

Gaceta Médica de México

Volumen **140**
Volume

Número **3**
Number

Mayo-Junio **2004**
May-June

Artículo:

IV. La enseñanza de la competencia clínica

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

IV. La enseñanza de la competencia clínica

Alberto Lifshitz*

Aunque la medicina es un universo en el que caben perfectamente distintos enfoques, la visión arquetípica del médico lo identifica como un clínico, es decir, como un profesional que atiende pacientes. La clínica se puede conceptualizar como la parte práctica de la medicina, una integración (horizontal y vertical) del conocimiento médico, como la aplicación del conocimiento médico a la solución de los problemas del paciente, y hasta como la expresión sumaria del saber médico. Puede verse tan sólo como un cuerpo de conocimientos o como la habilidad para atender a los pacientes, la actitud o disposición para ayudarlos auténticamente, y como una competencia o conjunto de competencias.¹

El aprendizaje de la clínica difícilmente puede obedecer a las estrategias utilizadas en otro tipo de aprendizajes pues, en primer lugar, no se logra mediante memorización y lecturas, las actividades tradicionales de aula son relativamente ineficientes, es muy difícil de sistematizar en la medida en que las oportunidades para la práctica obedecen a la satisfacción de demandas de salud y no a una planificación educativa, y posee una fuerte carga afectiva en los alumnos relacionada con la confrontación con la enfermedad y la muerte, que necesariamente influye en el aprendizaje. Hay condiciones que favorecen el aprendizaje clínico y que constituyen sus fortalezas, como el que se enfoca a los problemas del contexto de la práctica profesional, es un modelo de aprendizaje basado en experiencias y en el que se combinan de manera natural las estrategias de aprendizaje individual y grupal.

El aprendizaje de la clínica implica el de las ciencias básicas, la nosología y la propedéutica, pero incluye inevitablemente la experiencia clínica. El estudiante tiene que someterse a las condiciones corrientes de la práctica clínica, vivirla, sufrirla y reflexionar en ella.

Aunque el aula no es el recinto más importante para el aprendizaje de la clínica, tiene funciones claras. Se puede utilizar para realizar reflexiones colectivas sobre las experiencias, para analizar los fundamentos teóricos y ponerse de acuerdo, profesores y alumnos, sobre reglas, ya sea prácticas (puntualidad, uniforme, acceso a los expedientes y otras) o filosóficas (respeto a los pacientes y a los colegas, confidencialidad, autonomía, apertura hacia diferentes puntos de vista). Si se quieren definir algunos fundamentos teóricos como contenidos del aprendizaje de la clínica, se pueden proponer como ejemplo los siguientes: las reglas de la propedéutica, los fundamentos filosóficos, sociológicos, psicológicos y

antropológicos de la relación médico-paciente; las bases doctrinarias de la exploración física, el procesamiento lógico de los datos, la teoría del diagnóstico y los fundamentos de las decisiones terapéuticas.

La enseñanza de la clínica ha atravesado por varias etapas: una etapa artesanal, en la que el aprendiz se convierte en "ayudante" del maestro, trata de imitar su arte, y el aprendizaje se logra de manera poco sistemática y con base en el modelo de un solo maestro. En una segunda etapa, que se puede llamar aforística, se conforma un cierto cuerpo de conocimientos, todavía no sistemático ni organizado, con base en "perlas" de sabiduría, consejos y recomendaciones, frecuentemente expresados como aforismos, algunos famosos, muchos de ellos vigentes, pero no rara vez contradictorios. En seguida viene una etapa de sistematización de la clínica, en la que se conforma como cuerpo de conocimientos y como estrategia; se crea lo que hoy se llama "propedéutica", con sus reglas y secuencias, y aparece la historia clínica. Con el avance en la sistematización de la enseñanza, que ocurre en el ámbito de la pedagogía, se alcanza el estado actual que podría llamarse de modernización de la enseñanza clínica.

Hoy en día se cuestionan algunas estrategias del pasado como la de las prácticas irrespetuosas que se han dado por mucho tiempo, en las que los pacientes son vistos como objetos de estudio y no como personas con todas sus necesidades y expectativas; entre estas prácticas se encuentran, por ejemplo, la de llevar al paciente al aula y hacer ante él todas las consideraciones que interesan a los alumnos, frecuentemente sin contemplar los efectos psicológicos que pueden tener para el enfermo; la discusión abierta de los pronósticos o los diagnósticos ante el paciente; el énfasis en las deficiencias vitales del enfermo; etc.

También se cuestionan la exhaustividad y la sistematicidad a ultranza, entendidas, la primera, como la necesidad de incluir absolutamente todas las observaciones aunque parezcan poco pertinentes (por ejemplo, tacto rectal en un paciente joven que acude por un problema ocular) y la segunda, como la de seguir un orden invariable, sin la flexibilidad que exige cada caso (por ejemplo, iniciar siempre la historia clínica con los antecedentes familiares).

Los programas exitosos de enseñanza de la clínica suelen tener las siguientes características:

1. Se sustentan en el precepto de "aprender haciendo", es decir que durante la formación (y frecuentemente

* Académico numerario.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Director General, Coordinación de Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud.

- desde su inicio) el alumno desarrolla actividades que forman parte del quehacer profesional de los egresados.
2. Motivación por responsabilidad, lo que significa que en la medida en que al alumno se le asignen responsabilidades, obviamente en proporción a su grado de avance en el conocimiento, tendrá las mejores motivaciones para aprender.
 3. Supervisión y asesoría, que constituyen probablemente la parte más importante de la enseñanza. El que el profesor vigile lo que el alumno hace, que le corrija sus defectos, le reafirme en sus aciertos y le retroinforme de sus avances es probablemente la función docente más importante.²
 4. Lograr una vinculación entre la teoría y la práctica. No es raro que, por atender el orden del programa, se desaprovechen las oportunidades de la práctica, que casi nunca se ajustan a tal orden. Por tal razón, es más ventajoso que la teoría se supedite a la práctica y no a la inversa.
 5. El papel de los modelos y ejemplos es insustituible; por ello, la elección de los campos clínicos tiene como principal criterio la calidad de la atención médica, pues sólo en esas circunstancias se puede hacer educación médica de calidad. El alumno tiene que identificar modelos de lo que él mismo quisiera ser en el futuro.
 6. La investigación no sólo incrementa el cuerpo de conocimientos de una determinada disciplina, sino que es en sí misma una estrategia educativa eficiente. Adiestra al alumno en la observación, la crítica, el sano escepticismo, la adopción de un método, y le permite profundizar en un tema concreto de la medicina.
 7. Muy importante resulta que las actividades de aprendizaje se lleven a cabo en un ambiente académico, en el que se discuten los progresos, se acechan los avances, se propicia el cuestionamiento de lo establecido, se respetan los disensos, y se estimulan las preguntas.
 8. Lo más importante parece ser la posibilidad de que el alumno tenga experiencias significativas; habría que decir que no basta la experiencia sino que ésta debe tener significado en la vida del sujeto que aprende. Se ha dicho que el corazón de todos los aprendizajes está en la forma de procesar la experiencia, especialmente en la reflexión crítica de tal experiencia. Son experiencias significativas las que se someten a reflexión y análisis, a discusión y confrontación, a profundización teórica, a cuestionamiento y búsqueda.³ El profesor puede contribuir a darle significado a la experiencia cuando propicia su verbalización, esquematización, explicación, redacción, problematización o discusión.

El papel del paciente siempre ha sido fundamental en la enseñanza de la clínica.⁴ No obstante, en los últimos tiempos se ha dificultado la participación de los enfermos

en la medida en que en algunos países se niegan a ser atendidos por estudiantes o a participar en su aprendizaje. En razón de esto se han intentado alternativas como los pacientes estandarizados y los modelos, maniqués y simuladores. Sin embargo, ha resultado imposible sustituir verdaderamente a los pacientes reales, máxime si se adopta la filosofía educativa de que la escuela, más que una preparación para la vida, es parte de la vida misma. En encuestas aplicadas a grupos de pacientes⁵ queda claro que el problema de la falta de cooperación tiene que ver con defectos en la comunicación y en no aplicar los preceptos del consentimiento informado, dado que la actitud de la mayoría de los pacientes es favorable a propiciar el aprendizaje de los alumnos. En ciertas escuelas y hospitales se han desarrollado áreas específicas para que el alumno adquiera habilidades y destrezas clínicas básicas sin riesgo para los pacientes, en las que se cuenta con modelos, maniqués, simuladores electrónicos, módulos para encuentros con pacientes estandarizados, cámaras de video, micrófonos y otros recursos. Estas áreas se denominan "Laboratorio de habilidades clínicas" (CSL de las siglas en inglés de *Clinical Skills Laboratory*),⁶ y suelen utilizarse también para evaluar el aprendizaje de tales destrezas.

Aunque los límites de la clínica son un tanto difusos, pues se entrelazan con los de la nosología, la patología, la terapéutica y otras materias, algunas habilidades básicas son la relación médico-paciente, la recolección y el análisis de la información, el razonamiento diagnóstico, la decisión terapéutica y algunas habilidades psicomotoras esenciales como insertar catéteres, intubación endotraqueal y otras.

Los desafíos que la enseñanza de la clínica impone hoy en día tienen que ver tanto con nuevos contenidos como con técnicas y métodos pedagógicos. Tiene que reflexionarse en los escenarios educativos, considerando lo que se ha llamado "el ocaso del hospital" y favorecerse el desarrollo académico de las unidades de atención ambulatoria,⁷ desarrollar en los egresados un enfoque crítico ante la tecnología emergente, recuperar las destrezas básicas del médico⁸ y reafirmar el compromiso con los pacientes.

Referencias

1. **Laredo-Sánchez F, Lifshitz A.** Introducción al estudio de la medicina clínica. Un nuevo enfoque. Editorial Prado. México. 2001.
2. **Gordon J.** One to one teaching and feedback. *BMJ* 2003;326:543-5.
3. **Henderson P, Johnson MH.** An innovative approach to developing the reflective skills of medical students. *BioMed Central. Medical Education* 2002;2:4 (<http://www.biomedcentral.com/4723-6920/2/4>)
4. **Spencer J, Blackmore D, Heard S, et al.** Patient oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Medical Education* 2000;34:851-7.
5. **Howe A, Anderson J.** Involving patients in medical education. *BMJ* 2003;327:323-8.
6. NHS. Clinical Skills Laboratory. <http://www.clinicalskills.nhs.uk>
7. **Fields SA, Usatine R, Steiner E.** Teaching medical students in the ambulatory setting. Strategies for success. *JAMA* 2000;283:2362-4.
8. **Marcus FJ.** The lost art of auscultation. *Arch Intern Med* 1999;159:2396.