .....

9) percibimos aquello que somos capaces de comprender. .....

10) la tarea docente consiste en ayudar a los estudiantes en la estructuración de asociaciones precisas entre los signos clínicos y el diagnóstico. .....

a) feedback

b) construcción de conceptos

c) aprendizaje por asociación

d) insight

e) prácticas adecuadas

f) esquemas de asimilación y acomodación

g) organizadores previos

h) refuerzo

i) motivación

Enseñanza de Procedimientos

Lic. Mónica Gardey
Lic. Amanda Galli

Graduadas en Ciencias de la Educación
Consultoras en Educación Médica

Introducción

"Hace años, un supervisor visitó una escuela primaria. En su recorrida observó algo que le llamó poderosamente la atención: una maestra estaba atrincherada atrás de su escritorio, los alumnos hacían gran desorden, el cuadro era caótico. Decidió presentarse:

- *"Permiso, soy el supervisor de turno...¿Algún problema?"*
- *"Estoy abrumada señor, no sé que hacer con estos chicos... No tengo láminas, el Ministerio no me manda material didáctico, no tengo nada nuevo que mostrarles ni que decirles..."*

El supervisor, que era un docente de alma, vio un corcho en el desordenado escritorio. Lo tomó y con aplomo se dirigió a los chicos:

- *"¿Qué es esto?".*
- *"Un corcho señor"...* gritaron los alumnos sorprendidos.
- *"Bien, ¿de dónde sale el corcho?"*
- *"De la botella señor. Lo coloca una máquina...", "del alcornoque, de un árbol.."de la madera...",* respondían animosos los niños.
- *"¿Y qué se puede hacer con madera?",* continuaba entusiasta el docente.
- *"Sillas...", "una mesa...", "un barco.!"*
- *"Bien, tenemos un barco. ¿Quién lo dibuja? ¿Quién hace un mapa en el pizarrón y coloca el puerto más cercano para nuestro barquito?". Escriban a qué provincia Argentina pertenece. ¿Y cuál es el otro puerto más cercano? ¿A qué país corresponde? ¿Qué poeta conocen que allí nació? ¿Qué produce esta región? ¿Alguien recuerda una canción de este lugar?".* Y comenzó una tarea de geografía, de historia, de música, economía, literatura, religión, etc.

  La maestra quedó impresionada. Al terminar la clase le dijo conmovida:

- *"Señor, nunca olvidaré lo que me enseñó hoy. Muchas Gracias."*

Pasó el tiempo. El supervisor volvió a la escuela y buscó a la maestra. Estaba acurrucada atrás de su escritorio, los alumnos otra vez en total desorden...

- *"Señorita ...¿Qué pasó? ¿No se acuerda de mi?"*
- *"Si señor ¡cómo olvidarme. Qué suerte que regresó.! No encuentro el corcho ¿Dónde lo dejó?."*

Enrique Mariscal

Debemos formar profesionales que puedan actuar en distintos contextos y que sean capaces de dar respuestas adecuadas a las distintas situaciones. ¡Profesionales que no se queden paralizados si pierden el corcho!

¿Qué es un procedimiento? ¿en qué consiste?

El aprendizaje de destrezas y procedimientos es un contenido que cobra mucha relevancia en la formación de profesionales en Ciencias de la Salud.

Procedimiento: método de ejecutar alguna cosa. Secuencia ordenada de acciones en función de un resultado a lograr

Destreza: agilidad, soltura, facilidad, rapidez de movimientos, buena mano, maña, destreza en el trabajo manual.

Habilidad: actuación o realización en la que se lleva a cabo una secuencia compleja de acciones usando un método más o menos fijo.

Con ellos (los procedimientos) se apunta a la acción, a la manera de hacer algo, al saber hacer; aprender y enseñar procedimientos implica que el alumno adquiere un conjunto de habilidades, estrategias, reglas o pautas de actuación, rutinas y modos de hacer, tácticas y métodos, algoritmos, etc., los cuales le convierten en práctico, competente y, quizás experto- según el tipo y grado de aprendizaje propuesto -, para afrontar significativamente su entorno.

Enrique Valls

A estos conocimientos, que acompañan la actuación externa, se los llama conocimiento procedimental y/o representación procedimental.

No puede entenderse que la adquisición de una actuación hábil, estratégica, eficaz, pueda ser hecha prescindiendo de los conocimientos o representaciones que la soportan.

El aprendizaje de una técnica sólo en términos de los pasos que deben seguirse, no garantiza que el alumno pueda aplicarla correctamente en la práctica clínica. El estudiante debe reconocer los fundamentos, la oportunidad, los posibles problemas y/o complicaciones que su aplicación pueden provocar.

... Es cierto que una cosa es poseer una descripción de cómo debe realizarse algo, y otra cosa es la realización concreta a través de una secuencia de acciones apropiadas. Es lógico pensar que lo primero orienta lo segundo, pero los casos en que no existe conciencia de esta determinación no son claros: uno puede conocer la regla, la norma, y fallar en su aplicación

concreta; existe una clara diferencia entre aquellas personas que saben muchas cosas, pero no saben utilizarlas y aquellas que además de tener conocimientos saben cómo operar con ellos. La actuación se explica también por la presencia de otros factores, como el sentido que se le encuentra a la acción, la motivación para realizarla, el beneficio esperado, etc.

Enrique Valls

El 75% de los sucesos más importantes durante una operación están relacionados con la toma de decisiones y un 25% a la destreza manual. La toma de decisión es una función cognitiva superior, mientras que las habilidades manuales son reflejos ojo-cerebro-mano. De ninguna manera, el juicio puede ser disociado de la habilidad técnica.

Spencer F.C

Ser capaz de realizar maniobras, suturas, mediciones, restauraciones, colocar sondas vesicales y sondas nasogástricas son objetivos de aprendizaje, cada uno con su correspondiente conocimiento procedimental.

¿Cómo se enseñan tradicionalmente los procedimientos?

... Desde hace muchas décadas la enseñanza de los procedimientos está signada por una secuencia en la que los estudiantes aprenden verbalmente como realizar los procedimientos y luego se enfrentan a la práctica sintiéndose poco preparados y seguros para llevarlas a cabo. En general la aproximación mas común para la enseñanza de procedimientos es la clase teórica y la demostración práctica por parte del docente. En este formato instruccional se les explica a los alumnos cómo hacer su trabajo, luego se muestra como realizarlo y luego se espera que los alumnos realicen el procedimiento. Durante la realización del procedimiento el docente debe evaluar a sus alumnos e indicarles en qué grado han logrado realizar un buena tarea.

William Vann et al.

El salto entre la teoría y la práctica se convierte entonces en un salto cualitativo muy importante y nos está manifestando la necesidad de crear estrategias de enseñanza que faciliten este paso crucial entre el mundo de la teoría y el campo de la practica profesional. Se trata de encontrar algún modo que pueda mejorar la calidad del aprendizaje tanto en términos de la calidad de la ejecución del

procedimiento, el tiempo que se emplea para realizarlo y la calidad del resultado obtenido.

Tradicionalmente la enseñanza de procedimientos se basa:

- en las explicaciones orales de un profesor, acompañadas de recursos audiovisuales (ilustraciones, gráficos, videos). El profesor explica los fundamentos, las indicaciones y los pasos a seguir en la ejecución.
- en demostraciones didácticas: un instructor muestra cómo se realiza la ejecución (mostraciones)
- en oportunidades de práctica. El alumno practica, algunas veces bajo la supervisión del docente y a veces por ensayo y error. Los alumnos realizan una duplicación , replicación de la ejecución o sea una copia de los pasos que se le han mostrado.

Duplicación: repetición de instrucciones para producir determinado resultado.

En algunos cursos de semiología los alumnos realizan ejercicios de palpación y auscultación con la finalidad de repetir la acción, seguir los pasos de la técnica.
En una fase temprana de la adquisición de destrezas motoras odontológicas, los ejercicios de duplicación han tenido mérito suficiente para ser incluídos en el curriculum de preclínica porque les permitía a los alumnos adquirir control motor necesario para la práctica clínica.
Pero no necesariamente un alumno que tiene habilidad o eficacia en el ejercicio de alguna destreza psicomotora es aquel que demuestra una adecuada performance en la clínica. ¿Por qué sucede esto? Como ya se dijo anteriormente, la aplicación de determinada técnica supone, además de la destreza motora, otros conocimientos que tienen que estar directamente asociados con la práctica.

Tomando en cuenta las características del aprendizaje psicomotor y las conductas habituales de los profesionales en la práctica clínica se proponen algunos cambios en la enseñanza para que el resultado del aprendizaje no sea la simple replicación de los pasos de determinada técnica, sino para que reconozcan cuándo aplicarla, cuáles son los errores que más comúnmente se cometen, bajo qué circunstancias se deben tomar decisiones que modifiquen el rumbo prefijado.

Las estrategias de enseñanza de los procedimientos

Podemos reconocer tres momentos fundamentales en el proceso de aprendizaje de los procedimientos:

- Análisis y definición del resultado esperado y de la ejecución
- Puesta en práctica de la ejecución
- Evaluación del producto y de la ejecución

Cada una de estas etapas suponen intervenciones planificadas y sistemáticas por parte del docente.

Análisis y definición del resultado esperado y de la ejecución

Las investigaciones recientes sobre enseñanza de procedimientos han identificado estrategias que pueden mejorar la efectividad de los ejercicios de duplicación. El **reconocimiento del resultado deseado debe preceder a la ejecución**. Para facilitar este reconocimiento, la enseñanza se apoya en el desarrollo de estrategias que favorezcan la discriminación entre un producto (resultado obtenido con el procedimiento) aceptable y uno con errores.

El estudiante identifica en un conjunto de ejemplos, aquellos que se corresponden o no con el resultado esperado.

Además de la definición del resultado deseado se debe realizar una **identificación de las condiciones iniciales** y a partir de estas condiciones decidir la ejecución del procedimiento teniendo en cuenta de qué manera estas condiciones iniciales influyen sobre la ejecución del procedimiento. (adaptación a la situación o caso particular). Las condiciones iniciales quedan fuera del control del profesional, se le imponen.

Para que los estudiantes puedan hacer la práctica considerando estos dos pasos (conocimiento del resultado esperado y análisis de las condiciones iniciales que modifican la ejecución) es necesario que el docente planifique, antes de la mostración de la ejecución, oportunidades para que los alumnos discutan, analicen, comparen y establezcan relaciones.
Durante el proceso de aprendizaje práctico es importante que los estudiantes se acostumbren a analizar cuidadosa y sistemáticamente las condiciones iniciales que influyen directamente sobre el resultado esperado.

El análisis del resultado esperado y de las condiciones iniciales debe preceder a la práctica del procedimiento.

Por ejemplo: un odontólogo antes de realizar una restauración analiza las características que directamente influyen sobre los procedimientos odontológicos: la extensión de la lesión de la caries determinará el tipo de restauración que deba realizarse.
La extensión y profundidad de la lesión, el tipo de oclusión, la anatomía del diente y la ubicación del diente no pueden alterarse, quedan fuera del control del odontólogo. Pero estas condiciones iniciales juegan un papel relevante en la definición del resultado deseado y/o posible. Si estos factores no son considerados, es poco probable que el resultado esperado cumpla con criterios clínicos aceptables.

Definir el resultado deseado es fundamental para el éxito de la práctica.

En una situación de enseñanza, para promover la definición del resultado esperado y para analizar las condiciones iniciales que quedan fuera del control del profesional y que influyen en la ejecución, los estudiantes podrían analizar y discutir el caso a partir de la historia clínica, con placas radiográficas, con fotografías, con un modelo de diente con una lesión de caries oclusal y mesial.
En pequeños grupos discuten focalizadamente sobre los conceptos de microbiología, anatomía dental, histología, biomateriales y diseño de la lesión que se observa. La discusión de estos conceptos resultan fundamentales ya que influyen en el diseño de los resultados deseados para cualquier reparación dentaria.
Cuando el estudiante aprende a analizar las condiciones iniciales que influyen en el resultado esperado, se encuentra en mejores condiciones para operar en las situaciones donde las condiciones iniciales varían de las condiciones estándar.

El trabajo previo que se realiza sobre las características de los resultados de los procedimientos que son deseables y aceptables favorece el aprendizaje de los estudiantes.

El docente puede definir los criterios y parámetros que determinan el resultado esperado. Para asegurarse que los estudiantes sean capaces de discriminar entre un resultado deseado y otro que posee errores, es bueno que empiecen por agudizar la observación y a verbalizar las diferencias encontradas.

Se han realizado estudios sobre la manera de organizar la enseñanza, mencionados por P. Fiel, Diseño de la Instrucción Preclínica para el Aprendizaje de Habilidades Psicomotoras. Por ejemplo:

- primero se les presenta a los estudiantes un ejemplo de una restauración sin errores, el docente identifica cada criterio a través de una ficha de evaluación y explica como evaluar lo que se observa en el ejemplo.
- el estudiante completa la evaluación sobre la base de los criterios establecidos anotando en que medida se cumple cada criterio y describiendo los errores detectados
- el docente brinda la clave de respuestas correctas para que comparen con el registro que ellos mismos realizaron. Si en las restauraciones presentadas como ejemplos no se encontraban errores, entonces se estaba frente a un resultado deseado.

- se les presenta a los estudiantes otra gran cantidad de ejemplos con errores, de variado tipo y magnitud. Con el resultado deseado a la vista, los estudiantes primero evaluan la restauración en forma individual y luego comparan sus respuestas con las de sus compañeros. Los estudiantes solicitaban la ayuda del docente cuando encontraban diferencias de opinión entre ellos y no podían resolverla.
- finalmente, se les brinda a los estudiantes las claves de respuestas correctas sobre cada ejemplo trabajado.

Los estudiantes del grupo experimental necesitaron 45 minutos menos para la ejecución que los del grupo control quienes no habían recibido entrenamiento en la identificación de los defectos o errores comparando con un resultado o modelo deseable ($p<.05$).

Los estudiantes deben adquirir expertez en la observación y discriminación de los errores.

La evidencia de la investigación educacional sugiere que este primer paso en la enseñanza de los procedimientos resulta fundamental para que el estudiante reconozca la necesidad, oportunidad, eficiencia y efectividad de sus ejecuciones.

Para implementar este tipo de experencias para el aprendizaje de procedimientos es necesario que el docente cuente con simuladores, placas radiográficas, gráficos, fotografías, con ejemplos de resultados de procedimientos correctamente e incorrectamente realizados.

También es conveniente contar con listas de cotejo, en las cuales aparezcan claramente detallados los criterios o estándares para observar la ejecución o el resultado de un procedimiento y poder evaluar si está correctamente realizado.

En el Anexo 3 encontrará ejemplos de Listas de Cotejo.

EJERCICIO N° 5

Hasta ahora hemos revisado cuáles son los primeros pasos en la enseñanza de un procedimiento.

A continuación figuran algunos procedimientos que forman parte de las competencias del profesional médico. (J. Pérez et al. Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en medicina durante los estudios de pregrado. Educación Médica. Aprender y Enseñar en las Profesiones Sanitarias. Vol 2 N° 2, Abr-Jun 1999. Editorial Doyma)

El futuro médico deberá ser capaz de efectuar:

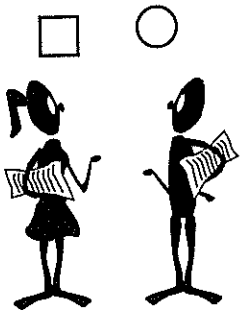
- Punciones venosas
- Punciones arteriales
- Punción pleural
- Suturas de heridas
- Sondeos vesicales
- Intubaciones orotraqueles a pacientes inconscientes
- Reanimación cardiovascular básica en el medio hospitalario
- Curas de heridas simples
- Lavado previo a una intervención, etc.

Seleccione uno de los procedimientos mencionados u otro de su práctica habitual y elabore:

- los criterios o estándares para evaluar el resultado del procedimiento (resultado deseado vs. resultado con errores)

- una lista de posibles condiciones iniciales del paciente y/o del contexto que pueden influir en la ejecución del procedimiento.

- una estrategia, actividades y recursos, para enseñar ese procedimiento a sus alumnos.



Sugerimos que revise su ejercicio con un colega.

Puesta en práctica de la ejecución

Luego que los estudiantes han comprendido qué tipo de resultado se espera obtener, se encontrarán ya en condiciones de practicar la ejecución que lleve al resultado deseado.

El docente deberá:

- realizar una demostración didáctica
- observar la ejecución realizada por el alumno y brindar feedback

Para que un docente pueda enseñar una ejecución determinada y un estudiante pueda aprenderla es necesario que el docente en el momento de planificar la enseñanza se plante las siguientes preguntas:

Análisis del procedimiento: ¿Qué paso debe realizarse en primer término, en segundo término, etc.? Se debe descomponer el procedimiento en todas las tareas, de manera secuenciada e identificar los puntos clave. (los pasos que son más importantes y cruciales y en los cuales se debe prestar especial atención.)

Identificación y comprobación de la información necesaria: ¿Qué información es necesaria para fundamentar cada paso?
Por ejemplo en la toma de la presión arterial será de importancia que sepa la secuencia de aparición y desaparición de los ruidos arteriales, cuál es la relación entre la secuencia de cada ruido y la presión sistólica y diastólica, etc.
En el caso de una restauración odontológica el operador deberá conocer datos acerca de la anatomía e histología dental, la patología de caries, las propiedades de los biomateriales y de los instrumentos rotatorios y ciertos principios acerca del diseño de cavidades, etc.

El docente debe asegurarse que sus alumnos dominan esta información antes de iniciar la práctica.

Criterios para evaluar si se ha cumplido satisfactoriamente cada paso de la ejecución: ¿Cuáles serán los criterios o requisitos que deben cumplir cada uno de los pasos para aceptar que se ha realizado de forma confortable y eficiente? Estos mismos criterios son los que el docente utilizará luego como parámetro para evaluar el desempeño del alumno.

Respuestas perceptuales que determinan una buena ejecución: ¿Cuál es la información perceptual que debe esperarse como criterio que determina una buena ejecución?. Cualquier procedimiento brinda información al profesional de tipo perceptual: táctil, olfativa,

auditiva o visual que le permite discriminar entre una buena y una mala ejecución. Por ejemplo un odontólogo debe tener un buen entrenamiento visual para observar las diferencias de color, brillo forma, anatomía entre el tejido dentario sano y la restauración estética realizada.

Demostración didáctica:

Realizar siempre la ejecución ante el alumno previamente a que él deba realizarla.

Una demostración es la ejecución del procedimiento ante los alumnos. Hay que ponerse en el lugar del estudiante, conviene recordar que el que realiza la demostración es un experto y el que observa es un novato.
Una buena demostración es una buena comunicación visual y auditiva.

Lo primero es determinar si se realizará la demostración en forma directa o a través del algún medio audiovisual, virtual, computacional o robots.
Si la decisión es realizar una demostración directa deberá utilizarse algún tipo de simulador o paciente real. La bibliografía señala el uso de simuladores de todo tipo que reproducen casi perfectamente la realidad. Por ejemplo: dientes plásticos o de acrílico, modelos de fabricación industrial, muñecos de goma, pies de chanchos que simulan piel humana, tendones de pollos que simulan tendones humanos, tejidos sintéticos, etc. Incluso el uso de animales y de cadáveres son cuestionados por razones éticas. (intubación en cadáveres o pacientes anestesiados para la realización de exámenes rectales y vaginales)

Acompañar la ejecución con las palabras, haciendo los movimientos al mismo tiempo que se va diciendo lo que se está haciendo.

Es conveniente seguir los siguientes pasos al realizar una demostración:

1) El instructor realiza todo el procedimiento, la secuencia completa, en tiempo real.

2) Repite la ejecución en cámara lenta, paso por paso, acción por acción, acompañando la ejecución con la descripción verbal de:
   - lo que está haciendo
   - de la información perceptual que está recibiendo (táctil, auditiva, visual y olfativa) en cada uno de los puntos clave de la ejecución
   - los resultados que va obteniendo.

3) Realiza integraciones parciales en tiempo real y detención en los puntos clave

4) Repite la ejecución de todo el procedimiento, secuencia completa, en el tiempo real.

Hay evidencias que la observación atenta del aprendiz conduce a un mejor aprendizaje que si se inicia la práctica, sin demostración previa, después de leer la técnica y/o mirar imágenes, gráficos y/o dibujos. El hecho de dejar que una persona descubra por sí misma una respuesta adecuada es una técnica bastante mala de enseñanza comparada con la demostración directa. La demostración y/o la explicación del patrón deseado conduce a mejores resultados que el ensayo y error.

Se aprende más rápido si existe este acompañamiento verbal que si sólo se observa lo que el otro está haciendo.

Práctica por los alumnos:

La práctica se define como intentos repetidos de llevar a cabo una tarea. Es una secuencia de conductas motoras, percepción de los resultados, conducta motora corregida.
La práctica activa, con conocimiento de los resultados obtenidos en cada intento, es considerada como el requisito más importante para el aprendizaje de una habilidad motora. Si no se tiene conocimiento de los resultados obtenidos no se puede mejorar.

El novato necesita:

- tener un estándar de cómo debe ser el resultado.
- simuladores para realizar el procedimiento.
- feed-badk.

Un experto no es una persona que hace todo a la perfección sino que es una persona que puede percibir sutiles señales perceptuales que le informan sobre su propia conducta, descubre sus errores y los corrige rápidamente.

> *"Un copiloto acababa de ser adiestrado en un aeroplano de cuatro motores después de una larga experiencia con bimotores. Al quedar en el aire en un despegue nocturno fue dada la orden de "arriba las ruedas"y el copiloto tomó la palanca para levantar las ruedas. Pero, el copiloto activó los alerones en vez de guardar las ruedas de aterrizaje porque en los cuatrimotores la palanca de los alerones está colocada en posición similar a la palanca de las ruedas de aterrizaje en los bimotores. Sin embargo, el copiloto "sintió" instantáneamente una sensación que era diferente de la que esperaba al accionar la palanca de las ruedas de aterrizaje e inmediatamente corrigió su error."*

Una indicación relevante, una señal, es cualquier estímulo de fuera o del interior del cuerpo que puede ayudar a una persona a dirigir una acción.
Una indicación apropiada es una señal estímulo interno (propioceptivo-kinestésico) o externo (percepción sensorial visual, auditiva) que ayuda a reconocer una situación y/o a dirigir una acción.

El buen desempeño -ejecución correcta- depende de una rápida y correcta percepción e interpretación de las señales sobre los resultados que se están obteniendo.

El ejecutor usualmente se ve confrontado con cientos de estímulos, algunos son señales fundamentales que se deben responder y otros deben dejarse de lado.

La coordinación de los movimientos se realiza en función de la información que brinda la percepción sensorial, visual, auditiva y las sensaciones propioceptivas. El desempeño de un experto se caracteriza por una aguda percepción de las señales y rápida corrección-ajuste de la ejecución.

El entrenamiento en la discriminación de buenos resultados y de errores y las advertencias sobre los puntos clave son críticos en el proceso de aprendizaje.

El estudiante debe tener oportunidades para trabajar sobre estas señales que indican una buena o mala ejecución, o un buen o mal resultado.

En el aprendizaje de un procedimiento o técnica, la práctica debe seguir aproximadamente una secuencia como la siguiente:

1) el alumno ejecuta el procedimiento en forma lenta, paso por paso, por segmentos separados. Acompaña la ejecución con la descripción de lo que está haciendo. Busca la precisión de los movimientos.
2) ejecución continuada de la secuencia uniendo algunos pasos, manteniendo la precisión
3) ejecución de la secuencia completa, fluida, armónica, aumentando la velocidad sin perder precisión.
4) ejecución en tiempo real
5) ejecución de todo el procedimiento en las condiciones adversas más probables. (complicaciones del paciente-entrada de otras señales)

Organización de los períodos de práctica

Cada una de estas etapas de la práctica puede demandar una o varias sesiones.

Los períodos de práctica pueden variar, se pueden hacer más largos o más cortos a medida que el aprendiz se vuelve más experto. Son recomendables períodos relativamente cortos de práctica con intervalos cada vez más largos.

Las sesiones prolongadas de entrenamiento producen fatiga y aburrimiento lo que perjudica el desempeño, lo que provoca frustración y baja la motivación.

La supervisión de un instructor es fundamental en los primeros pasos de la práctica. El instructor debe brindar apoyo y feedback
En algunas Universidades se han montado **skills laboratories** (SL). Son unidades o departamentos en los que se ubican todos los recursos (equipamiento, simuladores) para las prácticas. Por ejemplo en la Escuela de Medicina de Mäastricht, en uno de los módulos los alumnos deben aprender a realizar infusiones intravenosas y los estudiantes reciben orientaciones como la siguiente:

Cursada de Fatiga y Pérdida de peso
Enero 11-Febrero 18, 2000.

En su práctica hospitalaria Ud. deberá instalar una infusión intravenosa.
En este entrenamiento le mostraremos los diferentes sistemas de infusión disponibles. Ud. podrá practicar las habilidades necesarias sobre un modelo.
Este entrenamiento está organizado para grupos de 8 alumnos y dura 90 minutos.
Sin este entrenamiento Ud. no estará autorizado para participar de Infusión intravenosa 2".

El ofrecer a los alumnos un SL, les permite realizar una práctica sistemáticamente monitoreada por un instructor y en algunas oportunidades los SL son espacios de práctica donde el alumno puede realizar la ejecución (en este caso infusión intravenosa) tantas veces como él considere necesario hasta obtener una correcta performance.

EJERCICIO N° 6

En el Ejercicio N° 5 Ud. seleccionó un procedimiento y planificó la primera etapa de la enseñanza de ese procedimiento. Ahora le proponemos que:

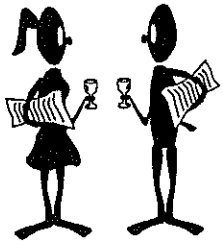
1.- Analice el procedimiento: establezca los pasos que lo constituyen e identifique los puntos clave.

2.- Establezca para cada punto clave las señales perceptuales que pueden informar sobre la propia ejecución, advertencias para darse cuenta que se está cometiendo un error o que se está obteniendo un resultado no deseado.

3.- Piense en los recursos necesarios para la práctica de los alumnos.

4.- En el Anexo 5 del Módulo 4 de este curso se incluyó un texto sobre los dilemas éticos que enfrentan los estudiantes al realizar sus prácticas. Lea ese texto ahora y escriba sus reflexiones sobre la práctica clínica que Ud. propone a sus alumnos.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Insistimos en la misma recomendación: consulte con un colega... Planifique la enseñanza de procedimientos.

Evaluación del producto y de la ejecución

En los procesos de enseñanza de las habilidades y destrezas clínicas se observa que si bien existe una supervisión de la práctica, ésta carece de una planificación sistemática y que la evaluación de los aprendizajes logrados se caracteriza por su bajo grado de validez, confiabilidad y objetividad.

Queda al buen entender de cada docente la calificación del alumno con respecto a su desempeño en determinadas destrezas. Los criterios- estándares del desempeño aceptable- no son compartidos entre los distintos docentes ni son explicitados a los alumnos.

Vamos a distinguir dos instancias:

Feedback y evaluación

El término feedback aparece claramente relacionado con la tarea que debe realizar el tutor o instructor.

Feedback = retroalimentación = retroacción:

"acción que el resultado de un proceso ejerce sobre el sistema del que procede , de tal manera que la actividad de éste queda regulada en cuanto a la producción de aquel resultado"

"acción de retorno de un mecanismo por la que se modifica una acción principal"

"que obra o tiene fuerza sobre lo pasado"

" es el resultado de un proceso, reacción"

"información que un sistema utiliza para realizar los ajustes necesarios de cara a conseguir un objetivo".

El feedback se diferencia del proceso de la evaluación.

En el siguiente cuadro señalaremos esas diferencias, pero es necesario aclarar que ambos procesos son **necesarios** para facilitar el aprendizaje de los alumnos.

FEEDBACK	EVALUACION
Se brinda al estudiante información acerca de su ejecución y/o resultados parciales alcanzados.	Se elaboran juicios de valor acerca del desempeño del estudiantes o sobre el resultado alcanzado
Se utiliza un lenguaje descriptivo: sustantivos y verbos (demoró 3 minutos en colocar la sonda)	Se utiliza un lenguaje normativo sazonado con adverbios y adjetivos (excelente, satisfactorio, correcto, incompetente, etc)
Se brinda a medida que el estudiante realiza su práctica	Se brinda al finalizar el aprendizaje o frente al producto
En ambos procesos la información sobre el desempeño de los alumnos se obtiene a través de la observación y el registro de los hechos. Es importante contar con instrumentos como las listas de cotejo, para sistematizar la observación	

El propósito del feedback es brindar información acerca de la ejecución de manera exclusivamente descriptiva y no valorativa para que el estudiante pueda descubrir dónde está su error.
La información que el instructor le brinda al estudiante debe incluir una descripción del procedimiento realizado y no una valoración acerca de los hechos. Esta información debe responder a un suceso concreto y no apoyarse en generalizaciones.

Se brinda feedback para que el estudiante mejore su desempeño descubriendo y corrigiendo sus errores.

Brindar feedback es una importante función docente no sólo en la supervisión de las prácticas de procedimientos sino en todo el proceso de desarrollo de la competencia profesional.

Tanto en la situación de feedback como en la de evaluación el docente tiene como responsabilidad: generar información acerca de los resultados obtenidos y acerca de la ejecución misma del procedimiento.

¿Qué entendemos por generar conocimientos acerca de los resultados?

El conocimiento de los resultados (CR) es información sobre los errores. Esta información se genera a partir de la comparación entre el resultado alcanzado y el resultado deseado y éste será uno de los factores que más críticamente afecte el aprendizaje del estudiante.
El CR se genera tanto durante como luego de la ejecución, tanto por el estudiante como por el docente que supervisa la práctica
El grado en que el CR facilita el aprendizaje depende del nivel de precisión, oportunidad, frecuencia y fuente de la intervención docente.
Un CR preciso incluye tanto información cuanti como cualitativa. La información cualitativa indica que un error particular se ha realizado, mientras que la información cuantitativa indica más precisamente la magnitud del error.

¿Qué entenedemos por generar conocimiento de la ejecución (CE)?

Se ha sugerido que cuando se logra el efecto deseado se está muy cerca de una ejecución adecuada. El CE es la información que se brinda sobre el defecto en la ejecución, en los movimientos o acciones realizadas.

Por ejemplo:
Conocimiento acerca de los resultados= presencia o ausencia de placa bacteriana después de la higiene
Conocimiento de la ejecución = control de la técnica de higiene, identificación de la incorrecta posición del cepillo.

El CR (conocimiento de los resultados) se brinda para facilitar el aprendizaje del alumno, tanto el estudiante como el docente deben estar familiarizados con las unidades de medida o criterios que se establecen como parámetros para considerar que un resultado es aceptable.

¿Qué instrumentos utiliza el docente para registrar los datos que le servirán de base para brindar feedback o para fundamentar la evaluación?

Las listas de cotejo son herramientas muy valiosas para ordenar la observación y para registrar la información obtenida.

Una lista de cotejo es una lista de palabras, oraciones, frases, o párrafos que describen aspectos específicos del comportamiento a controlar durante la observación.
La lista brinda información descriptiva de lo que el alumno debe hacer en cada paso. Debe incluir todos los puntos clave.
El observador registra si el comportamiento deseado está presente o ausente; registra la presencia o ausencia de pasos o componentes de la conducta a evaluar

- el docente observará varias veces el comportamiento del estudiante en distintas oportunidades
- tiladará Si cuando realice correctamente la acción descripta y No cuando no la realice o cuando la realice incorrectamente.

El docente deberá fijar previamente el nivel de exigencia. En general es del 100% de acierto. Es decir que tiene que realizar todas las acciones descriptas para considerar que se ha logrado el objetivo.

En sintesis, es importante:

- Construir instrumentos de recolección de datos que permitan tener una clara idea del desempeño del alumno

- Que el docente tenga definido si la función es brindar feedback o si va a realizar una evaluación

- Brindar al alumno información tanto sobre la ejecución como sobre el producto realizado.

El estudiante pasa por diferentes etapas en el proceso de aprendizaje de una técnica o procedimiento. Debemos tener conocimiento acerca de cada una de ellas para determinar la oportunidad de nuestra intervención y/o evaluación.

Etapas en la adquisición de una destreza:

1.- etapa inicial con ninguno o muy poco progreso
2.- rápida mejoría del desempeño, avances muy evidentes
3.- ganancias más lentas, poco evidentes, discriminación de señales más sutiles
4.- meseta, sin mejoría en la ejecución
5.- nuevos logros, mejoría notable en la ejecución
6.- acercamiento al límite del mejor desempeño posible

La mala actuación al principio del entrenamiento no es predictor de la competencia final que el alumno puede alcanzar.
Los más lentos para comprender una situación compleja con frecuencia alcanzan y sobrepasan a los de actuación brillante al inicio.

Al principio hay mucha mejoría y luego el rendimiento se mantiene en los mismos niveles, el ritmo de progreso es insignificante. En esta etapa es difícil sostener la motivación para insistir en la práctica.
Hay que distinguir entre la meseta y la realización que ha llegado a su límite máximo posible.
Una meseta es un período de progreso insignificante seguido de nuevas ganancias. Obviamente hasta que no ha terminado la meseta no sabemos si el alumno realizará nuevos avances.
El límite de perfeccionamiento etapa 6 es hipotético, nunca se sabe si puede superarse un record.

Algunas ideas que siempre es importante tener en cuenta cuando enseñamos un procedimiento.

- Los períodos de práctica deben ubicarse debidamente con relación a las explicaciones. Si una persona practica antes de conocer el patrón correcto de la tarea es probable que practique acciones incorrectas. Debe haber cierto equilibrio entre explicaciones, práctica y nuevas explicaciones.

- Una habilidad que requiere una discriminación sutil y/o el cumplimiento de un tiempo muy exacto requiere mucha práctica.

- Simplificar la tarea al principio de la práctica. Una simplificación ayuda a aislar y discriminar las indicaciones más pertinentes o para darse cuenta del patrón esencial de la tarea. En general es recomendable empezar por identificar o reconocer las señales más importantes y gradualmente ir incorporando las más sutiles.

- Deben ofrecerse oportunidades para practicar en las distintas condiciones que son más probables de encontrar en el ejercicio profesional. El objetivo a lograr es que sea capaz de modificar la respuesta en función de la situación y no que fije una respuesta estereotipada.

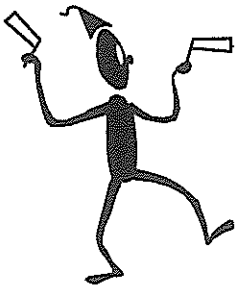
Nunca se debe entrenar para una sola respuesta en una sola condición.

EJERCICIO N° 7

De acuerdo al procedimiento seleccionado en los ejercicios anteriores, confeccione una lista de cotejo que le permita ordenar su observación y registrar información para brindar feedback a sus alumnos.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En el Anexo 3 encontrará ejemplos de listas de cotejo.
Revise con un colega su lista de cotejo.



Felicitaciones!!!
Ud. ha finalizado el curso
de Formación de Formadores.
El próximo paso es responder el examen
y la encuesta, ¡Mucha suerte!

Anexo 1
Clave de respuestas

EJERCICIO 1

A.-

1.- Falso: el proceso de convertirse en profesional es un proceso social más complejo que la adquisición de conocimientos.

2.- Verdadero

3.- Falso: la socialización se produce en las interacciones de los estudiantes con los pacientes, con los profesores y con otros estudiantes en el marco de las instituciones de los servicios de salud.

4.- Falso: los profesionales deben poner sus conocimentos al servicio de las decisiones del paciente y de su familia. Parte de la responsabilidad profesional es buscar y plantear alternativas diagnósticas y terapéuticas en función de los intereses del paciente. Los profesionales deben desarrollar habilidades comunicacionales específicas para poder explicarle a los pacientes las posibles ventajas y riesgos de cada alternativa.

5.- Falso: El docente debe ofrecer oportunidades para que el estudiante adquiera una conducta profesional : el estudiante debe tomar decisiones, debe emitir juicios de valor, debe discutir sobre dilemas éticos, debe explorar las necesidades e intereses del paciente. Una joven graduada de la carrera de medicina expresó: "nos graduamos de estudiantes, no de médicos, porque durante la carrera lo único que hacemos es estudiar en los libros."

B.- Generar espacios para la reflexión; hacer explícito el currículo oculto; destacar los aspectos intuitivos y afectivos que intervienen en el razonamiento clínico; estimular la búsqueda de acciones alternativas en función de los distintos puntos de vista (del médico, del paciente, etc); promover la reflexión sobre la experiencia; promover la integración de pensamiento y sentimientos.

C.- Pueden ser muy diversas. Es frecuente que los profesores sientan que este no es un tema que les compete. Suelen escucharse argumentos tales como : "yo tengo que enseñar lo que se debe hacer independientemente de las limitaciones económicas", "la medicina es una sola", "yo soy médico, no economista o asistente social", "es una cuestión de salud pública y no de tiene que ver con la clínica". Todas estas afirmaciones corresponden a una visión tradicional de la práctica profesional.

D.- No existe una respuesta correcta válida para todas las situaciones. Los cambios pueden ser muy diversos dependiendo de la personalidad del docente y de las condiciones del contexto.

Sería razonable esperar que en la discusión de los "casos" se incluyan los aspectos emocionales del paciente y del médico; estudiar la conducta del médico en la relación con el paciente y la familia. Abrir un espacio donde sea posible "oir las voces del paciente y del médico angustiado".

EJERCICIO 2

1.- Hay evidencias que con un entrenamiento específico se mejoran las habilidades comunicacionales.
Muchos docentes consideran que es una cualidad personal que depende de la personalidad de cada uno. Es probable que esta creencia se fundamente en la falta de experiencia en talleres de entrenamiento específico.

2.- a - d - e - g son conductas inadecuadas pero que frecuentemente se utilizan sin darse cuenta.

3.- Sería deseable que pudiese implementar demostraciones, dramatizaciones (role playing) y análisis de entrevistas grabadas.

EJERCICIO 3

1.- En la situación están presentes: docente, paciente y alumno; el alumno experimenta temor/ inseguridad/ miedo a equivocarse y perjudicar al paciente. El alumno, que se encuentra en proceso de convertirse en profesional, siente que todavía no es un profesional y es presionado para que actue como tal. Sobre este punto le sugerimos que vuelva a leer el Anexo del Módulo IV : Dilemas éticos que enfretan los estudiantes.

2.- La competencia clínica se basa en la capacidad para:
- establecer una buena comunicación para obtener y brindar información
- obtener información a través de la observación y exploración (examen físico)
- realizar procedimientos exploratorios y/o terapéuticos
- relacionar e integrar los datos obtenidos en la entrevista y en la exploración física. Hacer diagnóstico (poner el rótulo)
- organizar una secuencia lógica de estudios y/o un plan terapéutico

3.- Un profesional competente fundamenta su práctica clínica en las necesidades e intereses del paciente y en el uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos. ¿Ud. les enseña esto a sus alumnos?

4.- Se necesita información previa y orientaciones que guien la observación y la exploración porque percibimos sólo aquello que somos capaces de comprender (efecto paradigma)
Los datos obtenidos deben ser interpretados y analizados. Mediante la discusión y reflexión se deben establecer las asociaciones precisas entre los signos y el diagnóstico; se deben integrar con los otros conocimientos ya adquiridos, clasificarlos y archivarse.

5.- A medida que aumenta la especialización en la atención sanitaria, se diversifican los profesionales especialistas que intervienen. En la formación de los profesionales de la salud es importante que los alumnos discutan ¿ quién hace qué?. Cada profesional debe conocer la preparación y las incumbencias de los otros profesionales.
Existe la necesidad de un entrenamiento específico para el trabajo en equipo con otros profesionales. Una tendencia actual en Educación Médica es la enseñanza multiprofesional a nivel de grado: alumnos de distintas carreras comparten algunos cursos y experiencias.
En la decisión sobre ¿quién hace qué? también se deben tomar en cuenta los costos de la atención.

6.- Cada signo clínico presenta una asociación cuantificable con una o más enfermedades expresada en términos de especificidad y sensibilidad.
Necesidad de formar a los estudiantes en la lectura crítica de las publicaciones. Los conocimientos de metodología de la investigación fundamentan una práctica clínica responsable, basada en la evidencia disponible.

EJERCICIO 4

1.- Las dificultades para "hablar"determinados temas depende de la historia personal de cada uno. Es frecuente experimentar inhibiciones para abordar temas sobre sexualidad, duelo, "dar malas noticias". El entrenamiento para la consejería debería focalizarse en estas situaciones.

2.- Incluir en la enseñanza clínica el desarrollo de las habilidades para la consejería y educación del paciente. Además, organizar seminarios o talleres para el aprendizaje de habilidades de comunicación y de tecnología educacional.

3.- Son varios los obstáculos que se podrían identificar. Los más frecuentes son:

- persistencia de una concepción del rol docente como transmisor de información basada en su propia experiencia
- planes de estudios rígidos, falta de cursos electivos.
- utilización de los apuntes de cátedra como principal fuente de información
- enseñanza dogmática, exigencia de memorización y repetición de lo dictado en clase por el profesor.
- falta de entrenamiento para la lectura critica de publicaciones
- falta de participación de los estudiantes en proyectos de investigación
- identificación de la evaluación con sanción /castigo
- falta de oportunidades para que los alumnos identifiquen sus necesidades de aprendizaje
- falta de experiencia en la evaluación entre pares
- falta de oportunidades para que los estudiantes vean a sus profesores en el papel de aprendices.

4.-

1 = c
2 = b
3 = a - i
4 = d
5 = h
6 = g - i
7 = f
8 = e
9 = f - g
10 = c

EJERCICIO 5

Revise su ejercicio con un colega.

EJERCICIO 6

Revise su ejercicio con un colega.

EJERCICIO 7

Revise su lista de cotejo con un colega.

Anexo 2
Bibliografía

Referencias Bibliográficas

ARESKOG NH: The need for multi-professional health education in undergraduate studies. Medical Education. 1988: 22: 251-252

BARTH R, ROWLAND-MORIN P, MOTT L, BURCHARD K: Communication effectiveness training improves surgical resident teaching ability. J.AM. COLL.SURG. 1997; 185 : 516-519

CARPENTER J: Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. Medical Education. 1995 : 29: 265-272

COLLINS, J.; HARDEN, R.: AMEE Medical Education Guide N°13: Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. Medical Teacher. 1998. Vol 20 N° 6.

COX K, EWAN C: La docencia en Medicina. Ediciones Doyma. Barcelona. 1990.

DESCOTEAUX, JG., LECLERE, H.: Learning surgical technical skills. Can J Surg. 1995. (38) 33-8.

DYKES, M.; OVASSAPIAN, A.: Dissemination of fibreoptic airway endoscopy skills by means of a workshop utilizing models. British Journal of Anaesthesia. 1989. 63, 595-597.

ENDE, J.: Feedback institución Clinical Medical Education. JAMA 1983. Vol. 250 N° 6.

FEIL, P.; GUENZEL P; KNIGHT, W.G.; GEISTFELD, R.:
- Designing preclinical instruction for psychomotor skills. Theoretical foundations of motor skill performance and their applications to dental education. Journal of Dental Education. 1994. Vol. 58 11-12.
- Instructional Engineering: Design phase. Journal of Dental Education. 1995. Vol. 59 N° 3.
- Instructional Engineering: Evaluation phase. Journal of Dental Education. 1995. Vol. 59 N° 4.

FEIL, P.; REED, T.; HART, J.: Continuous Knowledge of Results ans Psychomotor Skill Acquisition. Journal of dental education. 1986. Vol. 50 N°6.

GALLI A y otros: Programa de formación de formadores en ciencias de la salud. Vol. III Módulo 7 Escalas, encuestas y entrevistas. Asociación Amigos de la Facultad de Medicina Bs. As. 1999.

HAFFERTY F: Beyond Curriculum Reform: confronting medicine"s hidden curriculum. Acad. Med. 1998; 73: 403-407

HAMDORF, J.M. AND HALL, J.C.: Acquiring surgical skills. British Journal of Surgery. 2000. 87: 28-37.

HARDEN R: Effective multi-professional education: a threedimensional perspective. Medical Teacher. 1998: 5: 402-405

HINCHLEY, G.: Practising intubation on cadavers. British Medical Journal. 1992. Vol. 305.

HOULE, CO: Continuing learning in the proffesions. Jossey Bass. San Francisco. 1980

IVEY AE, AUTHIER J: Microcounseling. Springfield Illinois. 1978.

JOHNSON ABERCROMBIE ML: Anatomia del juicio. Una investigación en los procesos de la percepción y el razonamiento. Estrada. Buenos Aires. 1967.

MARISCAL, E.: Cuentos para regalar a personas inteligentes. Edit. Serendipidad. 5ta. Edición. Bs. As. 2000.

MOORE-WEST M, TESTA RM, ODONNELL J: "A life in Medicine": stories from Dartmouth Medical School Elective. Acad. Med. 1998: 73: 153-159

NEWBLE D, CANNON R: A handbook for Medical Teachers. MTP Press Limited. Lancaster. England. 1990

PARCELL G, BLIGH J: Educational principles underpinning successful shared learning. Medical Teacher. 1998: 20 : 522-528

RAYAN, G.; YNGVE, D.: Tendón substitute for Psicomotor Skill Laboratory Training. Plastic and Reconstructive Surgery. 1987. Feb.

PÉREZ, J.; VALLÉS, A.; CASERAS, X. Y GUAL, A.: Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en medicina durante los estudios de pregrado. Educación Médica. 1999. Vol. 2 N°2.

REZNICK, RK: Teaching and testing technical skills. Am J Surg. 1993. (165) 358-61.

SLOTNICK, HB: How doctors lear: The role of clinical problems across the medical school to practice continuum. Acad. Med. 1996; 71: 28-34

SPENCER, F.C.: Teaching and measuring surgical techniques – the technical evaluation of competence. Bulletin of the American College of Surgeons. 1978. 63: 9-12.

TONKS, A.: Intubation practice on cadavers should stop. British Medical Journal. 1992. Vol. 305 p332.

VALLS, E.: Los procedimientos: aprendizaje, enseñanza y evaluación . Edit. Horsori. Barcelona. 1995.

VANN, W. JR.; MAY, KENNETH JR.; SHUGARS D.: Acquisition of Psychomotor Skills in Dentistry: An experimental teaching method. Journal of Dental Education. 1981. Vol. 45, Nº 9.

VIRSHUP B: Coping in medical school. Health Sciences Consortium. Chapel Hill. North Carolina . 1881

WILLIAM KNIGHT, G.; GUENZEL, P.; FEIL P.: Using questions to facilitate motor skill acquisition. Journal of Dental Education. 1997. Vol. 6 N°1.

WINDISH, D: Teaching medical students clinical reasoning skills. Acad. Med. 2000; 75: 90

WOOD, B.P.: Feedback: A Key Feature of Medical Training. Radiology 2000. 215: 17-19.

Anexo 3
Ejemplos de listas de cotejo

EJEMPLO DE LISTA DE CONTROL UTILIZADA DESDE 1986 EN LA CATEDRA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA DE LA UBA

Introducción

Los trabajos prácticos en la Clínica son oportunidades para adquirir habilidad en la ejecución de ciertos procedimientos técnicos, sin perder de vista el respeto y consideración al paciente que concurre allí porque necesita solucionar su problema de salud.
Adquirir una habilidad, llegar a ser "habilidoso" requiere práctica y tiempo suficiente. La práctica tiene que ser orientada y supervisada.
Con el propósito de orientar la práctia, el equipo docente ha preparado estas guías en las que se detallan los puntos clave que el alumno debe realizar ineludiblemente y que el docente, en el momento de la evaluación, observará para decidir si el alumno puede o no ser aprobado.

Lista de control Nº 3

El propósito general es que el odontólogo implemente las medidas vecesarias para lograr el control de la infección.
Una de las acciones específicas que lleva a cabo es la **inactivación de caries.**

Conductas a observar	sí	no	no corresponde
1. Prepara la mesa de trabajo con todo el material necesario (intrumental de inpección, cucharitas de Black o excavadores para dentina y torundas de algodón, loseta y espátula, material de obturación y anestesia). Verifica el funcionamiento del equipo de modo tal de realizar la prestación en el menor tiempo posible.			
2. Explicar al paciente lo que va a realizar utilizando un código adecuado al nivel del receptor. Brinda información para obtener la aceptación y colaboración del paciente.			
3. Le ofrece un espejo de mano y le explica cómo y para qué puede utilizarlo. Le brinda al paciente un elemento que le permite "controlar" lo que hace el odontólogo dentro de la boca, disminuyendo así la ansiedad persecutoria.			
4. Se lava las manos. Avisa al paciente se se aleja del sillón, de modo tal de evitar que el paciente se sienta abandonado.			
5. Coloca eyector.			
6. Aisla el cuadrante donde va a trabajar para controlar la humedad del campo.			
7. Seca la zona donde va a trabajar para obtener mejor visión y eliminar humedad.			
8. Si la cavidad está cerrada 8. I. coloca anestesia 8.2. elimina esmalte con piedra 8.3. elimina la dentina necesaria de las paredes con fresa redonda.			

Conductas a observar	sí	no	no corresponde
9. Si la cavidad está abierta, elimina el esmalte socavado con fresa redonda y/o fisura para acceder a la dentina desmineralizada.			
10. Retira con cucharita, sin hacer presión, la dentina reblandecida limpiando la cucharita en una gasa o rollo de algodón.			
11. Prepara, el material intermedio de obturación, para obtener una obturación antiséptica y biológicamente aceptable.			
12. Lleva a la cavidad el material de obturación con una espátula adecuada y comprime suavemente con una torunda de algodón húmeda para obturar y condensar.			
13. Indica al paciente que no coma nada por 10 minutos. Despide al paciente recordándole el próximo paso del tratamiento.			
Evaluación: el docente observará el desempeño del estudiante y tildará Sí cuando realice la conducta descripta. Los puntos 9 y 10 son mutuamente excluyentes. Para aprobar este T. P. debe realizar todas las acciones incluidas en la lista.			

Lista de control para la observación del desempeño del docente en una clase.

Elaborado por la Lic. Claudia Castro

Nombre del docente: .....

Materia / Tema: .....

Fecha de la observación: .....

Durante la clase, el docente:	*Si*	*No*	*No Corresponde*
Tomó en cuenta el nivel de los receptores			
Comunicó los objetivos			
Presentó los contenidos a trabajar			
Estructuró el mensaje (secuencia, introducción, desarrollo y cierre)			
Hizo uso de la redundancia			
Estimuló el feedback (participación)			
Ejemplificó adecuadamente			
Realizó un cierre reforzando los conceptos más importantes			
Manejó adecuadamente los tiempos			
Utilizó un tono de voz adecuado			
Utilizó correctamente los recursos			
Se lo notaba seguro y tranquilo			
Orientó adecuadamente las lecturas bibliográficas			
Fue claro, comprensible, ordenado.			
Planteo alguna situación, pregunta, caso			
Realizó síntesis parciales			
Aclaró dudas			
Verificó el grado de aprovechamiento			

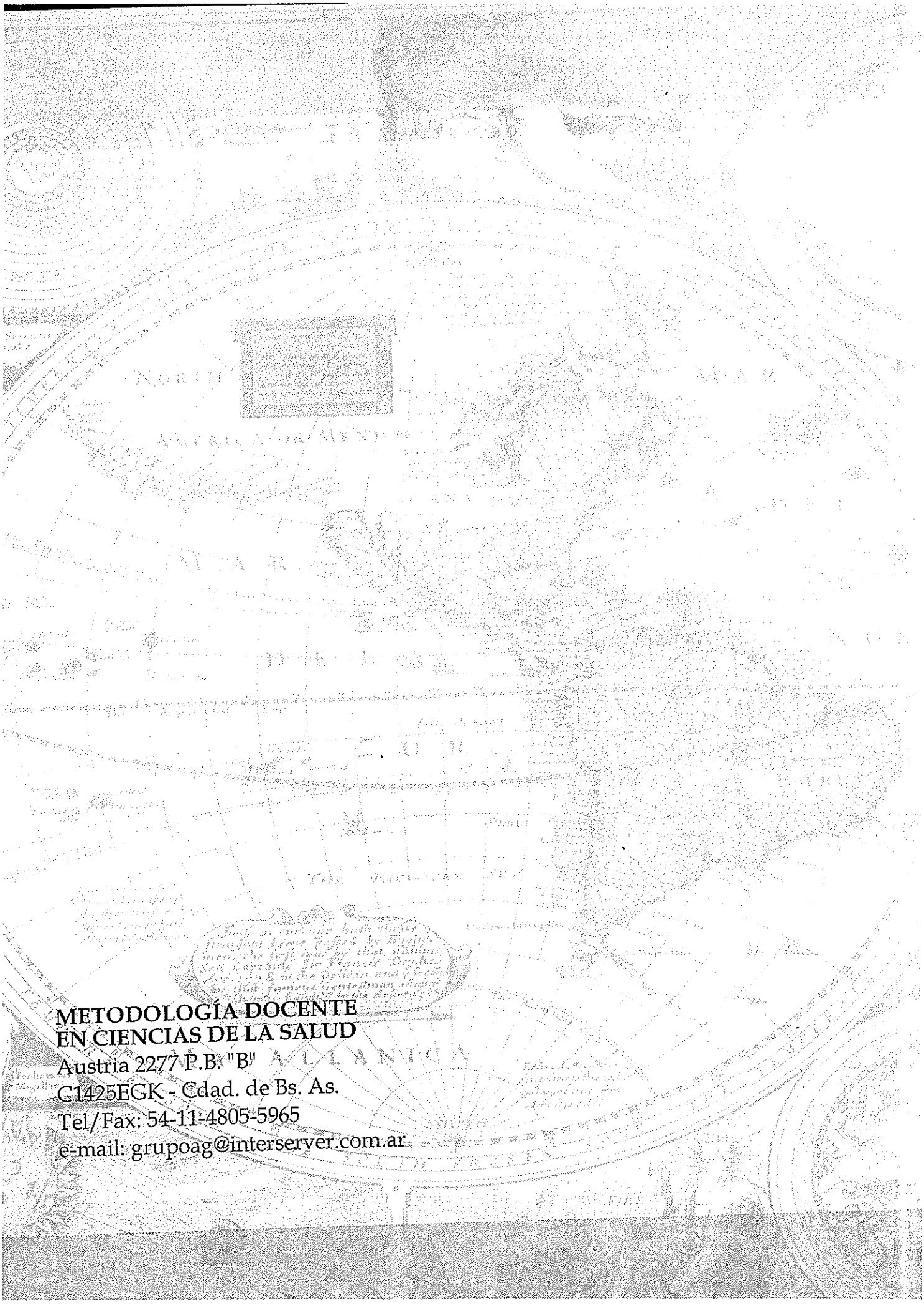
¿Qué fue lo mejor del desempeño de este docente?

.....

¿Qué fue lo que menos le gustó?

.....

Se terminó de imprimir en los Talleres
Gráficos de G1 S.A. en el
mes de Diciembre de 2000.
Av. Jujuy 1738
Ciudad de Buenos Aires



METODOLOGÍA DOCENTE
EN CIENCIAS DE LA SALUD
Austria 2277 P.B. "B"
C1425EGK - Cdad. de Bs. As.
Tel/Fax: 54-11-4805-5965
e-mail: grupoag@interserver.com.ar