

UNIDAD 1

¿Qué debería saber sobre la enseñanza y el aprendizaje? Fundamentos de la guía docente CICAA

- La responsabilidad en el aprendizaje
- Los objetivos del aprendizaje
- Teorías sobre cómo aprenden los adultos
- ¿Qué es la maestría clínica y cómo se adquiere?
 - Capacidades metacognitivas
 - Enseñar Maestría Clínica
- La docencia en medicina como forma de relación profesional
- Lógica y contenidos de este manual (la guía docente CICAA)
 - Conectar
 - Identificar y comprender
 - Acordar
 - Ayudar
- Ejercicios prácticos
- Lecturas adicionales

UNIDAD 1

¿Qué debería saber sobre la enseñanza y el aprendizaje? Fundamentos de la guía docente CICAA

Roger Ruiz Moral

Resumen: La consideración sociocultural de la profesión médica nos permite presentar su aprendizaje bajo una perspectiva bastante práctica. De esta manera, se enfatiza el papel del docente como supervisor del alumno en escenarios reales y esta enseñanza se enmarca en el contexto de la relación entre el aprendiz y el/los docente/s. Se describen los principales aspectos que caracterizan la enseñanza de adultos en general, lo que proporciona una serie de principios a tener en cuenta a la hora de planificar la docencia. La aplicación de estos principios promueve el desarrollo de estrategias docentes que facilitan al alumno, por una parte, el control sobre sus propios pensamientos y senti-

mientos y, por otra, un conocimiento más profundo del mismo como persona y sobre cómo usar este conocimiento. Estas capacidades son las que preparan al alumno para aprender a lo largo de toda su vida, objetivo de la educación médica. Mediante la consideración relacional, queremos ofrecer una secuencia lógica de tareas (guía docente CICAA) donde se deben ubicar los distintos componentes necesarios que todo docente debe tener en cuenta a la hora de enseñar. Estos componentes, que deberán cumplir en mayor o menor medida los principios de la enseñanza de adultos, se desarrollarán en las diferentes unidades que componen este manual.

De la misma manera que el eje de la práctica clínica es el paciente y el médico, el eje de la docencia clínica es el aprendiz y el clínico. A partir de aquí intentaremos referirnos a él/ella genéricamente como «docente». La docencia es algo que ocurre principalmente en el contexto de una relación entre estos dos actores. A veces, esta díada se transforma en algo más extenso y llega a involucrar a un profesor y a varios (docencia en grupos pequeños) o muchos (charlas magistrales) aprendices, en estos casos el tipo de relación, aunque mantiene el mismo patrón, cambia bastante. El único elemento estable de esta díada es el aprendiz, no el profesor. El lugar de este último varía a lo largo del proceso de aprendizaje del alumno y suele ser ocupado por un amplio número de ellos en diferentes situaciones y circunstancias, aunque la figura prin-

cipal –conocida como tutor, supervisor, mentor...– sea de especial trascendencia en nuestro sistema de educación posgraduada. Así, el estudiante, el residente, nosotros mismos como médicos aprendemos de muchos y variados tipos de «docentes». Pero también aprendemos (y mucho más de lo que creemos) no directamente de las personas formalmente dedicadas a enseñar sino de otros compañeros de trabajo, amigos o incluso de pacientes que de forma consciente nos han enseñado.

De esta manera, el proceso personal de aprendizaje que tiene como objetivo alcanzar la maestría en la práctica clínica (lo cual como sabemos no tiene un fin formal en la vida) está en gran medida caracterizado por la interacción del aprendiz con cada una y con el conjunto de todas estas personas, principalmente en los ámbitos de trabajo que les son propios

y en la capacidad para autodirigir el aprendizaje. Todo esto resalta la importante dimensión sociocultural que tiene el aprendizaje clínico, que podemos definirlo como aquella instrucción dirigida principalmente a resolver problemas en el contexto de un trabajo real que depende de la colaboración con otros docentes, compañeros o colegas y de nuestra propia capacidad para dirigirlo.

En realidad esto sucede no solo con la medicina sino con todas las profesiones, las cuales tienen un carácter más social que individual y más práctico que teórico (o mejor dicho, más supeditado a la práctica) enfatizando así su enorme dimensión relacional. En lo que respecta a la formación médica de posgrado, ésta es la filosofía en la que se fundamenta el sistema de educación de especialistas. Respecto a los estudios médicos de pregrado, el «Espacio Europeo de Educación Superior», ámbito de organización educativo a este nivel iniciado en 1999 con la Declaración de Bolonia, incorpora ya los aspectos fundamentales de esta perspectiva.

«La incapacidad para actuar de manera efectiva que tiene lugar cuando dependemos del conocimiento de otros y el hecho de que el aprendizaje se produce en el contexto de las relaciones sociales, son las razones por las que el conocimiento debe ser concebido más como un atributo social que individual.»

M. Eraut

Para nosotros, con el objetivo de conseguir buenos profesionales médicos, esta consideración del aprendizaje/enseñanza como «socialmente construido» supone las siguientes dos premisas:

- El aprendizaje en medicina debe hacerse principalmente de una forma práctica teniendo como eje principal (aunque no únicamente) la interacción con pacientes.
- El aprendizaje en medicina tiene un carácter relacional.

A estas dos premisas debemos añadir una tercera, la cual se fundamenta en el hecho de que cualquier aprendizaje con un tutor o supervisor es un aprendi-

zaje limitado en el tiempo, es decir, que tiene un final formal en el que es imposible enseñar/aprender todos los aspectos prácticos de una disciplina como la medicina. Por ello y sin perder las anteriores características, el aprendiz, ya médico, deberá adquirir las capacidades que le permitan, tomando como base su propia experiencia práctica, seguir aprendiendo por sí mismo y durante toda su vida. Por lo que la tercera premisa toma carta de naturaleza en la siguiente afirmación:

- El aprendizaje debe de ser desarrollado personalmente, para ello el aprendiz tiene que adquirir capacidades para autodirigirlo.

La fundamentación de estas tres premisas le permitirá comprender el alcance de la gran mayoría de las propuestas prácticas que desarrollaremos en este manual y con las que pretendemos facilitarle su labor como docente.

LA RESPONSABILIDAD EN EL APRENDIZAJE

Para un clínico, el desafío más importante que tiene desde un punto de vista docente es guiar a los aprendices a través de la maraña de exigencias bajo la presión del tiempo que supone el día a día de la consulta y conseguir que adquieran una serie de objetivos docentes apropiados y, sobre todo, se inicien en la adquisición de los hábitos básicos para aprender de sus experiencias. Para ello, usted como docente tiene en la supervisión clínica su principal recurso pero también posee otros que lo complementarán. El desafío lo tendrá en cómo desarrollar adecuadamente esta supervisión o tutorización.

La práctica clínica tiene muchas similitudes con la práctica docente. En función de donde recaiga el peso de la responsabilidad a la hora de tomar decisiones clínicas se ha popularizado un modelo de relación médico-paciente que iría desde estilos de interacción paternalistas, en donde el médico toma las decisiones «informadas», hasta que sea el paciente el que decide. En el ámbito de la enseñanza ocurre algo similar (Fig. 1-1).

Figura 1-1



En los modelos de enseñanza didácticos la responsabilidad recae en el profesor mientras que en los independientes recae en el alumno. Cada modelo tiene sus fortalezas y sus debilidades y será más o menos adecuado para adquirir diferentes objetivos. La idoneidad y efectividad de cada una en las diferentes situaciones viene avalada por una serie de teorías sobre cómo se produce el aprendizaje de los adultos y, en menor medida, por evidencias científicas que apoyan la efectividad de estas teorías. La importancia de fomentar las estrategias y habilidades que promuevan la capacidad del alumno para regular y monitorizar su experiencia y así desarrollar su capacidad de autoaprendizaje y, por lo tanto, poder aprender a lo largo de toda su vida profesional, enfatiza un estilo de enseñanza concreto (Fig. 1-2) (para más detalles véase Unidad 2, módulo 2.1).

Con el objetivo de ayudarle a llevar a cabo una adecuada supervisión y a utilizar de forma adicional otras estrategias docentes que le complementarán su labor como supervisor/docente vamos a exponerle de forma muy resumida lo que consideramos son los principales enmarques teóricos que usted debería conocer los cuales a la vez que apoyan la perspectiva defendida en esta guía del aprendizaje como «socialmente construido» y «personalmente desarrollado», nos permitirá ofrecerle unos principios educativos para su aplicación práctica. Pero antes debería conocer lo básico sobre la naturaleza de los objetivos de aprendizaje.

LOS OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Los educadores frecuentemente dividen los componentes del aprendizaje dentro de tres amplios dominios: conocimiento, habilidades y actitudes. Desde un punto de vista práctico esto nos ayuda a comprender

que cualquier aprendizaje debe incorporar el *qué* hacer, *cómo* hacerlo y *por qué* hacerlo. La perspectiva de un aprendizaje experiencial (metacognitiva) enfatiza también la importancia de los «pensamientos» y «sentimientos» que generan en el que aprenden el propio proceso de aprendizaje, es decir, de las operaciones mentales. Le adelantamos ya (y lo comprenderá mejor cuando vea las teorías del aprendizaje) que mientras que el conocimiento puede adquirirse mediante lecturas o atendiendo charlas, las habilidades deberían ser observadas y practicadas, las actitudes se interiorizan mejor mediante modelos, y el proceso de pensar sobre los propios pensamientos y sentimientos requiere de la experiencia práctica y de la reflexión.

TEORÍAS SOBRE CÓMO APRENDEN LOS ADULTOS

«No hay nada más práctico que una buena teoría.»

En el terreno de las teorías de la educación los psicólogos han investigado mucho. Riegel sugirió que el aprendizaje está influenciado por la capacidad que tiene el adulto para **utilizar la lógica** basada en el principio de contradicción, y la capacidad para identificar problemas o plantear preguntas. Este autor destacó la importancia en el pensamiento del adulto de la capacidad para unir lo abstracto y lo concreto a la hora de explorar problemas. Si esto es así, un modelo como el didáctico está limitando seriamente el desarrollo de las potencialidades que tiene un adulto para aprender, en la medida en que ofrece una interpretación de la realidad preestablecida. Esta visión está en línea con la de Knowles, el cual propuso un modelo que define **cómo aprenden los adultos**, en cuatro áreas (Cuadro 1-1).

Muchas de las ideas de Knowles coinciden con las nociones de **aprendizaje profundo y superficial**

Figura 1-2

Características de los estilos docentes.



Cuadro 1-1

- Al madurar, se produce un cambio en el concepto que tenemos del *self* desde una personalidad de dependencia a una mayor capacidad para autodirigirse y, por lo tanto, podemos determinar mejor nuestras propias necesidades de aprendizaje y encontrar los modos de satisfacerlas.
- La experiencia personal es una fuente de aprendizaje.
- La disposición del adulto a aprender está íntimamente relacionada con las tareas que ha de afrontar en el trabajo, por lo que valora el aprendizaje que resulta relevante para dichas tareas.
- Los adultos también valoran el aprendizaje que puede ponerse en práctica inmediatamente, lo que supone un cambio del aprendizaje basado en temas al sustentado en problemas.

desarrolladas por Gibbs. Este autor destacó como la calidad de los resultados del aprendizaje se ve afectada por la forma en la que los sujetos se aproximan al mismo. Las características de una aproximación profunda las detallamos en el cuadro 1-2.

Desde esta perspectiva, imagínese la profundidad de conocimiento que uno puede adquirir en un modelo de aprendizaje basado en una charla organizada por un laboratorio a la hora de comer por ejemplo.

Relacionado con la adquisición de un aprendizaje profundo se encuentra la idea de que las acciones que toman los adultos están determinadas por la propia capacidad que creemos tener para afrontar determinadas situaciones. Estas acciones incluyen lo que decidimos hacer, el esfuerzo que invertimos en ello, el tiempo que persistimos ante adversidades y el grado de ansiedad con el que nos aproximamos a las tareas. Esta capacidad que creemos tener es lo que

Cuadro 1-2

Características de una aproximación profunda al aprendizaje.

- La que reconoce una motivación intrínseca del aprendiz.
- Donde los aprendices son activamente involucrados en su propio aprendizaje en lugar de ser pasivos.
- Donde existen oportunidades para interactuar con otros.
- Donde se aproxima a un tipo de conocimiento de manera integral, relacionándose con otro tipo de conocimiento en lugar de presentarlo separado y en porciones pequeñas.

Bandura denominó **auto-eficacia** y se basa en: los beneficios obtenidos de actuaciones previas (los éxitos aumentan nuestra autoeficacia y los fallos la disminuyen); las observaciones de otras personas como nosotros (al realizar otras tareas con éxito podemos creer más fácilmente que también nosotros las podemos hacer); la persuasión verbal (procedente de una fuente creíble); y el estado fisiológico (necesitamos reinterpretar la ansiedad ante situaciones difíciles en lugar de considerarlo un síntoma de vulnerabilidad). Como se puede ver la teoría de la autoeficacia delimita alguno de los papeles que debe jugar un profesor.

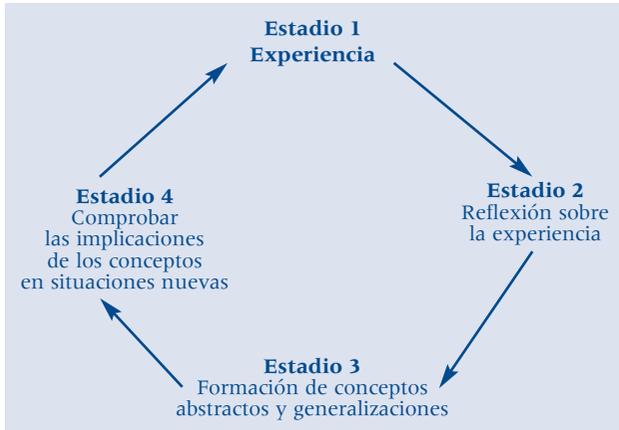
El aprendizaje experiencial fue explorado por Kolb que lo describió como un ciclo que explícitamente incorpora y construye sobre las experiencias desde las que se deriva el aprendizaje. Su ciclo (Fig. 1-3), al que se puede entrar desde cualquier punto, incluye varios estadios y puede considerarse como un proceso helicoidal con un sentido de progresión más que de repetición. Fíjese que realizar el ciclo de manera efectiva conlleva tener capacidad para implicarse en una experiencia concreta, en una observación reflexiva, conceptuar o sacar generalizaciones abstractas y aplicar los conceptos a nuevas situaciones.

Muy relacionado con los trabajos de Knowles y solapándose con las teorías de aprendizaje experiencial de Kolb están los principios educativos de la **andragogía**. Mezirow la ha descrito como un «esfuerzo organizativo y mantenido para ayudar a los adultos a aprender de forma que incremente su capacidad para funcionar de manera autodirigida». Sugiere que esto puede adquirirse mediante la progresiva disminución de la dependencia del educador, es decir, promoviendo el **aprendizaje autodirigido**, que supone desarrollar una serie de recursos y habilidades docentes, como la capacidad para hacerse preguntas, interpretar la información de manera crítica, identificar su propio conocimiento y sus lagunas, pensar sobre los propios pensamientos y sentimientos y reflexionar críticamente sobre su experiencia, su aprendizaje y los resultados de éste. En el siguiente apartado de esta Unidad resaltaremos la importancia de este enfoque.

En realidad no es posible autodirigir el aprendizaje si no aprovechamos lo que ya sabemos. **El constructivismo** sostiene precisamente esto, que el aprendiz construye un conocimiento nuevo partiendo del que tiene («El nuevo conocimiento se adquiere como un árbol adquiere sus nuevas hojas: si crece débil y enfermo le será difícil generar nuevos brotes»). Y desde luego puede ser ayudado en esta tarea. Para ello el profesor debería ofrecer experiencias que choquen con las ideas previas de los alumnos (que produzcan «disonancia cognitiva», véase módulo 4.3),

Figura 1-3

Ciclo del aprendizaje experiencial.



implicándolos de manera activa en su aprendizaje mediante el planteamiento de problemas o la interacción en grupos. En esta teoría el profesor se ve como alguien que guía o facilita el aprendizaje, no como un mero transmisor del mismo. Esta perspectiva exige tiempo suficiente para interpretar significativamente las experiencias. Es la base del aprendizaje continuado (en gran medida de la formación médica continuada).

Veámos que la reflexión era un estadio crucial en el ciclo de Kolb, pero otros autores se han centrado en el proceso reflexivo que caracteriza al aprendizaje, entre ellos Schön y Boud. La propuesta de **práctica reflexiva** que hace el primero en base a sus estudios realizados con profesionales, describe que éstos poseen unas «áreas de competencia» que representan formas automatizadas de responder ante los problemas. Distingue entre la «reflexión en la acción» y la «reflexión sobre la acción». La primera aparecería de forma inmediata, casi intuitiva. Así, la respuesta ante una aparentemente nueva situación requiere una acción inmediata que es consecuencia de muchos años de experiencia en diferentes situaciones que, sin embargo, guardan la suficiente similitud con la situación actual como para que se responda a ésta apropiadamente. Se puede comparar con el músico de jazz que cuando se le da un tono añade interpretaciones nuevas e individuales al tema básico de forma que produce algo familiar y original a la vez. La segunda «reflexión sobre la acción» ocurre después. Supone repensar la experiencia pasada para extraer los principios que puedan afectar a la práctica futura. Se trata de explicar el proceso de razonamiento «en» la práctica y «tras» la práctica a través del cual los adultos (profesionales) continuamente rehacemos nuestras ideas y desarrollamos nuestras

propias respuestas a los problemas. Actividades como razonar con colegas o profesores, recibir *feedback* o leer artículos son formas de desarrollar una práctica reflexiva. Boud y Kolb identificaron los componentes esenciales de la reflexión, los cuales se relacionan con las experiencias iniciales del proceso de reflexión y con sus resultados.

«La necesidad de verificar el pensamiento nace por primera vez cuando hay una discusión entre niños.»

Lev Vigotsky

Existe otro tipo de aprendizaje integrador que se ha denominado **aprendizaje informal** y que se caracterizaría por ser un aprendizaje no normativo, esto es, que conlleva la adquisición de un conocimiento independiente de los intentos conscientes de aprender (lo cual no excluye la reflexión). Este aprendizaje se basa sobre todo en la importante dimensión sociocultural que conlleva el aprendizaje, definida porque se dirigía principalmente a resolver problemas contexto-dependientes en colaboración con colegas. Esta visión sostiene que el proceso de desarrollar nuevas conductas en el contexto de las experiencias de la vida real es lo que capacita a los sujetos para adaptarse o evolucionar hacia nuevas situaciones. ¿Le suena esto a cómo aprenden la mayoría de los residentes? Resulta que el aprendizaje informal tiene sus fundamentos en las teorías educativas de Lev Vigotsky un psicólogo ruso que, por una parte, resaltó la importancia que el lenguaje, o medio de intercambio en el que se produce la educación, tiene en ésta: para él, al educar, el lenguaje nunca puede ser neutral. Por otra parte, destacó el papel del educador a través de un concepto que él llamó «zona de desarrollo próximo» y que describiría el modo como el maestro (el adulto más capacitado o competente), puede ayudar, es decir, puede «prestar» conciencia al joven que aún no la tiene o no la ha desarrollado completamente. Los métodos para hacerlo tienen que ver con un uso apropiado del lenguaje (verbal y no verbal) y de algunos de los instrumentos que están refrendados por las teorías que antes hemos comentado, pero que tienen en la vigilancia de las actuaciones de los aprendices ante problemas prácticos (delegación responsable), en la colaboración de actividades compartidas y en la promoción de la capacidad para reflexionar sobre sus propias experiencias su base de aplicación.

En el cuadro 1-3 hemos extraído una serie de principios de las teorías más importantes sobre la educación. Estos principios deben servir de base para ser aplicados en sus iniciativas docentes.

«Estos son nuestros principios... y si no te gustan tenemos otros.»

Anón

Cuadro 1-3

Un decálogo básico para enseñar.

1. El protagonista del aprendizaje no es el profesor sino el aprendiz, promueva su **contribución de forma activa**.
2. Priorice el **aprendizaje en el contexto clínico** (pero no descarte otros contextos).
3. Tenga presente las **experiencias que ha tenido y lo que ya sabe su aprendiz**: trabaje a partir de aquí.
4. Promueva un **aprendizaje basado en casos (inductivo)** y en la **comprensión y resolución de problemas reales**.
5. Deleque responsablemente: permita el involucramiento progresivo y la consecuente asunción progresiva de responsabilidades en la práctica y ofrezca **feedback** sobre sus actuaciones.
6. Promueva un **aprendizaje reflexivo** a través de una valoración de lo que hace su aprendiz en la práctica mediante la búsqueda de **preguntas significativas** y el desarrollo de nuevos enfoques.
7. Deleque responsablemente: promueva que su **aprendiz dirija su aprendizaje** y ayúdele en este proceso.
8. Complemente el aprendizaje con el **uso de fuentes significativas y relevantes**.
9. **Usted es la herramienta docente más poderosa**: cuide lo que hace y sobre todo asegúrese que hace lo que dice.
10. **Tenga confianza** en usted mismo.

«El docente clínico (supervisor, tutor, mentor, coach...) es la persona que más puede ayudar (o entorpecer) en el aprendizaje del estudiante/residente.»

¿QUÉ ES LA MAESTRÍA CLÍNICA Y CÓMO SE ADQUIERE?

«En lo que realmente hay que insistirle a un principiante es que el proceso educativo en el que se ha embarcado no es un curso de medicina o un período de residencia, sino un curso que dura toda la vida, para el cual el trabajo de unos pocos años con tutores o profesores es sólo la preparación.»

W. Osler (1897)

Lo que realmente debemos esperar de nuestros alumnos y residentes es que no sólo sean competentes en un área concreta en un momento determinado sino que sean capaces de adquirir conocimiento nuevo de las experiencias que tienen ellos mismos y que comparten con otros en relación al área de competencia. Así, los resultados y objetivos asociados a un área de competencia deberían dirigirse tanto a la manera en que el aprendiz la desarrolla como además a su capacidad continua para evaluar, monitorizar y mejorar su actuación en esa área. La importancia de este enfoque queda bien ejemplificada en la siguiente cita:

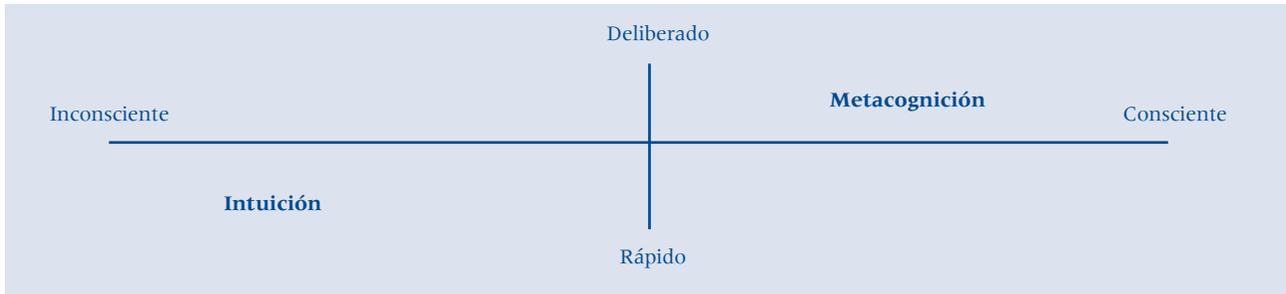
«En medicina la mitad de lo que les hemos contado dejará de ser cierta dentro de cinco años... el problema es que ahora no sabemos qué mitad es.»

La adquisición de un conocimiento actualizado y de unas habilidades bien realizadas (es decir, de contenido específico), aunque importante para su inmediata aplicación, no preparan al estudiante completamente para su práctica y aprendizaje futuros. La solución es enseñarles las mismas habilidades que le capaciten para manejar la complejidad de la práctica clínica a lo largo de su vida profesional. Lo que necesitarán sobre todo es reconocer lo que saben y lo que no saben, cómo aprenderlo, cómo llevar a la práctica un plan para conseguir lo que necesitan en un momento dado y cómo monitorizar su actuación y valorar sus resultados. La maestría o pericia (término castellano del *expertise* inglés) se define como la capacidad que uno tiene para pensar y para darse cuenta de lo que resulta de ese pensamiento. La maestría clínica incluye la capacidad para actuar de manera intuitiva (es decir, de una forma rápida sin pensar) en situaciones críticas (lo que Schön denomina «reflexión en la acción»). También requiere de la capacidad de anticipar un plan y de pensar sobre el propio pensamiento en situaciones nuevas, lo que se llama **metacognición** (relacionado con la «reflexión sobre la acción» de Schön). Esto es lo que lleva a adquirir nuevo aprendizaje. Esta perspectiva capta mejor las exigencias actuales en medicina, ya que enfatiza la adaptación al cambio y el manejo de la complejidad (Fig. 1-4).

Los aprendices desarrollan y practican de manera sistemática las capacidades metacognitivas e intuitivas. Ambas se apoyan en la experiencia y se diferencian en el nivel de conciencia y la rapidez de pensar (sobre el pensamiento). Usted como docente clínico debería enfocar la educación en la experiencia y, más concretamente, provocar o aprovecharse de los momentos docentes significativos que ésta le

Figura 1-4

La maestría clínica (tomado de M. Quirk, 2006).



ofrece (a través de muchas de las estrategias que en este manual le presentamos) para así conducir al alumno a un estado de mayor vigilancia sobre la observación e interpretación de su propia (la del alumno) conducta, pensamientos y sentimientos.

Capacidades metacognitivas

Siguiendo a Quirk (véase Lecturas adicionales), las capacidades metacognitivas pueden agruparse en estrategias reguladoras y de conocimiento. Las primeras se utilizan para controlar los pensamientos y sentimientos, y las segundas para conocerse mejor como persona y saber utilizar este conocimiento. La capacidad para planificar y para reflexionar son dos ejemplos de estrategias regulatorias, mientras que maximizar el estilo de aprendizaje y adquirir perspectiva sobre los problemas son ejemplos de estrategias de conocimiento. Estas capacidades son las que permiten que un alumno adquiriera las competencias contenido-específicas que los diferentes Programas y Currícula proponen.

«Metacognición es monitorizar y controlar el propio pensamiento, lo que incluye la capacidad para hacer planes antes de un acontecimiento, regularlo mientras éste tiene lugar y reflexionar sobre él una vez que ha sucedido para, al revisarlo, planificar futuras actuaciones.»

Perkins@Grotzer. *American Psychologist* 1997;52:1125-33

- **Las estrategias reguladoras** se emplean antes, durante y después de la experiencia para conseguir resultados clínicos y de aprendizaje más efectivos. Sus capacidades son:
 - *La Planificación.* Es una habilidad compleja que requiere: 1. Anticiparse y evaluar las propias necesidades, 2. Marcar objetivos, 3. Seleccionar los métodos a utilizar, 4. Controlar la conducta para adquirir los fines, 5. Evaluar la actuación,

y 6. Utilizar los resultados para aplicarlos al proceso de nuevo.

- *La Reflexión.* Es la capacidad para observar y analizar críticamente la propia conducta, creencias, emociones, actitudes y modos de entender en relación a un contexto determinado. En esencia es aprender de lo que uno hace (antes, durante o después del acontecimiento).
- **Las estrategias de conocimiento.** De un conocimiento sobre las propias fortalezas y limitaciones cognitivas en relación a una tarea clínica y de un conocimiento sobre el paciente y los sentimientos en relación al problema clínico presentado, a su posible diagnóstico o tratamiento. Sus capacidades son:
 - Poseer y actualizar continuamente el conocimiento sobre el estilo de aprendizaje que va mejor a cada uno.
 - Conocimiento sobre el paciente, obtenido mediante la adquisición de una perspectiva suficientemente amplia y variada.

Enseñar maestría clínica

Probablemente se habrá dado cuenta que estas premisas recogen y enfatizan diferentes aspectos resaltados por las diferentes teorías sobre el aprendizaje que en «Teorías sobre cómo aprenden los adultos» hemos repasado. De la misma manera señalan algunas estrategias de enseñanza básica que usted puede incorporar para promover en su alumno el desarrollo del proceso de intuición y metacognición que forman la base de la maestría del clínico. En el cuadro 1-3 exponíamos los principios básicos que, siguiendo las teorías educativas, usted debe tener en cuenta. En realidad lo que a continuación le destacamos son estrategias docentes o aspectos particulares de ellas que resaltan la perspectiva metacognitiva, es decir, aquella que se dirige a promover la vigilancia del alumno

sobre lo que observa y a interpretar su propia conducta, pensamientos y sentimientos y la de los otros. Incluimos:

- Promover la lectura y la escritura reflexiva (módulo 3.8).
- Promover la perspectiva narrativa de la dolencia (tratar de comprender las experiencias de los otros).
- Adoptar estilos docentes interactivos, facilitadores, que favorezcan la reflexión, la autoevaluación y la adquisición de perspectiva (módulos 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4).
- Ofrecer *feedback* (para mejorar la autoevaluación y la actuación) (módulo 4.2).
- Modelar la reflexión y la autoevaluación mediante una conducta apropiada por su parte (servir de modelo) (Unidad 2).

Ya adelantábamos al exponerle las diferentes teorías que en realidad la práctica de la metacognición es sinónimo del **aprendizaje autodirigido**, lo que significa que el alumno: a) asuma un mayor control sobre el proceso educativo, b) adquiera responsabilidad en el cuidado de los pacientes y c) sea capaz de adaptarse a la gran variedad de contextos de aprendizaje que demanda su práctica. Esto le exigirá que adquiera habilidades para:

- Controlar su proceso de aprendizaje: a través de la planificación y la autoevaluación.
- Desarrollar su capacidad para hacerse preguntas (que está ligada al desarrollo efectivo de cada uno de los pasos de la planificación).
- Aprender a monitorizar lo que lee en los textos en relación con los objetivos predefinidos, es decir desarrollar una lectura comprensiva.
- Implementar portafolios docentes.
- Ampliar en los encuentros con pacientes y compañeros las perspectivas experienciales de éstos para poder así compararlas con las suyas y enriquecerlas.

Para una comprensión más práctica del tema lea los casos de los residentes que se exponen en el Ejercicio 1 y responda a las preguntas planteadas.

LA DOCENCIA EN MEDICINA COMO FORMA DE RELACIÓN PROFESIONAL

Al comienzo de este capítulo habíamos racionalizado la importancia del componente relacional en la enseñanza de la medicina. La consideración del aprendizaje de cualquier profesión como algo sobre todo «socialmente construido» que sostienen las teorías del aprendizaje de Vigotsky nos llevaba inevitablemente a esta conclusión. Podemos decir entonces que:

«La docencia es ante todo una forma específica de relación profesional.»

Esta es una de nuestras tres premisas. Lo que vamos a hacer ahora es articularla de una forma práctica para que le sea de alguna utilidad. Así, usted debería ver cualquier misión docente que tenga que afrontar como un proceso en el que prestará especial atención a algunos aspectos «relacionales». Estos aspectos son: establecer una relación productiva con su(s) aprendices, conocer sus necesidades e intereses de aprendizaje, negociar con ellos acerca de cuales tratar y de cómo hacerlo y finalmente conducirlos de manera eficiente en este aprendizaje. En el cuadro 1-4 hemos definido cada uno de los pasos de este modelo que llamamos con el acrónimo CICAA.

Cuadro 1-4

Tareas del modelo CICAA.

- **Conectar** con el/los aprendices quiere decir desarrollar una relación personal-profesional basada en la colaboración que facilite el desarrollo de los objetivos educativos. Tiene que ver con su forma de comportarse y con su capacidad para asumir diferentes roles docentes.
- **Identificar y comprender** las necesidades de aprendizaje. Esta tarea incluye aquellas acciones que usted debe de realizar para establecer una agenda educativa adecuada, es decir, adaptada a las exigencias curriculares, a las necesidades de su/s aprendices y a los recursos y situaciones de las que dispondrá. Tiene que ver con su capacidad para hacer un diagnóstico educacional.
- **Acordar** con el/los residentes/estudiantes los temas a abordar y las acciones a tomar. Esta tarea incluye aquellas acciones que usted debe de realizar para conseguir acuerdos que le lleven a planificar conjuntamente el desarrollo de esa agenda educativa con sus aprendices. Tiene que ver con la capacidad que usted tiene para «personalizar la enseñanza».
- **Ayudar** al residente/estudiante a adquirir los objetivos acordados. Esta tarea se relaciona con el conocimiento y el empleo adecuado de las distintas metodologías docentes en los diferentes escenarios de los que dispongan. Tiene que ver con su capacidad para utilizar los recursos docentes de los que dispone adecuadamente.

Pero de la misma manera que para la adquisición de maestría clínica es preciso pensar sobre los propios pensamientos y sentimientos que genera el proceso experiencial, también usted para desarrollar maestría docente deberá hacer lo propio sobre el desarrollo de

sus experiencias docentes y pensar sobre los sentimientos y pensamientos que su actuación como docente le genera. Esto le convertirá en un docente metacognitivo. Como parte de este proceso se encuentra la valoración del proceso y de la efectividad que sus acciones docentes están teniendo en sus aprendices, lo cual le ayudará a reconducir el proceso mejorándolo continuamente. Esto es evaluar sus acciones educativas. La evaluación del aprendizaje de los alumnos es otra forma de evaluar su efectividad como docente, pero, dado que estos aprenden de muchos docentes y con diferentes fuentes, este tipo de evaluación le debe servir sobre todo al propio alumno. Usted debe utilizarla para modular y reenfocar más adecuadamente su enseñanza con el/los alumno/s en concreto.

Para que recuerde mejor estas importantes acciones le proponíamos el acrónimo **CICAA**. Observe como las acciones que propone este modelo para la enseñanza son muy similares a las que usted pone en práctica con los pacientes. El asunto ahora está en saber cómo articularlas y desarrollarlas de manera eficiente. El esquema de desarrollo que aparece en la figura 1-5 es una forma práctica para integrar estas tareas en su trabajo con un aprendiz.

Con el decálogo de principios al que llegábamos desmenuzando la teoría (Cuadro 1-3) ya tenía usted unas recomendaciones sobre los aspectos que debe

tener en cuenta a la hora de planificar su docencia. Llegados a este punto podemos decir que con esta propuesta práctica además dispone ahora de una especie de guión, de una serie de «tareas» o pasos para ir cumpliendo en su relación (actividad) docente. Lo que en este momento le falta para poder trabajar es precisamente llenar de «contenidos» cada una de estas tareas según los principios definidos en el decálogo. Es decir, en el desarrollo de los contenidos usted tendrá que procurar que éstos, en función de su naturaleza, se adapten a los principios docentes que consideramos importantes y efectivos en la educación de adultos.

LÓGICA Y CONTENIDOS DE ESTE MANUAL (LA GUÍA DOCENTE CICAA)

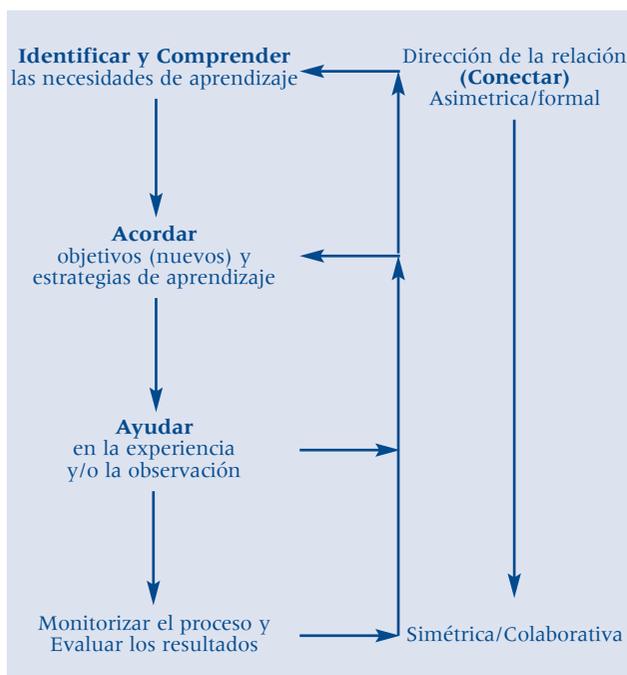
A continuación le vamos a ofrecer una visión general sobre los contenidos que en mayor o menor medida usted puede poner en juego a la hora de realizar su actividad docente. Estos contenidos están ubicados en cada una de las tareas docentes que hemos definido al considerar la docencia en medicina en un contexto relacional. En las diferentes unidades de este manual los describimos con detalle.

- **Conectar** Con el/los aprendices quiere decir desarrollar una relación personal-profesional basada en la colaboración que facilite el desarrollo de los objetivos educativos. Tiene que ver con su forma de comportarse y con su capacidad para asumir diferentes roles docentes.

En el proceso de enseñanza usted tiene que prestar mucha atención a su persona. Concretamente al papel que usted debe jugar en él y, por consiguiente, a su relación con el/los aprendices. Aunque en el aprendizaje de adultos los diferentes estilos de aprendizaje se corresponden con diferentes estilos de enseñanza, en general, los aprendices buscan profesores que sean afables, cercanos, simpáticos, empáticos, entusiastas y divertidos (Cuadro 1-5).

Esto es así porque los diferentes tipos de supervisores clínicos y aun más los tutores, son gestores de un aprendizaje que supone mucho más que enseñar «una forma correcta de hacer las cosas». La literatura sobre este tema define seis roles para estos docentes: gestores de la docencia, consejeros, instructores, observadores, fuentes de *feedback* y evaluadores. Estos roles no pueden considerarse de manera aislada sino que emergen en conjunto durante las labores de docencia. El manejarlos de forma efectiva conlleva el desarrollar un ambiente educativo adecuado para que el proceso de aprendizaje se desarrolle desde una perspectiva de colaboración entre usted y sus aprendices.

Figura 1-5



Cuadro 1-5

Atributos de los docentes eficaces e ineficaces.

Eficaces	Ineficaces
Amable y democrático	Autocrático y distante
Disponibile y comprensivo	Restritivo y aburrido
Original y entretenido	Severo y evasivo
Despierto y confiado	Errático y excitable

Aunque sabemos que cada uno es como es, también debe saber que los docentes se pueden beneficiar de un entrenamiento en este tipo de habilidades que cada uno incorpora en función de su propia personalidad. **La Unidad 2 (¿Como me debería de comportar como docente?)** le ofrecerá principios y estrategias para este desarrollo.

El incremento de la conexión corre paralelo al progreso de la colaboración, es decir, no es algo que tiene lugar sólo al comienzo de la actividad docente (sea la tutorización de un residente durante cuatro años o el desarrollo de un taller sobre técnicas de infiltración) sino que se extiende a través de todo el proceso docente-relacional (véase la Fig. 1-5), de manera que depende mucho de cómo se lleven a cabo las otras etapas del mismo: Identificar y comprender las necesidades; Acordar objetivos; y Ayudar en la experiencia. Por eso muchas de las estrategias que puede usar en estas etapas le serán también de utilidad para construir una relación productiva.

- **Identificar y comprender** las necesidades de aprendizaje. Esta tarea incluye aquellas acciones que usted debe de realizar para establecer una agenda educativa adecuada, es decir, adaptada a las exigencias curriculares, a las necesidades de su/s aprendices y a los recursos y situaciones de los que dispondrá. Tiene que ver con su capacidad para hacer un diagnóstico educacional.

Para desarrollar con éxito esta tarea usted necesitará prestar atención a dos aspectos. En primer lugar debe estar al corriente de los requerimientos que le exige el currículum, sus objetivos. En el caso de los residentes estos requerimientos los puede encontrar en los programas docentes institucionales de cada especialidad; en el caso de los estudiantes los puede consultar en los planes de estudio o en los programas de la asignatura; en el caso de los compañeros que atienden un taller, los hallará en el Programa de Formación Continuada que se describa para ese taller; y así con cualquier otra actividad docente.

La **Unidad 3 (¿Qué debería enseñar?)** le ofrecerá lo que usted puede enseñar teniendo en cuenta los aspectos principales que todo currículum contempla (de cualquier especialidad y de cualquier plan de estudios) y también los aspectos generales de la enseñanza de las diferentes áreas competenciales esenciales en medicina: la clínica, la comunicación, la ética, el razonamiento clínico, la opinión crítica (o la «medicina basada en la evidencia», si usted lo prefiera) y la misma docencia.

Sin embargo, un aspecto importantísimo para saber lo que usted debería enseñar será conocer cuáles son las necesidades de aprendizaje que tienen sus aprendices. De la misma manera que usted no incrementa la dosis de hormona tiroidea sin saber los niveles que tiene el paciente, no debería planificar actividades innecesarias o no deseadas, u omitir otras que usted crea que son innecesarias cuando en realidad no lo son. Para realizar un correcto diagnóstico sobre las necesidades reales que tiene un aprendiz o un grupo de ellos, deberá preguntarles con la finalidad de elaborar un plan de aprendizaje adaptado. Así debería de animar a los aprendices a manifestar sus expectativas respecto a períodos de rotaciones o a la rotación concreta, o al curso que tienen con usted y acordar con ellos las estrategias fundamentales.

- **Acordar.** Por esto, el segundo aspecto que debe de tenerse en cuenta porque nos lleva a desarrollar la segunda tarea del modelo es: «Acordar» con el/los residentes/estudiantes los temas a tratar y las acciones a tomar. Esta tarea incluye aquellas actos que deberán realizar para conseguir acuerdos que le lleven a planificar conjuntamente el desarrollo de esa agenda educativa con sus aprendices. Tiene que ver con la capacidad que se tiene para «personalizar la enseñanza».

Esto es muy parecido a lo que hacemos con nuestros pacientes cuando nos consultan. En el caso de las rotaciones estos planes deben ser revisados periódicamente valorando lo que se ha cumplido y lo que no, así como las nuevas necesidades que puedan haber surgido. En la **Unidad 3 (¿Qué debería enseñar?)**, encontrará también diversas estrategias para valorar estas necesidades dentro del marco de la negociación y con una especial atención a lo que llamamos «sesión de tutorización».

- **Ayudar** al residente/estudiante a adquirir los objetivos acordados. Esta tarea se relaciona con el conocimiento y el empleo adecuado de las distintas metodologías docentes en los diferentes escenarios de los que se disponga. Tiene que ver con su propia capacidad para utilizar los recursos docentes de manera correcta.

Llegados a este punto, hay que ponerse manos a la obra y empezar a trabajar con los aprendices ayudándoles en su proceso de aprendizaje. De la misma forma que un contenido curricular depende del nivel de formación, algunos métodos de enseñanza son más apropiados para diferentes niveles de aprendizaje, e, igualmente, algunos lugares o escenarios lo son para adquirir diferentes tipos de conocimientos, habilidades y actitudes. Por ejemplo, mientras que los principios descritos en el cuadro 1-3 pueden aplicarse en cualquier nivel (y así algunos de ellos se presentan en diferentes Unidades de este manual como «estrategias básicas»), los métodos que le presentamos en la **Unidad 4** son más o menos adecuados para diferentes niveles de aprendizaje. Cuanto más invasivos sean los métodos, es decir, mientras más involucren activamente al aprendiz en el manejo de pacientes, más adecuados serán para los que se encuentran en período de formación especializada o residencia. Sin embargo, como ningún método debe estar restringido a un único nivel, los estudiantes pueden beneficiarse de atender determinadas partes de una consulta. Es sólo que ellos lo utilizarán menos que los aprendices de otros niveles más avanzados. En la **Unidad 4 ¿Cómo puedo enseñar? (I) Estrategias y métodos para la enseñanza**, se discutirá con más detalle la aplicación práctica de cada uno de los métodos descritos en el cuadro 1-6.

La relevancia del debate sobre dónde se debe aprender está en relación con la manera que se considera mejor para adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para formarse como profesionales médicos. En la primera parte de esta Unidad 1 hemos reseñado los argumentos que sustentan el que esta enseñanza se debe realizar predominantemente en el contexto clínico donde se produce la interacción con los pacientes. Pero de la

misma forma que ocurría con los métodos, este escenario debe ser complementado por otros en función de los objetivos docentes a adquirir. Por ejemplo, una charla sobre la fisiopatología de la diabetes puede motivar y ofrecer conocimientos que complementen las habilidades propuestas en un taller sobre estrategias terapéuticas para el manejo de la diabetes y así facilitar la enseñanza integral de las estrategias que el médico utiliza en el tratamiento con pacientes diabéticos. Por otra parte, los escenarios de la práctica real tienen importantes limitaciones. Por ejemplo, el tiempo que un estudiante o residente emplea en una determinada práctica o rotatorio es siempre limitado, por lo que en muchas ocasiones no tiene la oportunidad de ver determinados problemas que son considerados fundamentales para su formación. Para complementar estas lagunas y para hacer la enseñanza más efectiva, el trabajo con pacientes simulados o en un laboratorio de habilidades son magníficos escenarios y estrategias docentes. En la **Unidad 5 ¿Cómo puedo enseñar? (II) Escenarios para la enseñanza** le ofreceremos con más detalle las potencialidades de cada uno de los escenarios descritos en el cuadro 1-7.

Finalmente, este proceso que le hemos propuesto no debería ser entendido como un ciclo de carácter repetitivo sino como estadios de un proceso en progresión que continuamente es mejorado mediante la evaluación continua de sus resultados. Podemos definir la evaluación como una valoración del progreso del aprendiz en la adquisición efectiva de los objetivos educacionales acordados. A la vez, representa una valoración de las estrategias docentes que usted emplea. Existen diferentes clases de evaluaciones y cada una de ellas tiene un propósito diferente. A nosotros la que más nos interesa es la denominada «evaluación formativa» que representa por sí misma una «estrategia de

Cuadro 1-6

Método	Menos avanzado	Más avanzado
Observación simple del Docente	+++	+
Observación simple del Aprendiz	+	++
Consulta compartida	+	+++
Revisión de consulta videograbada	+	+++
Revisión de consulta audiograbada	++	+
Revisión de registros	+	+++
Estudio de casos	++	+++
Proyectos	++	+++
Auditorías	+	+++

Cuadro 1-7

Escenario	Conocimiento	Habilidades	Actitudes
Con pacientes reales	+	++	+++
Con pacientes simulados	+	+++	+
En el laboratorio de habilidades	+	+++	+
En la conferencia	++	+	+
Con grupos pequeños	+	++	++
A distancia	++	++	+

ayuda», porque a través de ella se ofrece al aprendiz un *feedback* que guía su progresión. En la **Unidad 6 (¿Cómo puedo comprobar si lo que enseño es efectivo?)**, le daremos algunas claves para que utilice la

evaluación de manera adecuada y le ofreceremos los aspectos más relevantes que debe tener en cuenta a la hora de plantear o interpretar los resultados de diferentes métodos evaluativos.

EJERCICIOS PRÁCTICOS

Ejercicio 1

Observe como dos residentes afrontan un encuentro con un paciente estandarizado y responda a las preguntas que le planteamos.

A dos residentes que terminaban su primer año de residencia se les pidió que atendieran a una misma paciente estandarizada y se les indicó los mismos síntomas. He aquí las características más desatacadas de cada uno de los encuentros para los que disponían de 12 minutos:

Información sobre la paciente ofrecida a los residentes: Carmen es una mujer de 48 años casada con tres hijos que padece migrañas frecuentes que ha consultado en los últimos meses en repetidas ocasiones: tres veces por episodios compatibles con cistitis de repetición, dismenorreas, cefalea y cansancio. En su historia resalta que está en tratamiento de mantenimiento para su migraña y el apunte de haber sido diagnosticada de depresión en los últimos meses, por lo que sigue un tratamiento inductor del sueño suave y un antidepresivo. En esta ocasión el motivo de consulta vuelve a ser el cansancio, y el dolor de espalda, aunque destaca también que está preocupada por sentir hormigueos en las manos y como una sensación metálica en la boca.

Encuentro de la residente A (Lucía): Antes de entrar, Lucía revisa detenidamente la información que tiene sobre la paciente. Se percató de que

en 12 minutos no puede abarcar todos los problemas que parece puede tener Carmen, por lo que decide que debe priorizarlos. También se da cuenta de que debe atender la queja que a Carmen le preocupa más y que tiene que ganarse su afecto y confianza. Sabe de su sesgo de no «echar muchas cuentas» de los temas psicosociales o de distress psicológico (lo que atribuye al enorme enfoque en medicina de urgencias que les ha sido exigido durante este primer año de residencia), por lo que anota que debe indagar en su situación familiar y laboral y su posible relación con sus visitas frecuentes y el diagnóstico de «depresión» y no simplemente asumir éste sin más. Sabe de la influencia de esto en la hiperfrecuentación, por lo que mentalmente anota como primera opción: ¿distress familiar? Dada su condición de residente de primer año y desconocimiento de la paciente cree que una barrera que tendrá que superar es la desconfianza que los pacientes suelen tener en «estos médicos jóvenes que cambian continuamente», por lo que deberá hacer esfuerzos adicionales por ganarse su confianza mostrando a la vez seguridad.

Una de las quejas de Carmen es el cansancio y el dolor de espalda. Lucía se siente bastante segura sobre su conocimiento y experiencia en esta área, ella recuerda de anteriores rotaciones los diagnósticos

diferenciales en mujeres jóvenes de ambos síntomas guía. Además de la posible depresión decide que indagará sobre posibles déficits hormonales y la historia menstrual. Le preguntará a Carmen sobre otras cosas que le preocupen. Mentalmente anota que los hormigueos en las manos y «el sabor raro en la boca» no lo controla bien, más allá de posibles somatizaciones. Esto deberá de tenerlo en cuenta tras la consulta para repasarlo o preguntar a su tutor.

Lucía invita a la paciente a la consulta y se presenta. Enseguida se da cuenta de que Carmen no parece una mujer depresiva, parece activa y bastante expresiva. Tampoco impresiona de «enferma» o «dolorida». Procede a revisar con ella los motivos por los que ha acudido a la consulta y su forma de expresarse con la idea de que esto también le proporcione claves importantes. Después de acordar discutir el cansancio, Carmen le comenta que lo que le gustaría especialmente que le viera hoy son las «hormiguillas» que desde hace tiempo viene notando en las manos. Lucía retoma su plan inicial y tratará de caracterizarlo lo mejor que pueda, lo que le permitirá darse cuenta de sus auténticas limitaciones en este terreno y poder abordarlas después con su tutor. A la vez que Carmen le comenta su *discomfort* con sus manos, le menciona como ésto le hace aún más difícil llevar no sólo su trabajo fuera de casa sino las labores del hogar y el manejo de los niños, especialmente la pequeña, y las dificultades que tiene para que su marido le eche una mano, Carmen le comenta que «en ocasiones tiene una sensación de impotencia abrumadora», Lucía refleja a Carmen lo que percibe de sus palabras y no le cuesta trabajo compartir con ella ese sentimiento de frustración e impotencia, transmitiéndoselo. Carmen entonces le dice: «si él me ayudase un poco más» y «si se diese cuenta que lo de las manos no son figuraciones mías», Lucía percibe que Carmen está preocupada con la actitud poco colaboradora de su marido y de que es muy

probable que los hormigueos no sean una mera somatización.

Lucía presenta el caso a su tutor, al cual le impresiona el enfoque que ha hecho, lo que incluye sus dudas acerca del diagnóstico de depresión, su llamada de atención sobre la influencia en los síntomas del ciclo vital, personal y familiar con la recomendación de tener una entrevista conjunta con el marido. También destaca la presentación del caso y el diagnóstico diferencial que hace incluyendo en el plan la revisión de la medicación y sus efectos secundarios, y una analítica con función tiroidea y estudio de posible anemia.

Encuentro del residente B (Pablo): Pablo recoge el historial de Carmen y la invita a entrar en la consulta presentándose. Carmen responde a la pregunta de cuál es el motivo o los motivos por los que ha acudido. Tras exponérselos, Pablo inicia sus 12 minutos de consulta tratando de caracterizar la naturaleza de la depresión. Carmen responde a las preguntas que Pablo le hace acerca de la presencia de posibles síntomas, Carmen le comenta «lo agotada que le tiene el trabajo y el bregar con la casa y los niños», Pablo reconoce lo difícil que es esto y procede a interrogarla sobre lo del «mal sabor de boca». Después él aborda lo del dolor de espalda y el cansancio. Controla bastante bien este tipo de problemas por lo que hace una buena caracterización de los mismos. Sus 12 minutos acaban antes de que pueda abordar otras quejas o entrar con detalle en su situación familiar y laboral.

Después de la entrevista Pablo presenta el caso a su tutor y acaba comentándole que no tuvo tiempo «para abordar todas las quejas de la paciente». Se siente seguro de la presentación que hace sobre la posible depresión de Carmen y su relación con algunos de los síntomas que presenta. Su tutor se muestra de acuerdo con sus recomendaciones sobre el próximo seguimiento, probables modificaciones en la dosis de su medicación y análisis a realizar.

-
- ☞ **¿Qué aspectos puestos en juego por cada uno de los residentes le llama la atención desde un punto de vista positivo?**
 - ☞ **¿Cual de los dos residentes cree que ofrece al paciente una atención de más calidad, el «residente metacognitivo» o el «residente cognitivo»?**
 - ☞ **¿Por qué? (ofrezca algunas razones)***

(*) Considere aspectos como: la perspectiva global adquirida sobre la paciente y sus problemas. Comprensión de la perspectiva del paciente. Capacidad para relacionar las partes con el todo. Capacidad para aprender de la experiencia previa. Capacidad para reflexionar, planificar y autorregular (modificar los planes). Capacidad para plantear objetivos realistas, para modificar los planes en función de la nueva información recibida del paciente.

Ejercicio 2

Lea este primer escenario y el planteamiento docente que le proponemos, hemos resaltado entre paréntesis la tarea que realiza el docente y los principios que tiene en cuenta al plantear las acciones o contenidos.

Escenario 1. Usted recibe a residentes de familia en un rotatorio de dos meses por su consulta externa de neurología. Varios residentes le han pedido que les dé una charla sobre las cefaleas y usted cree que efectivamente puede serles de utilidad, de manera que acuerdan mantener una sesión de una hora sobre este tema. Treinta residentes de familia, la mayoría de primer y segundo año, acuden a la sesión. Sus dudas a la hora de plantearla es precisamente cómo hacerla lo más práctica posible en algo menos de una hora.

Una posible solución al escenario 1.

Aunque usted tiene su propia idea sobre lo que mejor les puede venir a estos residentes (lleva mucho tiempo viendo lo que hacen los residentes de familia cuando están en su consulta), previamente a la charla indaga directamente con algunos de ellos para conocer los aspectos en los que están más interesados (**Identificar y comprender las necesidades y acordarlas**) (**Prs 1, 3 y 9**). Ya en la sesión, usted comienza con un par de bromas conectadas con la situación en la que se encuentran (por ejemplo acerca de las cefaleas, –sobre la posibilidad de que algunas de las caras que observa puedan sufrirla– de la neurología, del equipo audiovisual que trata de usar, del tiempo o de cualquier acontecimiento significativo para todos). Usted que conoce bien a alguno de los residentes por haber rotado o estar rotando en su consulta se puede apoyar en ellos a la hora de iniciar esta interacción real con el público (**Conectar**). Antes de empezar solicita que levanten la mano los residentes que han rotado ya por neuro (sólo un tercio lo hace), después les pregunta si alguien ha tenido ocasión de tratar por sí mismo a algún paciente con cefalea (un número similar lo levanta, comentan que generalmente en las urgencias), finalmente pregunta si todos han visto como su tutor trata pacientes con cefalea (**Identificar y comprender las necesidades**). Usted se entretiene un momento para comentarles sobre lo que tiene previsto hablar y en donde quiere hacer más énfasis. Así, resalta lo que no va a tratar aquí e inmediatamente se muestra abierto a la posibilidad de modificar este programa en función de lo que ellos en este mo-

mento le pidan. Para que sepan que no está bromeando, incluso puede proponer que tal vez debería cambiar algo de lo que tenía previsto ofrecer y apostilla: parece que puede ser oportuno... Usted comenta que así lo hará y no mostrará algunas de las diapositivas (**Identificar y comprender las necesidades y acordarlas**) (**Prs 1 y 3**). Ha consumido así unos siete minutos, va a iniciar su charla. Ha preparado una hoja en la que aparecen cinco casos descritos en cuatro líneas. Detrás de cada caso hay un espacio en blanco donde se pueden escribir algunas notas y un par de preguntas cortas que les harán pensar un poco (**Ayudar**) (**Prs 1 y 4**). Les dice que con el compañero que tienen al lado traten en los próximos diez minutos de contestar a las preguntas de cada caso y escribir los comentarios que consideren relevantes (**Ayudar**) (**Prs 3, 5 y 6**). Usted, mientras trabajan, va dando una vuelta por la sala y observando como progresan y discuten, a la vez que trata de responder a las posibles dudas que puedan surgir, les va metiendo prisa y no desaprovecha la ocasión de hacer algún comentario ocurrente. Trata de no dejarse ninguna de las 15 parejas sin atender aunque en algunos casos sólo para sonreírles y preguntarles: ¿todo bien? ¿entendéis? (**Identificar y comprender, Ayudar, Conectar**) (**Prs 5 y 9**). Esto le ha supuesto 13 minutos. A continuación pasa a exponer sus diapositivas. Según se proyectan algunos modelos de cefaleas, solicita saber a mano alzada quienes han señalado este tipo de cefalea en alguno de los casos escritos, requiere si tienen algún comentario adicional. Con el tratamiento hace lo propio. De cara a las repuestas que obtiene, en especial a las discrepancias, aclara los aspectos que considera más relevantes (**Ayudar**) (**Pr 5**). Ha consumido así 30 minutos. Finalmente usted tiene preparado un algoritmo sobre el proceso de cefalea que puede serles de utilidad a la hora de iniciar el rotatorio por la consulta de neuro (**Ayudar**) (**Pr 8**). Mientras alguien lo reparte entre los asistentes usted escribe en la pizarra un par de referencias accesibles (una de ellas es un *free-site*) y les comenta que las considera muy buenas para repasar las cefaleas (**Ayudar**) (**Pr 8**). De forma muy rápida pregunta sobre la

claridad que ahora tienen sobre algunos puntos clave planteados durante la sesión. Igualmente pregunta sobre cuáles dudas son las que les quedan (**Identificar y comprender las necesida-**

des). Usted cierra la sesión de manera amable, les informa donde trabaja, ofrece su colaboración, su ayuda y sus deseos de verles por su consulta pronto (**Conectar**) (**Pr 9**).

A continuación le proponemos una serie de situaciones para que usted plantee su propio enfoque y estrategias docentes resaltando, de la misma forma que en el anterior, tanto las tareas como los principios docentes. Es posible que en este primer estadio (presumimos que sólo ha leído esta Unidad) aún no disponga de un conocimiento exhaustivo sobre las posibles herramientas a aplicar en cada una de las situaciones, no se preocupe, intente hacerlo utilizando las que usted ya conoce, se sorprenderá. En todo caso vuelva a hacer los ejercicios cuando haya leído el libro, seguro que estarán más seguros y, sobre todo, es muy probable que usted haga diferentes planteamientos de cada una de las situaciones. Lo importante es que no se salte ninguna de las tareas y que tenga en cuenta la mayor parte de los principios en sus propuestas de acción.

- ✎ **Escenario 2.** Usted se ha responsabilizado de un taller de dos horas sobre «dar malas noticias» a un grupo de residentes de cuidados intensivos y hematología.
- ✎ **Escenario 3.** El comité deontológico del Colegio de Médicos le ha pedido que introduzca en una charla el tema de la ética para médicos de familia de la provincia.
- ✎ **Escenario 4.** Su jefe de servicio, que es profesor en la Facultad, le ha pedido que desarrolle un tema sobre fisiopatología de la disnea dirigido a los estudiantes de 3º de Patología General.
- ✎ **Escenario 5.** A usted se le ha adscrito durante los próximos seis meses un residente de primer año de medicina interna, el rotatorio por su especialidad es parte del programa formativo de estos residentes.

Ejercicio 3

Sus propias tareas docentes

- ✎ ¿Tiene usted entre manos alguna tarea de carácter docente? O mejor ¿la va a tener en un futuro inmediato? Si es así lo que le proponemos es que con lo que ha aprendido en esta Unidad se atreva a hacer un primer diseño de la misma. Según vaya completando las siguientes Unidades usted podrá ir mejorando esta propuesta inicial, que en este momento deberá quedar abierta a estas probables modificaciones.

LECTURAS ADICIONALES

Novack JD. Conocimiento y Aprendizaje. Madrid: Alianza, 1998.

Se trata de un texto muy ameno y claro para aquellos que deseen profundizar en la teoría de la educación (naturaleza del conocimiento, procesos de asimilación, creación y su uso) si bien desde un punto de vista general.

Luria, Leontiev, Vigotsky. Psicología y pedagogía. Madrid: Akal.

Recoge una serie de artículos de los psicólogos soviéticos, entre ellos Vigotsky, que le permitirá acercarse con más detalle a sus teorías (sobre el aprendizaje social y otras), todas ellas confrontadas directamente con las teorías conductistas americanas. Sólo para «frikis» de la educación.

Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós, 1972.

Si está interesado en conocer las aportaciones del psicólogo Carl Rogers, quizás sea ésta la obra que deba leer. En ella se expone muy claramente su teoría sobre la educación y la estrategia del counseling y del rol del asesor o consejero que debe asumir el educador para ayudar a «crecer y a convertirse en persona».

Neighbour R. The inner apprentice. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher, 1992.

Desarrolla una interesante visión de un modelo para la «relación de tutelaje» en el día a día de la consulta. Se sugiere que tenemos un mecanismo intrínseco para la educación autodirigida si se nos proporciona la información que necesitamos en el momento oportuno.

Ofrece interesantes ideas, técnicas y herramientas educativas.

Schön D. The reflective Practitioner. How professionals think in action. Basic Books, 1983.

Si quiere profundizar sobre los detalles de la teoría de la práctica reflexiva de Donald Schön le recomendamos lo lea. Es ameno e ingenioso, puede ayudarle a conocer mejor su comportamiento como clínico.

Quirk M. Intuition and Metacognition in Medical Education: Keys to developing expertise. New York: Springer, 2006.

Magnífico texto para adquirir una visión general sobre las bases del paradigma educativo que debe preparar al estudiante para un aprendizaje de por vida y que no son otras que los fundamentos de la metacognición y la intuición y las estrategias para su aplicación práctica en la educación médica.

Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC ediciones, 2004.

En este libro expongo la guía CICAA para la relación entre el profesional sanitario y el paciente. Se desarrollan con detalle las habilidades y técnicas comunicativas que conforman cada una de las tareas en el ámbito de la práctica clínica. Presenta numerosos ejemplos y ejercicios prácticos. Su lectura le facilitará la aplicación de la guía CICAA en el ámbito de la docencia que en este libro le presentamos.

McEvoy P. Educating the future GP. The Course Organizing Handbook. Oxford (UK): Radcliffe Medical Press, 2006.

Ofrece todos los entresijos que hay que conocer para la organización y la implementación adecuada de cursos y seminarios desde la perspectiva de la medicina general.

Dent JA, Harden RM. A practical Guide for Medical Teachers. London: Churchill Livingstone, 2001.

Es un magnífico texto dirigido a clínicos y a educadores que les ayuda a comprender y ligar los principales aspectos teóricos sobre educación médica y la forma de llevarlos a la práctica en una gran variedad de escenarios.

Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. BMJ 1999;318:1280-3.

Revisión asequible y bien realizada sobre los modelos de enseñanza centrada en el alumno en medicina.

Parsell G, Bligh J. Recent perspectives on clinical teaching. Medical education. 2001;35:409-14.

Este artículo es el primero de una serie editada en Medical Education dirigida a clínicos que ejercen de educadores médicos ofreciéndoles base teórica y estrategias prácticas.

Kauffman DN. Applying educational theory in practice. BMJ 2003;326:213-6.

También perteneciente a una serie de artículos que sobre educación médica publicó el BMJ. Resume algunas de las teorías que son útiles a la hora de plantear la formación de los médicos y plantea aspectos prácticos donde aplicarlas.

Ruiz Moral R. Un decálogo básico para enseñar relación médico-paciente (y lo que usted desee) en su consulta. Tribuna Docente 2003;4:7-18.

En este artículo se ofrece una situación docente habitual en la clínica desde la que se extrae una serie de principios para orientar al clínico a la hora de plantear la docencia. Representa un trabajo preliminar a lo que ofrecemos más actualizado y exhaustivo en este capítulo.

Oliver R, Sanz M. The Bologna Process and health science education: times are changing. Medical Education 2007;41:309-17.

Una buena información sobre lo que significa y las implicaciones del proceso de Bolonia en la educación médica.

Davis D, Thomson O'Brien M, Freemantle N, Wolf F, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999;282:867-74.

Estudio que apoyan la efectividad de los enfoques basados en la enseñanza de adultos que utilizan metodologías interactivas sobre otros tipos de enfoques más centrados en el profesor y didácticos, especialmente para cambiar conductas y en menor medida modificar resultados de la asistencia.

Ministerio de Educación y ciencia. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico. BOE 2008 (40): 8351-5.

La lectura de esta orden le dará una idea de la revolución que supone el aplicar lo que en ella se dice, de la trascendencia de nuevas materias en el currículum de medicina y de su carácter eminentemente práctico.

<http://tip.psychology.org/index.html>

¿Quiere conocer más sobre teorías educativas? En la página de «Theory Into Practice» puede encontrar descripciones de más de 50 teorías sobre el aprendizaje humano y la enseñanza de manera resumida y destacando lo esencial y más práctico con ejemplos y referencias.

<http://www.med-ed-online.org/>

MEO es una revista de libre acceso dedicada a informar sobre muy variados aspectos relacionados sobre

todo con la enseñanza en la clínica de profesionales médicos y de otras ramas de la salud.

<http://www.educmed.net/sec/revista.php>

Es la publicación oficial de la Sociedad Española de Educación Médica. En ella podrá encontrar interesantes artículos y revisiones sobre todo mucho más contextualizados a nuestro ámbito.

<http://www.aamc.org/meded/start.htm>

Esta página de la Asociación Americana de Colegios Médicos, le dará acceso a importantes iniciativas e información (con detallados e interesantes informes) en

el ámbito de la educación médica y a través de su MedEdPORTAL a materiales docentes.

<http://www.stfm.org/fmhub/fmhub.html>

Es el órgano oficial de la Sociedad Americana de profesores de medicina de Familia donde puede encontrar interesantes trabajos e ideas sobre educación en la práctica clínica.

http://blogs.usask.ca/medical_education/

Un interesante blog sobre educación médica de la universidad canadiense de Saskatchewan. Tiene que manejarse en inglés.