

Revista Médica del IMSS

Volumen **43**
Volume

Número **5**
Number

Septiembre-Octubre **2005**
September-October

Artículo:




Una estrategia de educación continua
orientada al aprendizaje de la clínica

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Mexicano del Seguro Social

**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***



medigraphic.com

**José Alberto
García-Mangas**

Coordinación
de Educación en Salud,
Centro Médico Nacional
Siglo XXI,
Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:

José Alberto
García-Mangas.
Tel.: 5627 6900,
extensión 21243.

Dirección electrónica:
jose.garciam@imss.gob.mx

Una estrategia de educación continua orientada al aprendizaje de la clínica

RESUMEN

Se propone una estrategia de educación médica continua denominada *visita de profesores*, orientada al aprendizaje de la clínica. Incluye cinco actividades que le dan sustento teórico-práctico: 1. Asesoría en el consultorio para resolver problemas de diagnóstico, tratamiento e interconsulta. 2. Lectura de la literatura médica para ampliar la información del tema en cuestión. 3. Discusión en el aula de casos problematizados para mejorar el razonamiento clínico. 4. Paciente-tutor, un enfermo con el problema en estudio, para profundizar en el interrogatorio y exploración y discutir la conducta ética. 5. Discusión del expediente clínico para valorar sus limitaciones y alcances, y proponer alternativas de mejora.

SUMMARY

A strategy of continuing medical education is proposed, oriented to the learning of the clinic known as professors' visit, which includes five activities that give it a theoretical practice support. 1. Advice at the clinic to solve diagnosis, treatment and interconsultation problems. 2. Reading of medical literature to extend the information of the theme. 3. Discussion at the classroom of problem cases to improve clinical reasoning. 4. Tutor-patient, a patient with the studied problem to deepen in the questioning and exploration, and to discuss the ethical behavior. 5. Discussion of the clinical file to evaluate its extent and limitations, and to propose alternatives for improvement.

Introducción

Tradicionalmente las estrategias de aprendizaje en educación continua se orientan a cumplir dos propósitos: capacitar y actualizar a los médicos. La capacitación se refiere a las estrategias educativas que tienen como propósito habilitar al personal, cualquiera que sea su categoría, para cumplir las disposiciones directivas, organizacionales o administrativas a fin de mejorar el desarrollo institucional. El eje fundamental de la capacitación es la productividad y la estandarización de las acciones; su papel se concentra en seguir reglas. El foco de atención de la capacitación son las normas y procedimientos, entre otros. Los profesores naturales son los directivos que los emiten y deben vigilar su cumplimiento. Por su parte, la actualización debe ser selectiva y encauzarse a personal que culminó previamente un proceso de formación y tiene un perfil profesional, por ejemplo los médicos, enfermeras y técnicos.

Con frecuencia el proceso educativo es pasivo, desvinculado del quehacer cotidiano y en el mejor de los casos propicia la acumulación de la información sin discutir su valor o pertinencia, se desestima la experiencia personal, los educandos no se involucran ni se sienten copartícipes en la superación de los problemas que enfrentan.

Un enfoque educativo distinto al prevaleciente es la visión participativa, en donde la clave del aprendizaje surge a partir del alumno, quien se vincula con las actividades cotidianas, propicia la reflexión de qué y cómo se hace en la práctica clínica (autocrítica), discute, cuestiona e indaga el conocimiento establecido. En la visión participativa se promueve que los alumnos externen propuestas a partir de su propia experiencia, para mejorar lo que se hace, lo cual los involucra en la solución de los problemas que enfrentan, los motiva para indagar las dudas que les surgen y les facilita profundizar en el desarrollo de sus habilidades.

Palabras clave

- ✓ educación médica continua
- ✓ estrategia educativa
- ✓ aprendizaje en medicina
- ✓ entrenamiento clínico

Key words

- ✓ continuing medical education
- ✓ educative strategy
- ✓ learning in medicine
- ✓ clinical training

Desde la perspectiva participativa de la educación del personal de salud habría que replantear las estrategias educativas, pues lo que importa es recuperar la experiencia práctica como ámbito de reflexión, en donde lo relevante sea la experiencia vital del alumno, sus inquietudes, preocupaciones y dilemas que constituyen su situación de conocimiento a partir de las cuales se motiva para aprender.¹ Así, el camino del conocimiento de la clínica enfrenta desafíos que guían la experiencia hacia distintas formas de práctica, enriqueciéndola y superándola. Para lograrlo, es preciso que el docente parta de una concepción distinta de la prevaleciente.²

La fortaleza de la visión participativa está en lograr la autonomía de los alumnos, implica realizar esfuerzos educativos que induzcan al médico a indagar, cuestionar y, en su caso, superar el conocimiento establecido en la práctica clínica. Se dice que las mejores escuelas son las que tienen un proyecto propio, un director que ejerce su liderazgo, un equipo de trabajo que acumula experiencias y tradiciones para resolver problemas y se responsabiliza de sus resultados.³

En el fortalecimiento del aprendizaje autónomo resulta toral la reflexión crítica, para que cada quien pueda responsabilizarse de sí mismo y de las acciones emprendidas, con base en el reconocimiento de que somos falibles, en donde los errores representan oportunidades de mejora. Respecto a la clínica, se propicia el debate y la discusión de casos reales y problematizados como fuente de la diversidad del padecer del enfermo para proponer alternativas más promisorias, por ejemplo, en el diagnóstico y tratamiento. La discusión dirigida de cierta manera frecuentemente conduce a la tolerancia, al gusto y placer por aprender. Se parte del supuesto de que el conocimiento en medicina es un proceso inacabable de experiencias, en donde el ambiente institucional y social puede erigirse como facilitador o sabotear el pensamiento para la acción y de la acción para la transformación.

El ambiente educativo está influido por uno más amplio, la institución y la sociedad en la que prevalecen distintos dilemas: la exacerbación del individualismo más que la integración social, el sometimiento de la ciencia a la tecnología y ambas al dinero, el empleo cosmético del lenguaje ético para mejorar la apariencia más que para orientar la medicina, la calidad en función de la

novedad, lo complicado o costoso en vez de la atención a las necesidades humanas, la gran cantidad de reglas que conducen a no pensar, la preferencia por el consumo de conocimiento más que por la crítica, la subordinación al conocimiento establecido y el someter a otros al propio saber.

Estas condiciones del ambiente han contribuido a la deshumanización de la medicina, a olvidar la clínica, a debilitar los principios éticos y a la alienación cultural. Habría que reconocer que éstas son algunas de las condiciones prevalecientes de la medicina y sus efectos, para que a partir de allí surjan alternativas más promisorias. Sin esfuerzos que mitiguen los efectos del ambiente, resulta casi ocioso intentar modificar la práctica prevaleciente a través de la educación continua. Modificar las condiciones de los ambientes (práctica rutinaria, burocratismo, etcétera) resulta relevante para influir en la práctica clínica; sin la transformación favorable de los ambientes existe el riesgo de que las habilidades clínicas se deterioren.

Si la pretensión es mejorar los ambientes académicos, es preciso romper el círculo vicioso del paternalismo-pasividad-dependencia prevalente en el aprendizaje pasivo de distintos ambientes educativos, así como atenuar el afán de ser reflejo de “soluciones” que vienen de afuera como verdades reveladas. Para lograrlo, se requieren cursos diversos que vayan conformando ambientes en los cuales emerja la reflexión y la indagación para que el aprendizaje de la clínica surja de alternativas más promisorias.

La educación puede influir en los ambientes si la estrategia motiva al educando, es decir, cuando las actividades educativas tienen importancia y valor en su vida, al considerar las expectativas individuales para llevar a cabo la tarea (actividades educativas) y si se logra que las reacciones emocionales hacia la tarea sean favorables.⁴

Una estrategia para el aprendizaje ante la clínica

La visita de profesores tradicionalmente consistía en que el médico visitador otorgaba la consulta a los pacientes complicados o de difícil control. La propuesta aquí pretende que el educando profundice en el desarrollo de sus habilidades clínicas y resuelva satisfactoriamente problemas cotidianos de salud. Esta estrategia supone una concepción

y aplicación distinta de la educación continua pre-
valeciente.

La visita de profesores es una modalidad de educación continua selectiva, orientada a la solución de problemas relevantes y frecuentes de atención a la salud, expresados en la morbilidad, mortalidad o egresos hospitalarios, en donde el alumno (médico) propone los casos difíciles o complicados a revisar; adicionalmente, la estrategia incorpora diversas actividades de aprendizaje para desarrollar habilidades clínicas.

El profesor visitante idealmente debe tener formación docente y ser un clínico de reconocido prestigio, pues, como sucede en la ética, se aprende del arquetipo. El profesor puede ser médico de la misma especialidad o de una distinta cuando pueda contribuir a profundizar en el campo de otra. Las visitas pueden llevarse a cabo entre hospitales de alta especialidad, hospitales generales y unidades de medicina familiar.

Algunas ventajas de la visita de profesores consisten en que ésta se desarrolla en el lugar de trabajo, mejora la comunicación interpersonal de los médicos de distintos niveles de atención, se orienta a problemas de salud cotidianos, sucede durante la atención de los pacientes, es una modalidad que puede implementarse a grandes grupos de población a un menor costo que las estrategias educativas tradicionales.

El diseño de la visita de profesores se orienta a cumplir tres propósitos:

- Que durante el proceso educativo resuelva problemas de salud frecuentes de la práctica clínica cotidiana, que constituyen las necesidades de salud de la población.
- Que se oriente a recuperar la cultura del médico en el desarrollo de habilidades clínicas (interrogatorio, exploración, solución de casos y revisión del expediente clínico), con una perspectiva ética en la relación médico-paciente y médico-médico.
- Disminuir los costos de la educación presencial.

Los objetivos de la estrategia educativa son:

- Propiciar el aprendizaje de la clínica y mejorar la actuación clínica.
- Propiciar la autocritica y la indagación de qué se hace y cómo se hace en la práctica clínica.

- Resolver problemas de diagnóstico, tratamiento e interconsulta que aporten beneficio directo al paciente.
- Fomentar la reflexión en la relación médico-paciente y médico-médico.
- Mejorar el registro en el expediente clínico.
- Promover la interacción entre los niveles de atención.

La estrategia educativa incluye cinco actividades de aprendizaje de la clínica:

- Asesoría en el consultorio (resolver problemas de diagnóstico, tratamiento e interconsulta) en una relación respetuosa y ética médico-médico y médico-paciente. La asesoría da una vinculación teórica-práctica sustentable.
- Lectura crítica de literatura en torno al problema de salud seleccionado (evaluar los alcances de la literatura médica).
- Discusión de casos clínicos problematizados (indagar la mejor alternativa para la solución de casos específicos).
- Discusión con pacientes-tutores (profundizar en el interrogatorio la relación médico-paciente y la conducta ética).
- Discusión del expediente clínico (valorar las limitaciones y alcances del registro de la actividad clínica, ponderando lo apropiado de lo inapropiado).

La asesoría consiste en que el profesor y el médico resuelvan de manera conjunta problemas relacionados con el diagnóstico, tratamiento e interconsulta, con el propósito de que las decisiones clínicas beneficien a los pacientes, den solución individualizada y fomenten el criterio propio del médico en la atención de casos específicos. El educando selecciona los casos problema a revisar. Profesor y alumno propician una comunicación interpersonal respetuosa y deben cuidar una relación médico-paciente ética.⁵ La capacidad de establecer una relación personal entre médico y paciente ha sido ponderada como una de las habilidades fundamentales de los clínicos.⁶

En la estrategia de revisión de la literatura aquí propuesta, aun cuando existen diversas razones para leer revistas clínicas,⁷ el interés está centrado en el desarrollo de la habilidad para la lectura crítica de artículos teóricos o de investigación factual del motivo de la acción educativa;⁸ la elaboración de

**José Alberto
García-Mangas.
Aprendizaje de la clínica**

guías de lectura por parte del profesor para lograr este propósito resulta fundamental. La discusión de los alcances de la literatura en salud conduce al educando a evaluar, cuestionar y, en su momento, superan el conocimiento establecido para ofrecer al paciente la mejor alternativa.

La discusión de casos clínicos problematizados produce un proceso de esclarecimiento en la solución de problemas de salud y de las limitaciones y alcances del propio accionar (autocrítica). Para el desarrollo de esta actividad se requiere un resumen clínico obtenido de la práctica misma, en donde se recupere la estructura de la historia clínica, la semiología y el padecer de un enfermo. A partir del resumen clínico se estructuran preguntas orientadas a reconocer factores de riesgo, indicios clínicos, selección de pruebas diagnósticas, selección de recursos terapéuticos y medidas de seguimiento, preventivas o de interconsulta. Las preguntas se plantean de tal manera que propicien la autoevaluación y la indagación.⁹ El papel del profesor es elaborar los casos y hacer las preguntas clínicas en torno al caso. Al alumno le corresponde indagar lo que desconozca y argumentar sus respuestas para que las decisiones clínicas estén sustentadas en pruebas (evidencias).¹⁰ La actividad propicia indagar, discriminar lo apropiado de la actuación y proponer alternativas de solución.

El paciente-tutor es un paciente "tipo" del problema de salud motivo de la educación, que será interrogado y explorado por un alumno frente al grupo, el cual en su momento propondrá mejoras a la actuación del médico. El profesor selecciona al paciente durante la asesoría, le explica cuál va a ser su colaboración y le solicita su anuencia para participar con los médicos. Esta actividad permite profundizar en el interrogatorio y la exploración física, examinar la relación médico-paciente y la conducta ética del médico. Esta concepción del aprendizaje difiere al uso de pacientes estandarizados en la evaluación.¹¹

La discusión del expediente clínico tiene como propósito valorar las limitaciones y alcances del registro del acontecer del paciente, permite reflexionar y afinar el expediente clínico. Esta estrategia educativa resulta relevante dado que el registro en el expediente es una expresión de las habilidades del médico y puede verse como manifestación de su práctica. El expediente es, además, un instrumento jurídico, la prueba más importante para establecer o descartar responsabilidad profesional.¹² La discu-

sión en torno al expediente clínico tiene como propósito la reflexión y autocrítica que facilite ponderar las limitaciones y alcances de las acciones emprendidas por el médico. El profesor selecciona un expediente y los médicos discuten lo apropiado o no de lo escrito (semiología, diagnóstico, tratamiento, etcétera) y proponen alternativas que tiendan a su mejoría y perfeccionamiento.

Las guías clínicas, las normas técnicas, las revistas electrónicas o en papel, representan un apoyo didáctico para cualquiera de las actividades de la visita de profesores.

El papel del profesor y el alumno

Dado que el motivo de aprendizaje es la medicina y su objeto de estudio es el hombre, resulta fundamental la buena relación interpersonal, por ello se debe abordar aspectos de deontología médica, por ejemplo durante la asesoría en el consultorio, dado que el modelo del médico erudito pero insensible, instruido pero inhumano, técnicamente hábil pero desprovisto de virtudes morales, resulta tan dañino como el ignorante o el torpe.¹³

Debido a que en la visión participativa resulta total la indagación, es imposible que el profesor y el alumno pretendan ser sujetos de búsqueda, ir más allá de lo establecido y probar otras opciones, sin que se asuman como sujetos éticos, considerando que es algo indispensable para la buena convivencia humana.¹⁴

Avanzar hacia la participación implica en principio que profesores y alumnos realicen actividades teórico-prácticas distintas a las tradicionales. En este primer acercamiento se pretende que las actividades a realizar por el profesor y el alumno sean de dos tipos: una individual y otra colectiva.

Profesor

Su papel fundamental consiste en propiciar la participación, y una forma para lograrlo es hacer preguntas para recuperar la experiencia de cómo se viven ciertas situaciones en la práctica. Las preguntas deben inducir a la reflexión, autocrítica e indagación para mejorar la situación prevaleciente; el profesor debe propiciar que los participantes externen su punto de vista depurado por la reflexión, acerca de cómo mejorar lo que se hace.

- *Actividad individual:* selecciona el material didáctico relevante a la experiencia, la bibliografía que será discutida, elabora los casos clínicos problematizados, elige los expedientes, hace preguntas en relación con el material didáctico (casos clínicos, guías de lectura, etcétera), para que el alumno los contraste con su experiencia, los reflexione, los replantee y los amplíe. La selección de casos puede surgir a partir de la incidencia, prevalencia, morbilidad o mortalidad de la población que atiende el médico a quien se dirige el curso.
 - *Actividad colectiva:* coordina la discusión entre los alumnos, en donde se vierte la diversidad de los puntos de vista que enriquecen la visión de los participantes y se avanza en la construcción de una propuesta colectiva. Establece relación de iguales, propicia relaciones personales respetuosas y, en las controversias, emite su opinión.
- Dominio de técnicas para el diagnóstico y el tratamiento.
 - Establecimiento de acciones de seguimiento, medidas preventivas o terapéuticas encaminadas a conservar o recuperar la salud.
 - Propiciamiento de salud positiva, identificación de factores de riesgo y orientación al paciente.
 - Toma de decisiones clínicas al ponderar correctamente beneficios y riesgos.
 - Integración de pronósticos e interconsulta.
 - Apropia relación interpersonal, trato respetuoso y ético.

Estrategia operativa

La asesoría en el consultorio se desarrolla durante las primeras cuatro horas de la jornada, el tiempo se destina fundamentalmente a resolver problemas de diagnóstico, tratamiento e interconsulta de pacientes que por sus problemas de salud fueron previamente elegidos y citados por el médico para su atención con el profesor visitante durante la asesoría.

En tanto que en las últimas dos horas de la jornada se realizará el trabajo en aula. Por ejemplo: lunes, revisión de la literatura; martes y miércoles, discusión de casos clínicos problematizados; jueves, discusión acerca del interrogatorio y exploración que un médico realiza a un paciente (paciente-tutor); viernes, discusión de las limitaciones y alcances de lo escrito en el expediente clínico. Para el trabajo en aula es necesario asegurarse que los alumnos cuenten de manera anticipada con el material didáctico, lo lean y respondan las preguntas para que el material de discusión sea producto de sus argumentos y reflexiones en torno a lo que se hace con los casos clínicos, el expediente o la bibliografía.

Epílogo

Las habilidades del clínico han ido perdiendo terreno, se han empobrecido al no ser ya apreciadas como parte central de la tradición médica para preservar, mantener o recuperar la salud. Si no se reflexiona en lo valioso de la cultura médica, de lo importante de la clínica y se pondera lo que es digno de preservar *versus* lo que debemos desechar, la práctica clínica estará condenada irremisiblemente a la extinción.

Alumno

- *Actividad individual:* revisa el material didáctico como medio de reflexión para contrastarlo con su experiencia, indaga lo pertinente y argumenta por escrito sus respuestas, lo que clarifica sus ideas en torno a cómo es su práctica.
- *Actividad colectiva:* argumenta sus respuestas, discute sus puntos de vista con sus compañeros de grupo, relativiza y enriquece su punto de vista con la de los demás y propone (elabora, confronta, contrasta).

Para orientar el tipo de preguntas del profesor y en el futuro las del educando, en el desarrollo de habilidades clínicas para la solución de casos clínicos se proponen como ejes las siguientes habilidades que conforman la clínica:

- Obtención de un relato cronológico veraz de los datos relevantes del padecer del enfermo.
- Obtención de datos objetivos mediante la exploración completa, metódica y precisa del paciente.
- Selección e interpretación de los procedimientos de laboratorio y gabinete.
- Selección entre varias posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

El desarrollo de habilidades clínicas se origina a partir de la práctica de la medicina, de las situaciones clínicas reales que le permitan al médico cuestionarse a sí mismo sobre qué hace y cómo hace en la atención de pacientes (autocrítica), con lo que el educando cobra conciencia de su proceder.

En la visita de profesores se propone un camino hacia la participación y el aprendizaje autónomo que orienta al alumno a la indagación, al cuestionamiento de la información médica y a la reflexión de la experiencia en la que incorpora la lectura crítica, la discusión de casos, pacientes-tutores o situaciones clínicas problematizadas de problemas de salud frecuentes en la práctica médica. Éste es un primer acercamiento hacia el desarrollo de la aptitud clínica, si aspiramos a que las acciones emprendidas en la educación continua tengan una visión participativa, que se vinculen al desarrollo de aptitudes propias de la elaboración del conocimiento. La formación de los profesores en los Centros de Investigación y Formación Docente del Instituto resulta fundamental para avanzar en una concepción teórica distinta de la educación y una experiencia docente transformada.

La estrategia de visita de profesores desde la perspectiva de participación abre la posibilidad de incidir profundamente para que el médico perfeccione su práctica, pensando siempre en la mejor actuación posible, pero sobre todo en la protección del paciente.

Referencias

1. Viniegra VL. Hacia otra concepción del currículo. México: IMSS; 1999. p. 13-61
2. Viniegra VL. La investigación en educación: papel de la teoría y de la observación. México: IMSS; 1999. p. 35-50.
3. Tedesco JC. Las nuevas orientaciones para las estrategias y políticas de educación, ciencia y tecnología. En: Labastida MCJ, Valentín GN, Villa LL, editores. Educación ciencia y tecnología. Los nuevos desafíos para América Latina. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1993. p. 35-40.
4. Castañeda S. El papel de la motivación en el aprendizaje académico autorregulado. En: Evaluación y fomento del desarrollo intelectual en la enseñanza de ciencias, artes y técnicas. México: Facultad de Psicología, UNAM; 1998. p. 229-261.
5. Hernández GL. La relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. Rev CONAMED 2001; (9):25-29.
6. Lifshitz A, Juárez-Díaz GN. El médico ante los avances de la comunicación. Rev Med IMSS 2000;38(1):3-20.
7. Universidad de McMaster. Cómo leer revistas médicas. Rev Invest Clin 1988;(17):11-17.
8. Viniegra L. La crítica: aptitud olvidada por la educación. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2000. p. 1-26.
9. García MJA, Viniegra VL. Evaluación de aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2003;41(6):487-494.
10. Sánchez MM. Medicina basada en evidencias en México: ¿lujo o necesidad? Anales Médicos 2001;46(2): 97-103.
11. Holmboe ES, Hawkins RE. Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review. Ann Intern Med 1998;129:42-48.
12. Fernández VMH. La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico. México: CONAMED; 1997. p. 9-14.
13. Lifshitz A, García MJA. Aprendizaje de la ética. En: Lifshitz A, editor. Educación médica. Enseñanza y aprendizaje de la clínica. México: Auroch; 1997. p. 124-132.
14. Freire P. Pedagogía de la autonomía. México: Siglo XXI; 1998. p. 15-21. **rm**