

Taller para pediatras docentes. Enseñando a aprender

MD. Gutiérrez Sigler^a, MÁ. Fernández-Cuesta Valcarce^b

^aCS Pintor Stolz.Valencia.

^bCS Juan de la Cierva. Servicio Madrileño de Salud (Área 10). Getafe. Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 2:S91-100

M.^a Dolores Gutiérrez Sigler, gutierrez_dol@gva.es

Resumen

El enfoque de la tutorización como una mera transmisión de conocimientos resulta inadecuado. El residente es un adulto capaz de aprender por sí mismo y la labor más importante del tutor consistirá en estimularle, orientarle y fomentar su capacidad de autoaprendizaje, dotándole de herramientas para detectar sus necesidades formativas y de recursos que le permitan adquirir las competencias y los conocimientos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos. En definitiva, se trata de enseñarle a aprender como base de una formación continuada que deberá mantener a lo largo de toda su carrera profesional. Además, el tutor debería erigirse en modelo profesional y apoyo moral para el residente. Para todo ello serían convenientes una cierta formación en metodología docente y en técnicas de feedback, así como el conocimiento de herramientas específicas de detección de necesidades formativas, por otro lado igualmente aplicables a la práctica diaria del tutor. Los métodos de enseñanza son diversos e incluyen el autoaprendizaje, el aprendizaje de campo, el aprendizaje basado en problemas, la lección magistral, los talleres, los trabajos de grupo, etc. Aspectos importantes a nivel práctico son: acordar y planificar para la rotación unos contenidos que, respetando unos conocimientos básicos, se adapten a las necesidades de cada residente; mantener con él una comunicación empática y feedback constructivo; orientarle desde el primer momento en los aspectos básicos de la consulta; proporcionarle una asunción progresiva de responsabilidades y buscar tiempo para la docencia.

Palabras claves: Aprendizaje, Evaluación de necesidades, Educación médica.

Abstract

The approach of the tutoring as a mere transmission of knowledge is inadequate. The resident is an adult able to learn by him/herself and the most important work of the tutor will consist of stimulating him, guiding him and fomenting his capacity of self-learning, equipping him with tools to assess his learning needs and with resources that allow him to acquire the necessary competencies and knowledge to reach the established objectives. Actually, it consists of teaching him to learn the base of a continued formation that will have to maintain throughout all his professional activity. In addition, the tutor would have to be a professional model and a moral support for the resident. For all, it would be advisable a certain formation in educational methodology and techniques of "feedback", as well as the knowledge of learning needs assessment tools, equally applicable to the daily practice of the tutor. The learning methods

are diverse and include the self-learning, practice learning, problem based learning, lessons, seminars, group works, etc. Important aspects at practical level are: to decide and to plan for the rotation contents that, respecting basic knowledge, adapt to the necessities of each resident; to maintain with him constructive and empathic communication and "feedback"; to drive him from the first moment in the basic aspects of the daily work; to provide him a progressive assumption of responsibilities and to look for time for teaching.

Key words: Learning, Needs assessment, Medical education.

La función del tutor

El aprendizaje de los especialistas sanitarios se produce fundamentalmente mediante la práctica supervisada junto a un tutor "experto" con asunción progresiva de responsabilidades. El residente va adquiriendo destrezas mediante su trabajo, con una autonomía creciente junto a un tutor que, entre otras cosas, deberá promocionar una búsqueda activa de información de calidad y pertinente para la toma de decisiones clínicas con disminución de la incertidumbre. La función del tutor es, sobre todo, facilitar la adquisición de conocimientos, más que proveerlos directamente. Hay que reconocer la capacidad de autoaprendizaje del residente y darle una formación específica para detectar sus necesidades, planificar su aprendizaje y disponer de los recursos adecuados.

Cada tutor tiene su propio estilo, pero todos deben ser capaces de: comunicar (empatía); estimular (incentivar, impulsar, ilusionar); transmitir información oportunamente; explorar las expectati-

vas y actitudes del residente y favorecer el diálogo, siendo en todo momento un modelo positivo, sin olvidar la vertiente psicosocial del tutor como interlocutor, mediador de conflictos y apoyo en las situaciones de estrés, fatiga y dificultades del residente.

Contenido de la rotación.

Herramientas de detección de necesidades formativas

El programa oficial de la especialidad de pediatría incluye para la rotación por Atención Primaria una guía orientativa de conocimientos para la realización de un plan formativo, que se limita a una enumeración de contenidos. En el programa oficial de medicina de familia los contenidos se definen como objetivos comportamentales; es decir, en términos de qué cosas debe ser capaz de conocer o realizar el residente una vez terminada su rotación. Ambos son enfoques del currículum centrados en los objetivos, pero existe otro enfoque que, centrándose en el proceso de aprendizaje, permite un con-

tenido flexible y determinado por las necesidades del residente, las circunstancias de la rotación y las oportunidades formativas, aunque asegurando un mínimo de contenidos esenciales (núcleo curricular). Para detectar las necesidades formativas existe una serie de herramientas que se desarrollarán a continuación y que son igualmente aplicables a la práctica habitual de cualquier pediatra.

La metodología para que tanto el tutor como el residente realicen su formación de una manera eficiente es la elaboración de un plan personalizado de formación (PPF). Básicamente el PPF pretende situar al profesional en el centro del proceso de aprendizaje utilizando la práctica clínica como base de éste.

Los pasos para elaborar un plan personal de formación los podemos resumir en: identificar las necesidades de formación; especificar los objetivos, los métodos de estudio y los métodos de evaluación y llevar a cabo el PPF y evaluarlo.

Identificación de necesidades de formación

Existen múltiples sistemas para identificar nuestras necesidades de formación; el más básico consiste en reflexionar sobre si nuestro aprendizaje se relaciona con nuestro trabajo real, las áreas

en las que nos gustaría formarnos y en las que no y cuáles son aquellas en las que deberíamos formarnos por necesidades institucionales. Este método puede dar lugar a identificar antes lo que queremos que lo que necesitamos, por lo que es importante utilizar sistemas más objetivos.

Hay diversos métodos para detectar las "zonas oscuras" de nuestra formación, entre los que destacan: diario de incidentes críticos, "audits" sobre eventos significativos, PUN y DEN y "audits" clínicos. De estos métodos nos centraremos principalmente en los PUN y DEN, ya que están diseñados específicamente para Atención Primaria, permiten incorporar el resto de métodos y por sí mismos pueden cerrar el ciclo del plan personal de formación.

PUN y DEN

Los PUN (*patients unmet needs* o necesidades no cubiertas de los pacientes) y los DEN (*doctor's educational needs* o necesidades formativas de los médicos) son métodos de detección de necesidades basados en la premisa de que el área principal de conocimiento de la Atención Primaria es la consulta, que constituye la mayor fuente de identificación de necesidades para mejorar los resultados en los pacientes.

Una de las características principales de este sistema es que diferencia entre lo que el paciente quiere y lo que necesita, y entre lo que quiere el médico y sus necesidades basadas en los pacientes. Dentro de sus fortalezas destacan: se basa en la consulta, lo cual aumenta su validez; las necesidades identificadas están relacionadas con lo que estamos haciendo en lugar de con lo que nos gustaría hacer o pensamos que deberíamos hacer; son simples de utilizar y, finalmente, comparado con otros sistemas de valoración, produce beneficios para los pacientes a corto plazo. Entre sus debilidades encontramos que es una herramienta subjetiva y que depende de las habilidades para reconocer necesidades no alcanzadas.

Como se comentó anteriormente, el proceso de PUN y DEN cierra el ciclo del PPF ya que dentro del proceso de elaboración vamos a encontrar las siguientes fases:

- Identificar las necesidades no cubiertas de los pacientes.
- Transformar las necesidades de los pacientes en necesidades formativas nuestras.
- Transformar las necesidades formativas detectadas en necesidades específicas que puedan ser cubiertas por una acción determinada.

- Finalmente, especificar cómo vamos a valorar si hemos realizado lo planificado.

Las necesidades no cubiertas de los pacientes pueden ser identificadas por cualquier técnica que ponga de manifiesto déficits en la calidad de la atención, como el análisis de eventos significativos, la tasa de derivaciones, el análisis de las reclamaciones e, incluso, los sistemas más sofisticados como las videograbaciones y el *feedback* de los compañeros.

Para identificar PUN en las consultas lo primero que debemos hacer es fijar el período durante el cual lo vamos a realizar. Normalmente suele ser necesaria una semana, aunque esto variará según la presión asistencial y la experiencia de cada uno. Diversos estudios señalan que las ratios entre PUN y consultas realizadas deben oscilar entre el 10 y el 50%, ya que si son inferiores al 10% probablemente no se estará investigando suficiente y si son superiores al 50% podremos estar siendo demasiado críticos. En cualquier caso se aconsejan unos 10 PUN por PPF. Lo que sí es importante es que una vez determinado el período apliquemos el proceso sistemáticamente en todas las consultas.

Después de cada consulta deberemos reflexionar sobre el contenido de ésta,

principalmente sobre las demandas del paciente, sus expectativas y el manejo de las diferentes opciones y, posteriormente, las necesidades detectadas, intentando ser lo más concisos posible y valorando por qué no han sido alcanzadas. Es importante tener en cuenta que este registro es personal, por lo que debemos ser honestos con nosotros mismos para que nos ayude a decidir por qué ciertas necesidades no han sido cubiertas y su importancia. A partir de las necesidades no cubiertas podremos clasificar según el motivo nuestras deficiencias en términos de lagunas de conocimientos clínicos, no clínicos, habilidades o actitudes. A continuación conviene escribir debajo de cada una la necesidad de formación detectada; es importante recogerlas todas para posteriormente poder priorizarlas adecuadamente.

Revisión de incidentes críticos o "audit" de eventos significativos

La revisión de incidentes críticos, también llamada "audit" de eventos significativos, es una forma de reflexionar sobre las causas y el impacto de incidentes inusuales que se producen en la práctica médica. Un incidente crítico puede ser cualquier evento digno de atención, por ejemplo, un error diagnóstico, un error en el tratamiento, una discusión con un paciente, etc.

El objetivo de la revisión de incidentes críticos consiste en destacar las necesidades de aprendizaje a nivel individual o a nivel de equipo e incorporar su aprendizaje a la práctica diaria. No se trata de culpabilizar a nadie, sino de identificar cómo mejorar el cuidado de los pacientes, y es un proceso que puede implicar a la totalidad del equipo.

Se pueden considerar los siguientes puntos: ¿qué ocurrió?, ¿qué salió mal?, ¿qué se debería haber hecho?, ¿cómo afecta al paciente, a tu práctica y a ti mismo?, ¿cómo podría haberse evitado?, ¿se puede hacer algo para que no vuelva a ocurrir?, ¿qué hay que hacer?, ¿cómo, quién y cuándo?, ¿qué aprendizaje o entrenamiento se necesita? (escribirlo en el plan personal de formación).

Del registro de todos los incidentes críticos se pueden obtener patrones, de forma que si se vuelve a producir un evento semejante, se puede ver lo que se hizo en su momento para solucionarlo.

Autoevaluación por agenda

Se puede utilizar la agenda personal para registrar las necesidades de aprendizaje que surgen diariamente, anotando los asuntos que surgen relacionados con la práctica clínica. Se pueden registrar: áreas clínicas que necesitan atención, ideas sobre cómo mejorar la prác-

tica, ideas de investigación, PUN y DEN, cuestiones surgidas en reuniones clínicas o conversaciones con compañeros, etc.

Revisión por pares

Consiste en la evaluación de los méritos o errores de una persona por otras que ocupan la misma categoría profesional que el evaluado. Implica conseguir *feedback* de los compañeros de trabajo. Puede resultar embarazoso, pero mucha gente lo encuentra una experiencia positiva. Si se completa el círculo mediante el *feedback* anónimo de todos los compañeros, los resultados son más válidos y representativos y se puede utilizar para identificar las necesidades de aprendizaje.

Observación

La grabación en video de la consulta es muy útil para observar las habilidades en la comunicación médico-paciente, planteándose preguntas como: ¿tengo más información sobre el paciente ahora que antes de que viniera a la consulta? ¿Fui inquisitivo? ¿Escuché? ¿Descubrí lo que era importante para el paciente? ¿He diagnosticado bien a los pacientes? ¿Utilicé un lenguaje comprensible para los pacientes? ¿Compartí con el paciente las diferentes opciones en relación con investi-

gaciones o tratamientos? ¿Compartí con el paciente la decisión que había que tomar? ¿Hice algo para comprobar lo que en realidad entiende el paciente? ¿Llegamos a un acuerdo?

Revisión de la práctica

La realización de una encuesta a los pacientes sobre la actuación médica es una buena manera de saber lo que piensan sobre su práctica médica. Los médicos suelen ser reacios a utilizar esta forma de evaluación pero puede ayudarlos a determinar sus necesidades de aprendizaje. Es más conveniente utilizar un cuestionario validado, como el GPAQ (para poder utilizar dicho cuestionario y conocer sus condiciones de utilización hay que ir a www.gpaq.info/) y los cuestionarios DISQ y IPQ. Para más detalles ir a www.cfep.co.uk/ o www.bmjlearn.ning.com/planrecord/assessment/practiceReview.jsp

Priorización de necesidades de formación

Una vez que hemos realizado la detección de todas las necesidades de formación, deberemos determinar cómo podemos corregirlas, teniendo en cuenta que algunas son más fáciles de detectar que de corregir, sobre todo, aquellas que hacen referencia a las actitudes, y priorizar-

las tras haberlas agrupado (por ejemplo, las necesidades referentes a las habilidades de comunicación pueden estar presentes en diferentes consultas).

Después de identificar las necesidades de formación, habrá que especificar los métodos de aprendizaje para conseguir éstos. Es aconsejable utilizar aquellos que puedan cubrir mayor número de necesidades y resulten más cómodos para los profesionales.

Finalmente hay que establecer los métodos de evaluación, en los que se incluyen todos aquellos documentos que justifiquen que se han realizado las actividades que se habían planificado. Destaca el portafolio de aprendizaje, que básicamente consiste en la recogida sistemática de las certificaciones de aquellas actividades regladas que se hayan realizado, con un análisis y reflexión sobre la actuación realizada como base para la identificación de áreas de mejora, constituyendo una herramienta de evaluación formativa. Otros métodos pueden ser la revisión de guías y protocolos, la realización de temas evaluados críticamente, la realización de cursos, etc.

Métodos y estrategias de enseñanza y aprendizaje

Podemos dividir los contenidos de la formación del tutor en dos grandes áreas:

1. Formación en contenidos del programa de la especialidad.

2. Formación en metodología docente.

Es necesario que los pediatras tutores conozcan los fundamentos de la enseñanza de adulto, que estén formados en las reglas del *feedback* y que conozcan suficientes técnicas de motivación, supervisión y evaluación, tanto formativa como sumativa.

El residente es un adulto y, como tal, competente para elegir su formación. A los adultos les motiva aprender: lo que es relevante en situaciones concretas, lo práctico más que lo teórico, lo que se centra en problemas, lo que tiene en cuenta su experiencia, lo que se dirige hacia sus necesidades, lo previamente negociado, lo que los implica y lo participativo, cuando se tiene en cuenta su ritmo, cuando el aprendizaje es parte activa del aprendizaje, cuando se promueve una relación entre iguales, lo que fomenta la autoevaluación o evaluación entre compañeros y cuando el papel del "profesor" es facilitar la adquisición de conocimientos y no proveerlos directamente. La necesidad sentida del conocimiento en relación con su práctica profesional representa una de las motivaciones más importantes para aprender, por lo que los tutores deberían tener en cuenta los intereses de los alumnos.

Los principales métodos de aprendizaje son:

1. **Autoaprendizaje.** Puede ser autodirigido a iniciativa del residente en función de sus necesidades, curiosidades o apetencias; dirigido por el tutor (bibliografía recomendada, recursos de internet, etc.), y con preparación de sesiones, con cursos a distancia, etc.
2. **Aprendizaje experiencial o de campo.** Es el aprendizaje con el paciente mediante observación pasiva, intervención autorizada o intervención sin la supervisión directa del tutor. Integra conocimiento y destreza en una situación real ("aprender haciendo").
3. **Aprendizaje basado en problemas o casos clínicos.** Se plantea un problema, se reflexiona sobre los conocimientos y destrezas necesarios para resolverlo, se invita a buscar fuentes de información para resolver el problema y finalmente se proporciona un *feedback* junto con recursos para consolidar el conocimiento adquirido y aplicación a otras situaciones.
4. **Lección magistral.** Es una transmisión unidireccional de información, que en general tiene poco impacto en el aprendizaje. Lo ideal sería limitarnos a los aspectos prácticos y de aplicación directa, proporcionando al residente los recursos bibliográficos pertinentes para que profundice en los fundamentos teóricos mediante el autoaprendizaje.
5. **Aprendizaje cooperativo o trabajo grupal.** Tiene como objeto que el individuo aprenda a aprovechar la interacción con las personas de su entorno de trabajo. Especialmente indicado para trabajar las actitudes.
6. **Talleres.** Son actividades en las que la práctica predomina netamente sobre la teoría y existe una mayor interacción entre los docentes y los discentes (horizontalidad). Especialmente dirigidos a la adquisición de habilidades.
7. **Seminarios.** En este caso, la responsabilidad de la organización de la actividad recae en los alumnos, que establecen los objetivos docentes en función de sus necesidades y expectativas a partir de una oferta inicial por parte del docente.

El conocimiento se obtiene preferiblemente del estudio de libros y revistas. Las habilidades necesitan observación, práctica y *feedback*, y las actitudes necesitan de la discusión dirigida. El tutor debería ser capaz de usar diferentes estilos de educación en distintas situaciones pero, de igual

manera, cada residente tiene su estilo preferido de aprendizaje (exposición teórica, estudio personal, estudio de casos, participación activa, etc.), que conviene conocer al principio del período de rotación para ayudar a individualizar el aprendizaje y sacar más partido a la rotación aunque pueda cambiar en diferentes escenarios.

En todo caso, la herramienta fundamental en la autorización es el *feedback* o retroalimentación, referido, en este caso, a la entrega de información al residente acerca de su desempeño con el propósito de mejorar éste en el futuro. Este *feedback* sirve al residente para adquirir información sobre sus logros y sus carencias. Para que sea eficaz y no se convierta en una crítica es recomendable que sea oportuno, constructivo, descriptivo más que evaluativo, concreto y referido a la conducta, no a la persona. Cuando sea necesario dar un *feedback* negativo conviene que sea precedido por otro positivo para luego pasar a describir la conducta que se desea mejorar, de manera que sea mejor recibido y que el impacto emocional no interfiera con su objetivo educativo.

Integración del residente en la consulta

El tutor debe integrar desde el principio al residente en la realización de las tareas, ayudando temporalmente y retirándose en la medida en que el residen-

te va asumiendo responsabilidades. Debe favorecer el control de la ansiedad y los temores propios de los procesos de cambio durante el aprendizaje.

Especialmente importante resulta el primer contacto con el residente, en el que se le debe proporcionar toda la información necesaria para orientarse en el centro de salud (teléfonos de contacto, ubicación de lugares comunes, horario, organización de las citas y de las urgencias, bloques de consulta y características de la población), identificar sus expectativas y fijar unos objetivos iniciales de común acuerdo, que podrán replantearse según las circunstancias. Es recomendable establecer una sistemática docente y planificar, de acuerdo con el residente, un calendario de sesiones que incluya los contenidos esenciales de la rotación y las necesidades formativas referidas por el residente, a las que se añadirán las que se vayan detectando con los métodos previamente descritos, aprovechando, si se diera el caso, fechas con visitas concertadas para el seguimiento de la patología que se va a tratar.

La docencia necesita un tiempo extra y se hace preciso adoptar estrategias para evitar los retrasos en la consulta, como introducir colchones, escoger a los pacientes que el residente vaya a ver solo, hacer solamente comentarios puntuales entre paciente y paciente y dejar las ex-

plicaciones detalladas para el final de la consulta, insistiendo al residente para que vaya tomando nota de las dudas que le vayan surgiendo, y reservar todos los días un tiempo para la docencia.

En cuanto a la actividad asistencial del residente, debe huirse tanto de la tentación de utilizar al residente como mano de obra, como de una sobreprotección excesiva que impida la maduración e identificación de las deficiencias de un residente

que tendrá en el futuro que enfrentarse él solo a la consulta. Es razonable que inicialmente todos los pacientes sean valorados de manera conjunta, señalando el tutor los hallazgos significativos y las estrategias diagnósticas y terapéuticas y que, posteriormente, el residente vaya atendiendo él solo a pacientes seleccionados (urgencias, revisiones programadas, etc.) supervisados por el tutor, con asunción progresiva de responsabilidades.

Bibliografía

– Blanco JE, Bras J, Domínguez B, Fernández Cuesta MA, García JM, Gutiérrez Sigler MD, y cols. Propuesta del grupo de docencia de la AEPap. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S129-34.

– Bmjlearning. My needs assessment. [Consulta el 24/02/2007.] Disponible en www.bmjlearning.com/planrecord/assessment/assessmentHome.jsp

– Boscá Berga J, Moreno Moreno S, Hueso Pinazo R, Hernández Roqueme HR, Orozco Cañas V, Castro Elena JM, y cols. ¿Se debe formar el residente de pediatría en Atención Primaria? ¿Por qué? Encuesta a pediatras residentes en Valencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8: 223-33.

– Epstein R. Assessment in medical education. N Engl J Med. 2007;356:387-96.

– Epstein R, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287: 225-35.

– Fernández C, Gosálbes V, Gutiérrez Sigler MD. Plan personalizado de formación de tutores en la

unidad docente de Valencia. Tribuna Docente. 2003;4:55-64.

– Garfunkel LC, Sidelinger E, Rezet B, Blaschke GS, Risko W. Achieving consensus on competency in community pediatrics. Pediatrics. 2005;115: 1167-71.

– Grant J. Learning needs assessment. Assessment of the need. BMJ. 2002;324:156-9.

– Norman GR. The need for needs assessment in continuing medical education. BMJ. 2004;328: 999-1001.

– Pelayo Álvarez M, Albert Ros X, Gil Latorre F, Gutiérrez Sigler L. Feasibility study of a personalised training plan for learning research methodology. Medical Education. 2000;34:139-45.

– Pelayo Álvarez M, Gutiérrez Sigler MD, Albert Ros X. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. Aten Primaria. 1998;21:145-54.

– Ruiz JM. Teoría del currículum: diseño y desarrollo curricular. Madrid: Universitas; 1996.

– Saura Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. Aten Primaria. 2005;35:92-8.