

El sociodrama, taller de vídeo y taller Balint desde la perspectiva del médico-docente. Alcances y limitaciones

Angelina García-Vite

Resumen

La relación médico-paciente (RMP) se ha ido transformando a través del tiempo, siendo ahora desconfiada e indiferente, en la cual el médico es un prestador de servicios y el paciente un usuario, priorizando la productividad cuantitativa y dejando de lado lo cualitativo de la relación, de ahí la importancia de estudiar este tema y resaltar el enfoque biopsicosocial de la medicina familiar.

Este artículo explora los alcances y las limitaciones de estrategias didácticas participativas como el sociodrama, taller de vídeo y taller Balint en la enseñanza de la RMP desde la perspectiva del médico-docente. Para ello se aplicó un cuestionario a los médicos-docentes de las sedes académicas de medicina familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Ciudad de México para conocer su perspectiva.

Las estrategias didácticas participativas como el sociodrama, taller de vídeo y taller Balint contribuyen a la formación de los futuros médicos familiares, según los profesores encuestados, en aspectos subjetivos como la empatía y su sensibilización al sentir del paciente; sin embargo, los propios médicos también reconocen ciertas limitaciones, como el tiempo disponible y el material necesario para llevarlas a cabo.

Se sugiere la actualización y capacitación de los médicos-docentes en este sentido para el manejo de dichas estrategias y su mejor aprovechamiento respecto a la RMP.

PALABRAS CLAVE: Estrategias didácticas. Sociodrama. Taller de vídeo. Taller Balint. Relación médico-paciente. Médico-docente.

Médica familiar
Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero
ISSSTE
Ciudad de México, México

Recibido: 01-10-2015
Aceptado: 26-12-2016

Correspondencia:
Angelina García-Vite
E-mail: angevite@hotmail.com

Rev Esp Méd Quir. 2017;22:61-70

Sociodrama, video workshop and balint workshop from the doctor-teacher perspective: scope and limitations

Angelina García-Vite

Abstract

The doctor-patient relationship has been transformed and is now suspicious and indifferent, in which the doctor is a service provider and the patient a user; prioritizing quantitative productivity and ignoring the qualitative relationship, hence the importance of studying this issue and highlighting the bio-psycho-social approach to family medicine.

This article explores the scope and limitations of participatory teaching strategies such as Sociodrama, Workshop Video Workshop Balint and teaching of the doctor-patient relationship from the perspective of medical teaching.

A questionnaire to doctors-teachers of academic offices of Family Medicine was applied in ISSSTE in Mexico City to hear their perspective.

Participatory teaching strategies such as Sociodrama, Workshop Video Workshop Balint contribute to the training of future family doctors, to quote the teachers surveyed, on subjective things like empathy and awareness to feel the patient; however, they recognize the limitations such as time available and the need to carry out material.

Updating and training of physicians-teachers in this regard for the management of such strategies and best utilization compared to the doctor-patient relationship is suggested.

KEY WORDS: Teaching strategies. Sociodrama. Workshop Video Workshop Balint. Doctor-patient relationship. Doctor-teacher.

Médica familiar
Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero
ISSSTE
Ciudad de México, México

Correspondence:
Angelina García-Vite
E-mail: angevite@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo fue analizar tanto los alcances como las limitaciones del empleo de las estrategias didácticas participativas (sociodrama, taller de vídeo y taller Balint) en la enseñanza de la RMP, contenido del área clínica de la especialidad de Medicina Familiar del Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la Universidad Nacional Autónoma

de México (UNAM) en las cuatro sedes académicas del ISSSTE en Ciudad de México, desde la perspectiva del médico-docente.

Para tal efecto, se llevó a cabo un estudio exploratorio y transversal en las clínicas de medicina familiar (CMF) del ISSSTE en Ciudad de México que son sedes académicas de la especialidad de Medicina Familiar: CMF Gustavo A. Madero, CMF Ignacio Chávez, CMF

Marina Nacional y CMF Oriente. Esta investigación se realizó con la colaboración de profesores de las sedes académicas y médicos familiares que desempeñaban uno de los siguientes cargos: jefe de enseñanza, profesor titular y/o profesor adjunto, a cargo de los médicos en formación de la especialidad en el momento de encuestarlos, generación 2015-2016.

Se les aplicó un cuestionario que consta de ocho preguntas cerradas, de jerarquización y algunas con opción abierta, con lo cual se exploraron los conocimientos del médico-docente acerca de las estrategias didácticas participativas del sociodrama, taller de vídeo y taller Balint, el empleo en su quehacer docente y su punto de vista con respecto a los alcances y limitaciones de las mismas.

SURGIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR, UN ENFOQUE DISTINTO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La medicina familiar surgió como respuesta a una necesidad social¹ al expresar la carencia de contacto humano como reacción al mundo tecnológico que lo envuelve. A su vez, coincide con un cambio de paradigma de la ciencia que pasa de un enfoque reduccionista a uno sistémico y de un enfoque biomédico a uno biopsicosocial, dando prioridad a la prevención y promoción, y prestando atención coordinada, continua y equitativa a cualquier persona en el marco de su familia y comunidad².

Por otro lado, la RMP es una modalidad de los múltiples vínculos interpersonales existentes en la esfera humana. Las formas o modelos de RMP derivan del papel del médico frente al paciente y viceversa, estableciendo la participación de cada uno en la relación, donde resulta primordial tener en cuenta las características personales tanto del médico como del paciente, ya que inciden de manera decisiva en la adecuada evolución de este último³.

La personalidad del médico es el catalizador que promueve la recuperación del enfermo a través del establecimiento de su autoridad, sugestión y ayuda emocional sobre él, así como al favorecer la dependencia, transferencia y/o catarsis del paciente en la consulta⁴; incluso puede utilizar su propia personalidad como instrumento terapéutico en unos casos y

como complemento en otros. La RMP influye tanto en el diagnóstico como en el apego al tratamiento y en la evolución de la enfermedad.

En las últimas décadas se ha defendido la mayor autonomía del paciente, concebida como la capacidad de elección y control de éste sobre las decisiones médicas. Este cambio al modelo informativo está influido por la adopción de una terminología de corte financiero en la medicina, que es lo que ocurre cuando los médicos son vistos como «proveedores de salud» y los pacientes como «consumidores», lo cual abona la deshumanización de la medicina.

ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL: EL MÉDICO FAMILIAR EN EL PLAN ÚNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Las especialidades médicas se rigen bajo el Plan Único de Especializaciones Médicas^{5,6}, un plan curricular destinado a conducir acciones educativas médicas consideradas social y culturalmente valiosas, con eficiencia profesional y consecuencia de acciones que establecen diversos compromisos consensuados entre la facultad de Medicina, las instituciones de salud y los consejos mexicanos de especialistas en relación con los procesos educativos de los futuros médicos especialistas.

A diferencia de la licenciatura en Medicina General, en el posgrado de especialidades, entre ellas la de Medicina Familiar, el aprendizaje se vuelve tutorial, con escasas clases tradicionales; la enseñanza se lleva a cabo a través del contacto directo con los pacientes, ya que los esquemas de enseñanza-aprendizaje se sustentan en un sistema nacional de salud. Para esta especialidad, la UNAM, a través del PUEM, contempla la enseñanza de habilidades para las relaciones interpersonales y de comunicación. Por otro lado, respecto a los procedimientos de evaluación, en el PUEM se recomiendan diversas técnicas e instrumentos que pueden emplearse, «de preferencia los siguientes: práctica simulada [], técnicas de observación, microenseñanza [...]»⁶.

El perfil del médico familiar se enuncia de acuerdo a los lineamientos de atención primaria a la salud⁷,

un médico que es la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, que integra las ciencias biológicas, sociales y de conducta, quien se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades, y que lleva a cabo su práctica en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.

En este sentido, el médico familiar busca comprender el contexto de la enfermedad y le atribuye importancia a actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación que pueden ser analizados y manejados por él, lo que permite fortalecer la RMP evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.

EL MÉDICO-DOCENTE, UN MÉDICO EN INTERACCIÓN CON ESTUDIANTES Y SOCIEDAD

En medicina, el proceso docente se organiza y desarrolla a través de la integración docente-atencional-investigativa, definida por la Organización Panamericana de la Salud «como un proceso de interacción entre los docentes, los estudiantes y la sociedad que tiene por objeto principal el de efectuar la enseñanza-aprendizaje en condiciones reales y productivas»⁸. Este proceso tiene un carácter bilateral dado por el profesor que «enseña» y el estudiante que «aprende» en continua interrelación, con la participación de otro componente subjetivo protagónico, el «paciente sano» o «enfermo», que es a la vez objeto y sujeto del proceso salud-enfermedad, lo que le proporciona características propias y específicas al proceso docente-educativo en el área clínica.

La enseñanza de la medicina sigue siendo como antaño: fundamentos teóricos impartidos a modo de cátedra, ya sea por profesores con experiencia o por alumnos preparados en un tema particular, para luego aplicarlos en la práctica con pacientes en la consulta externa, hospital o pacientes simulados en un centro de capacitación.

El médico-docente tiene características semejantes a las del médico como profesional exclusivo de la medicina⁹. Éste idealmente debe tener plena experiencia en su disciplina, estar inmerso en su materia y al día en sus conocimientos. Al mismo tiempo debe usar

recursos pedagógicos, para lo que necesita manejar estrategias y técnicas didácticas, saber identificar estilos de aprendizaje, conocer metodologías innovadoras y propuestas actuales de evaluación, entre otras competencias específicas.

En este sentido, el médico-docente tiene la función de conductor-guía del proceso en sí; además de planificar y dirigir la actividad del estudiante, también la controla de manera sistemática y evalúa los resultados.

PARTICIPACIÓN E INTERACCIÓN, CLAVE DE LA ENSEÑANZA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Una estrategia didáctica es un plan para lograr los objetivos de aprendizaje, e implica métodos, medios y técnicas (o procedimientos) a través de los cuales se asegura que el alumno logre sus objetivos¹⁰, aprendizajes significativos¹¹, lo que se quiere que los alumnos comprendan, por qué y para qué¹².

Una estrategia que promueva la participación activa del estudiante en la lección tenderá a minimizar la lección magistral en la que el alumno es relativamente pasivo. El estudiante de medicina familiar (residente) es un licenciado en Medicina General en el que se fomenta el perfil del médico familiar a través de la práctica diaria, de clases teóricas, trabajos, ensayos y otros elementos que al final asegurarán el conocimiento y la actitud que se espera en dichos alumnos.

En la práctica de la medicina, el papel del paciente siempre ha sido fundamental en la enseñanza de la clínica, pues sólo a través de otorgar consulta médica el alumno puede ver y percibir al paciente. No obstante, a algunos pacientes no les gusta ser atendidos por «estudiantes» y se niegan a participar en su aprendizaje. En razón de esto, se han intentado algunas alternativas como los pacientes estandarizados y los modelos, maniqués y simuladores; sin embargo, ha resultado imposible sustituir a los pacientes reales.

La enseñanza-aprendizaje de la RMP es un proceso interactivo; no hay respuestas estandarizadas. La réplica del médico dependerá de la actitud del paciente y viceversa.

Debido a esto, las estrategias que facilitan la enseñanza de la RMP en los alumnos, en su desempeño como clínicos, son aquéllas en las que se promueve la concepción del aprendizaje como un proceso activo, de construcción y reconstrucción del conocimiento por los propios alumnos, mediante la solución colectiva de tareas, y el intercambio y confrontación de ideas, opiniones y experiencias entre estudiantes y profesores¹³.

Dentro de este tipo de estrategias se encuentran el sociodrama, el taller de vídeo y el taller Balint, que además son las tres estrategias que se conocen y practican en las sedes académicas del ISSSTE de medicina familiar.

JUEGO DE ROLES: REPRESENTACIÓN DEL ACTO MÉDICO

Sociodrama o «práctica simulada» es una representación en la que un grupo trabaja simulando situaciones de la vida real. Algunos pueden actuar como personas con ciertos problemas de salud (pacientes) y otros como médicos u otro personal de salud, y posteriormente alternar dichos roles. Los participantes representan situaciones hipotéticas en las que tienen que resolver problemas parecidos a los que se encontrarán en su práctica profesional.

Para estas prácticas no hay necesidad de ningún guion. No hay que memorizar nada. Cada participante improvisa como si fuera alguien diferente y trata de comportarse y hablar de la forma en la que la persona representada lo haría en esa determinada situación.

La red de relaciones entre las personas, en general, se mantiene gracias a una energía que adquiere diferentes expresiones: atracción, rechazo o indiferencia¹⁴, actitudes determinantes en la relación que un médico tiene con su paciente, ya que de ellas dependerá la evolución y término de la misma. De esta manera, el sociodrama proporciona los elementos adecuados para simular situaciones de interacción personal en una consulta médica, la RMP, las actitudes del médico, su lenguaje e incluso su expresión corporal, pone en evidencia la forma de actuar de los alumnos ante los pacientes y las diferentes reacciones ante situaciones condicionadas por la enfermedad que porta el «paciente simulado».

El sociodrama es la estrategia de enseñanza que brinda mayor oportunidad de guiar a los alumnos en su relación médica con el paciente. Los profesores y los compañeros pueden hacer comentarios constructivos acerca del lenguaje no verbal y verbal que se presentó en cada situación. En ella el alumno mantiene un rol activo y establece habilidades de comunicación interpersonal y actitudes ante el paciente y sus familiares.

Se plantea un problema médico específico, se observa a aquél que representa al médico, cómo aplica sus conocimientos en la práctica y cómo lo lleva a una RMP específica que tendrá resultados positivos o negativos en la salud del enfermo.

Así es como el sociodrama, como estrategia de enseñanza-aprendizaje, da la oportunidad al alumnado de explorar estas actitudes y respuestas humanas con pacientes simulados y no en la práctica real, donde su respuesta y lenguaje no verbal tienen una implicación en la salud del otro. Es una estrategia de enseñanza con la virtud de ser vivencial e interactiva, favorece la educación participante, el análisis y la reflexión de los alumnos.

TALLER DE VÍDEO: UN ESPEJO DE LA ACTUACIÓN EN LA CONSULTA MÉDICA

El Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM creó diversas estrategias formativas tendientes a lograr los objetivos señalados en la asignatura de Trabajo de Atención Médica, entre las que destaca la herramienta denominada taller de autoimagen (TAI), donde se hacen videograbaciones de consultas médicas efectuadas por el alumno en un consultorio. Esto posteriormente permite al profesor y a los pares del médico analizar su desempeño clínico con el propósito de reforzar y corregir sus habilidades durante la consulta¹⁵.

Las videograbaciones de consultas médicas, con el consentimiento de los pacientes, facilitan al propio alumno la observación directa de su actuación frente a ellos. Es la propia autoevaluación del alumno la que promoverá otras habilidades cognitivas como el autoconocimiento y la reflexión personal¹⁶. Mediante la videograbación pueden observarse a posteriori desde aspectos materiales que influyen en la RMP hasta

otros de la comunicación del binomio médico-paciente, o en ocasiones de la tríada médico, paciente y familia. También admite evaluar otros componentes de la competencia profesional como los conocimientos y las actitudes del alumno, como el compromiso, la solidaridad y el respeto, o su ausencia ante el problema de salud del paciente.

En el trabajo realizado por Fernández, Hernández y Urbina¹⁵, el grupo de expertos consideró que era fundamental tener un vídeo de cada alumno por trimestre que lograra reflejar los avances en el desarrollo de la consulta de medicina familiar, programando su análisis en el aula en una sesión específica de TAI. Durante el ejercicio, se procede a realizar el análisis del vídeo en tres etapas: autoevaluación, evaluación de pares y metaevaluación (que incluye al profesor).

UN MÉDICO SENSIBLE QUE ESCUCHA Y ENTIENDE AL PACIENTE

Para M. Balint, psicoanalista húngaro que inspiró los grupos Balint, denominados así en su honor, hacer un diagnóstico no es un mero ejercicio intelectual, sino un encuentro entre dos personas, con las consiguientes connotaciones emocionales para ambas partes. Para él, el médico debe tener en cuenta no sólo las emociones del paciente, sino también las que éste despierta en él, valorándolas como un elemento útil para el diagnóstico en su actuación profesional.

Balint y Enid¹⁷ desarrollaron una teoría en la que se propone que los médicos adquieran habilidades de comunicación; esto es, preparar a los médicos no sólo para curar los males orgánicos de los pacientes, sino también para escuchar y entender a sus enfermos. En su libro *El médico, el enfermo y la enfermedad*¹⁷ afirman que es necesario que el médico se recete a sí mismo. El «medicamento-médico» es el remedio principal de la práctica facultativa, para lo cual es necesario que el médico se conozca a sí mismo y explore sus características de personalidad y sus mecanismos de defensa inconscientes, que inevitablemente se ponen en juego al tener contacto con la enfermedad y la muerte.

Así pues, los grupos Balint son concebidos como grupos pequeños, de entre 6 y 12 médicos, para

analizar las emociones que surgen en el clínico en su quehacer con el paciente. Lo conduce un coordinador, psicoanalista experimentado, cuya función es crear un clima grupal que acoja y contenga, promoviendo la confianza para la autoexploración, e invita a los participantes a hablar de las dificultades que encuentran en la relación con sus pacientes, con las familias de éstos y con los demás profesionales con los que comparten el caso. La frecuencia de las reuniones debe permitir cierta continuidad, siendo éstas semanales o quincenales. Es tarea y responsabilidad de cada participante elaborar la presentación de los casos clínicos a presentar, de los cuales puede tomar conciencia de forma más profunda y personal.

La aportación más importante de los grupos Balint suele ser un aumento de la sensibilidad de los médicos hacia lo que necesitan los pacientes y familiares, tanto a nivel consciente como inconsciente, y un cambio sustancial en su actividad profesional¹⁸.

Estas tres estrategias que reparan en la RMP son consideradas en las unidades médicas del ISSSTE que son sedes académicas de la residencia (especialidad) de Medicina Familiar en Ciudad de México, motivo por el cual se llevó a cabo la presente investigación en ellas. La autora del presente trabajo cursó su especialidad en la CMF Gustavo A. Madero del 1 de marzo del 2005 al 29 de febrero del 2008, y es donde actualmente labora como médica familiar, lo que le brinda cierto acercamiento a algunos de los profesores sujetos al estudio.

ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN

Las unidades son: CMF Gustavo A. Madero, CMF Ignacio Chávez, CMF Marina Nacional y CMF Oriente. Se encuestó a los médicos que se encontraban desempeñando alguno de los siguientes cargos: jefe de Enseñanza, profesor titular y profesor adjunto de la residencia en Medicina Familiar, en el momento de la aplicación del cuestionario (agosto del 2015), correspondiente a la generación 2015-2016, de la especialidad antes mencionada.

En las CMF se encontraron algunas diferencias respecto a los profesores debido a cambios en los puestos asignados: en la CMF Marina Nacional el jefe de Enseñanza es el mismo que funge como profesor

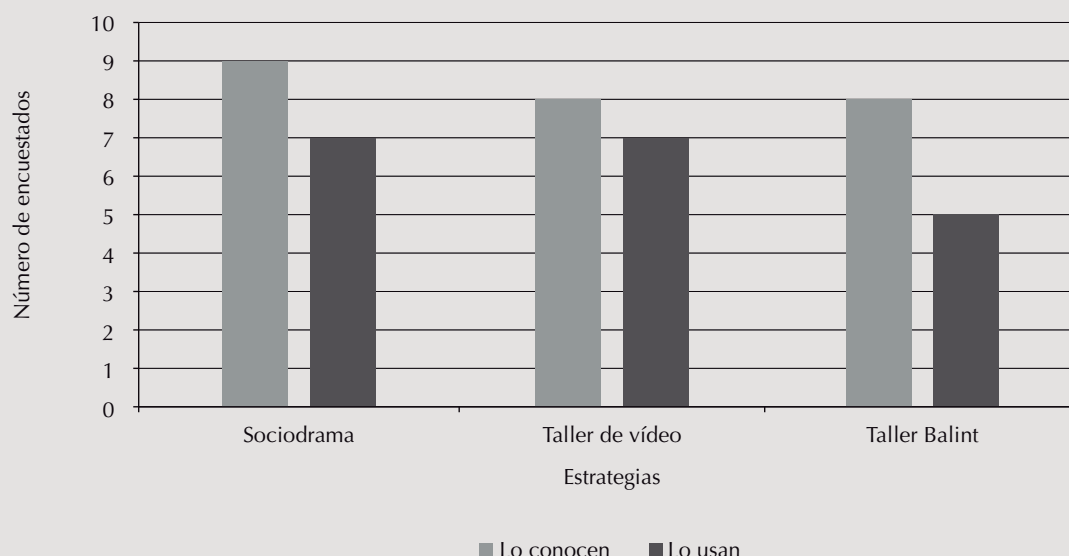


Figura 1. Uso y conocimiento de las estrategias. Establece cuántos de los médicos docentes encuestados conocen y/o usan cada una de las estrategias estudiadas. (fuente: elaboración propia).

titular de la residencia y en la CMF Oriente el jefe de Enseñanza desempeña los tres cargos, ya que no habían sido asignados profesor titular ni adjunto en esa sede. Finalmente, fueron nueve profesores los encuestados.

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Como consecuencia de la aplicación del cuestionario, se detectó que todos los profesores conocían el sociodrama, sólo uno de ellos no conocía el taller de vídeo y otro no conocía el taller Balint. En cuanto al uso de las estrategias, la mayoría usaban el sociodrama y el taller de vídeo, y sólo cinco de ellos habían usado el taller Balint (**Fig. 1**).

A pesar de los que refirieron no conocer alguna estrategia o no usarla, todos los profesores

manifestaron su disposición a utilizarlas en su quehacer docente.

Todos los profesores estuvieron de acuerdo en que estas estrategias permiten la participación activa de los alumnos y que los acercan a la realidad del acto médico; siete de ellos aceptaron admitir los comentarios de pares. Haciendo referencia a otras ventajas, dos profesores mencionaron que contribuyen a optimizar la RMP y otros dos expresaron que éstas facilitan la detección de aciertos y errores. En un caso, el profesor mencionó que ayudan a que los alumnos sean mejores médicos.

La mayoría de los profesores no encontraron desventajas en las estrategias, sino que describieron que son más las ventajas que brindan. Dos de los docentes aludieron que llevar a cabo estas estrategias consume tiempo de otros tópicos y otros tres profesores describieron que la evaluación es subjetiva, aunque uno de

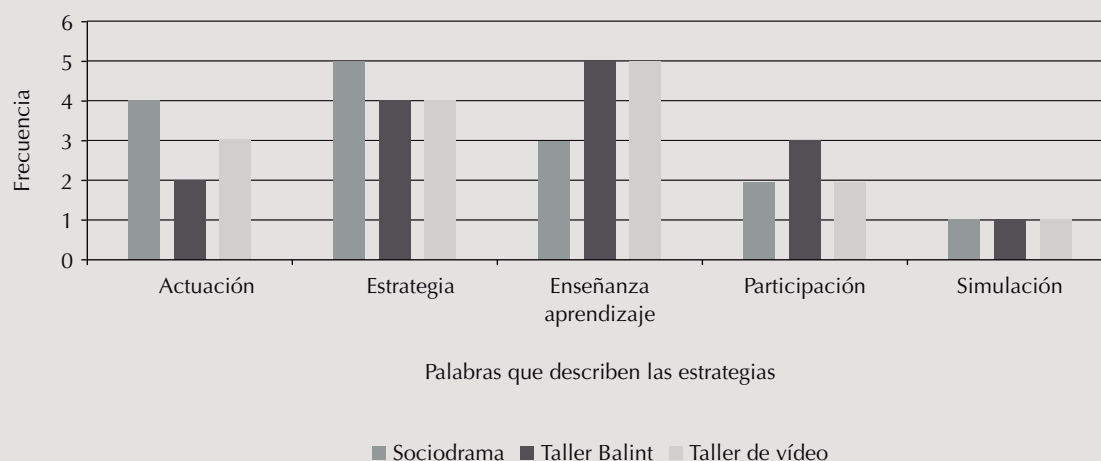


Figura 2. Relación palabras-estrategias. Establece la frecuencia con que los médicos docentes encuestados relacionaron cada estrategia a algunas palabras que las pueden describir (fuente: elaboración propia).

ellos sugirió una cédula de evaluación similar a una lista de cotejo para minimizar dicha subjetividad.

Por otro lado, subrayaron que los alumnos de primer año de la especialidad no actúan de manera natural, como «deberían», y que si se realizara en la consulta de rutina, esto sí consumiría más tiempo del destinado a la docencia.

En el apartado en que se solicitó a los profesores relacionar las estrategias con conceptos que las describen, relacionaron más el sociodrama con la palabra *estrategia* y los talleres de vídeo y Balint con *enseñanza-aprendizaje* (**Fig. 2**). En todos los casos, el que menos relacionaron a las estrategias fue el de *simulación*.

Los profesores opinan que el sociodrama permite al alumno una aproximación al sentir del paciente que logra cierto aprendizaje significativo, y ayuda al médico a ponerse en el lugar del paciente y a conseguir mayor empatía con él y la enfermedad. El alumno vive la experiencia desde ambos puntos de vista: paciente

y médico. Sólo en un caso el profesor consideró la falta de tiempo para la introducción de este tipo de actividad.

El taller de vídeo les parece útil, ya que permite al alumno identificar su labor durante la consulta y la RMP, así como a aceptar los comentarios de sus compañeros. Se pueden valorar y evaluar varias situaciones, por ejemplo: comunicación con el paciente y equipo de salud, modelo de atención médica, entre otras. El alumno experimenta al verse, al escucharse, aprende de la comunicación (axiomas, enfermedad), de sus errores/aciertos, detecta el padecer y mejora los diagnósticos y tratamientos que propone. Hace susceptibles a los alumnos a corregir o modificar conductas y/o vicios del médico con su paciente. Refieren que mejora la calidad de la consulta en medicina familiar. Es una retroalimentación.

Respecto al taller Balint, los profesores están de acuerdo en que ayuda al alumno a integrar y expresar el aspecto clínico y emocional del paciente con la intervención de otros alumnos, que explica y promueve

estrategias del diagnóstico y el tratamiento, y que mejora la RMP. Es dirigido por un profesor exclusivo para ello, los alumnos exponen las dificultades a las que se enfrentan con los pacientes y se plantean los modos de resolver conflictos.

En general, los profesores reflexionan que estas estrategias son muy útiles, aunque consideran que el taller de vídeo es el que proporciona mayor sensibilización al alumno y al profesor; además, enfatizan su utilidad al permitir que el alumno identifique en sus grabaciones, en su actuar durante una consulta médica, la RMP que establece, la comunicación con el enfermo, su familia y el equipo de salud, así como hacerlo susceptible a recibir comentarios de sus compañeros y profesores, estableciéndose la oportunidad de corregir o modificar sus conductas.

Según los docentes, las tres estrategias pueden evaluar el tipo de RMP con la cual se trabaja en la consulta médica, la comunicación, la cercanía-distancia y la empatía. Para ellos, estas estrategias mejoran la RMP, observando cada uno de sus pasos por el grupo de médicos y corrigiendo su experiencia en el trato y tratamiento a los pacientes. Es decir, que optimizan las acciones.

El manejo audiovisual y la actividad de los participantes facilitan asimilar más los conocimientos, conforman una mejoría en el universo de la enseñanza médica. Son aplicables en el proceso enseñanza-aprendizaje, sobre todo en aspectos subjetivos.

El profesor M.A.H.H., entrevistado el 26 de agosto del 2015 en la CMF Ignacio Chávez del ISSSTE, describe: «Desde hace aproximadamente ocho años que aprendí de la comunicación he tratado que los residentes, alumnos de pregrado y compañeros médicos aprendan de la comunicación y lo apliquen en su vida diaria y en su trabajo».

CONCLUSIONES

Las estrategias didácticas participativas como el sociodrama, taller de vídeo y taller Balint, como su nombre indica, contribuyen a la participación activa de los alumnos involucrados, los acerca a la realidad del acto médico a través de la aproximación al sentir del paciente, al poder ponerse en el lugar del otro,

favoreciendo una mayor empatía con el paciente y comprensión de la enfermedad para así lograr un aprendizaje significativo. Retoman los aspectos subjetivos de la RMP y los exaltan como áreas de oportunidad con las que pueden trabajar los profesores y los alumnos.

Estas estrategias resaltan la retroalimentación en la enseñanza de la RMP, representan la oportunidad de escuchar al alumno, de verlo en su actuar y de evaluarlo, no sólo para lograr una calificación, sino para brindarle los comentarios y las sugerencias pertinentes al caso para su aprovechamiento y su corrección.

Respecto a las limitaciones de las estrategias exploradas, algunos de los médicos encuestados refirieron que consumen tiempo de otros tópicos, que dificultan el manejo del grupo, que en ocasiones los alumnos no actuarían de manera natural y que su evaluación es subjetiva. Por otro lado, indicaron que llevarlas a cabo en la consulta médica real diaria les retrasaría en el tiempo de atención y subrayaron la falta de material para llevarlas a cabo, como una cámara de vídeo, por ejemplo.

Las estrategias participativas objeto de este estudio cumplen con diferentes objetivos, se acercan a diferentes áreas de la RMP, por lo que se pueden utilizar de manera independiente o paralelas para cubrir todos los aspectos en la enseñanza de la misma; y no sólo estas estrategias, sino también aquellas bien conocidas por los médicos-docentes que les den buenos resultados o aquellas que consideren pertinentes con sus alumnos en un momento establecido.

Como todas las estrategias, tienen limitaciones; sin embargo, empleadas dentro de una estrategia global planificada pueden llegar a conseguir excelentes resultados.

Es importante recalcar el hecho de que los profesores, en su mayoría, las conocen y las usan, pero sobre todo su disposición para integrarlas a su quehacer docente, por lo que implementar cursos de actualización y capacitación docente en este sentido sería fructífero en futuras generaciones, en la preparación de los médicos familiares y, a largo plazo, en la relación con sus pacientes y la atención de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ceitlin J, Gómez G. Elementos esenciales, fundamentos y principios de la medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM y C; 1997. p. 1-24.
2. Rubinstein A, Godue C, Yen E. I Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar. Venezuela: Documentos Técnicos; 2003.
3. Gabbard G. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Buenos Aires: Panamericana; 2002.
4. De la Fuente R. Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.
5. Cruz A. Plan Único de Especialidades Médicas. Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado. 2015. Disponible en: <http://www.fmposgrado.unam.mx/ofertaAcademica/esp/esp.html>
6. Plan Único de Especializaciones Médicas. Medicina familiar. México: UNAM; 2009.
7. Narro Robles J. Medicina familiar. En: Soberón KL. La salud en México, testimonios 1988. Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. México: Fondo de Cultura Económica; 1989. p. 239-52.
8. Arteaga JJ, Chávez E. Integración docente-asistencial investigativa. Revista Cubana de Educación Médica. 2000;184-95.
9. Cortés E. El médico como profesor universitario: percepción de un grupo de académicos del Departamento de Medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2009;20:319-30.
10. Salinas J. Criterios generales para la utilización e integración curricular de los medios. En: Cabero J. Tecnología educativa. Madrid: Síntesis; 1999. p. 107-30.
11. Barriga F. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México: McGraw Hill; 2001.
12. Anijovich R, Mora S. Estrategias de enseñanza. Otra mirada del quehacer en el aula. Buenos Aires: Aique; 2009.
13. Casal I, Granda M. Una estrategia didáctica para la aplicación de los métodos participativos. Tiempo de Educar. 2003;4(7):171-202. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31100707>
14. Zuretti M. Psicodrama en la universidad. Argentina, Chubut: Publicaciones; 2010.
15. Fernández M, Hernández T, Urbina R, Hernández V. Análisis de la videograbación como estrategia educativa en la especialidad de medicina familiar en México. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012;28(4):668-81.
16. Ruiz R. La comunicación clínica. En: Ruiz R. Educación médica. Manual práctico para clínicos. Madrid: Panamericana; 2009. p. 63-8.
17. Balint M, Balint E. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México: Siglo XXI Editores; 1970.
18. Daurella N. Algunas aportaciones del psicoanálisis a la concepción teórica y a la práctica de la medicina. Rev Psicoterapia. 2005;62:53-68.