

Universidad Nacional de La Plata

Carrera de Especialización en Docencia **Universitaria**

Trabajo Final Integrador

Título:

Diseño de una innovación educativa facilitada por TICs, para favorecer la adquisición de competencias profesionales en los alumnos que cursan trabajos prácticos de Psiquiatría I – Facultad de Ciencias Médicas – UNLP.

Alumna: Méd. Adriana M. Fernández Busse

Directora: Esp. Gladys M. Gorga

Codirector: Dr. Jorge O. Folino

Contenido

Resumen descriptivo del trabajo realizado	2
Modalidad de TFI elegido	2
Desarrollo:	
1. Descripción del problema y su contextualización	2
2. Justificación	7
3. Antecedentes	11
4. Objetivos del trabajo	14
5. Marco conceptual.....	14
5.1. La innovación educativa con miras a promover una adecuada formación profesional	14
5.2. El concepto de competencia, tipos y ejemplos.....	17
5.3. El aprendizaje de las competencias.....	21
5.4. La formación basada en competencias.....	23
5.5. Estrategias didácticas para la formación basada en competencias.....	24
5.5.1 El aprendizaje basado en la resolución de problemas.....	26
5.5.2. El aprendizaje colaborativo.....	30
5.5.3. La simulación clínica.....	34
5.5.4. Otras estrategias.....	39
5.6. El docente como tutor.....	40
5.7. La evaluación en la formación basada en competencias.....	42
5.8. Aporte de las TICs para la formación basada en competencias.....	48
6. Desarrollo metodológico.....	52
6.1. Los objetivos de aprendizaje.....	52
6.2. Los espacios de aprendizaje.....	54
Espacios presenciales.....	54
Espacios virtuales.....	56
6.3. Las etapas de la cursada.....	58
Primera etapa de la cursada.....	58
Segunda etapa de la cursada.....	65
6.4. El desarrollo de las UD.....	71
Desarrollo de la UD "Duelo".....	72
Aportes implicados en el desarrollo de la UD.....	73
1° aporte: Consulta de recursos (CR).....	73
2° aporte: Trabajo Práctico (TP).....	74
3° aporte: Actividad ampliatoria del TP (AA).....	78
4° aporte: Autoevaluación (AE).....	85
5° aporte: Parcial 1 con su devolución presencial (DP).....	93
6° aporte: Clase de integración (CI).....	94
7° aporte: Actividad ampliatoria de la clase de integración (AA).....	98
8° aporte: Parcial 2 con su devolución presencial (DP).....	102
9° aporte: Devolución virtual (DV).....	104
7. Modalidad de seguimiento y evaluación	106
7.1. Información proveniente de los alumnos.....	106
7.2. Información proveniente de los docentes.....	106
7.3. Información proveniente de las evaluaciones parciales.....	106
7.4. Información proveniente de las TICs.....	109
8. Conclusiones	109
Bibliografía	111

Resumen descriptivo del trabajo realizado

Se presenta una propuesta de innovación educativa en el marco de los trabajos prácticos de Psiquiatría I (primera parte de la materia Psiquiatría) de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. La misma está destinada a desarrollar competencias profesionales necesarias para el perfil de médico generalista que busca formar la Facultad. Para ello se diseñó una red de estrategias didácticas que provienen del aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje colaborativo y la simulación clínica, las cuales serán facilitadas por el uso de tecnologías. Se busca que, dentro del contexto actual en el que se desarrolla la cursada de la materia, los alumnos participen activamente en su proceso de aprendizaje y que el docente adopte un rol tutorial. La propuesta tiene en consideración una caracterización de las necesidades educativas de los alumnos investigada en la cátedra y pretende ser una profundización de experiencias desarrolladas previamente, con la meta de contribuir a una mejor enseñanza de la Psiquiatría a nivel de pregrado.

Modalidad de TFI elegido

Elaboración de un proyecto de innovación educativa.

1. Descripción del problema y su contextualización

A partir de la implementación del plan de estudios iniciado en el año 2004, la asignatura Psiquiatría de la Carrera de Medicina de la UNLP pasó a tener una cursada dividida en dos partes: Psiquiatría I y II. La primera de ellas se cursa durante el cuarto año de la carrera y la segunda, al año siguiente.

Psiquiatría I consta de diez unidades didácticas (UD) y posee una modalidad de cursada bimestral. Las actividades se llevan a cabo dos veces por semana: martes y jueves, en distintas sedes: 1) Hospital Dr. Rodolfo Rossi y 2) Hospital Dr. Alejandro Korn (martes) y Facultad de Ciencias Médicas (jueves). Cada uno de esos dos días de clase cuenta con un equipo docente diferente, quienes comparten el mismo grupo de alumnos en cada sede. La distribución habitual de actividades durante el bimestre en que se desarrolla la cursada, si bien puede variar en función de los días feriados, puede observarse

en la Tabla 1.

Martes	Jueves
UD N° 1: <i>Relación médico - paciente</i>	UD N° 2: <i>Duelo</i>
UD N° 3: <i>Semiología psiquiátrica</i>	UD N° 4: <i>Personalidad</i>
UD N° 5: <i>Sexualidad</i>	Parcial 1
UD N° 6: <i>Trastornos del sueño y de la conducta alimentaria</i>	UD N° 7: <i>Trastornos de ansiedad</i>
UD N° 8: <i>Trastornos somatomorfos</i>	Recuperatorio de parcial 1
UD N° 9: <i>Retraso Mental</i>	UD N° 10: <i>Violencia</i>
Parcial 2	Día libre
Día libre	Día libre

Tabla 1: Distribución habitual de las actividades de la cursada. Se resumió el nombre de las UD, para simplificar la presentación. El nombre completo es el que se explicita en el programa de la materia, que puede consultarse en el apartado 6.1.

Cada UD se desarrolla durante un día de clase, mediante un teórico de una hora de duración, seguido de un trabajo práctico (TP) de dos horas. Durante la clase teórica se realiza una introducción al tema del día, exposición a cargo de uno de los profesores adjuntos de la cátedra. Durante los TP, se busca trabajar aspectos vinculados al ejercicio profesional, relacionados con la UD. Tradicionalmente, se realiza una presentación de un paciente a los alumnos y, a continuación, se discute grupalmente sobre aspectos vinculados al paciente presentado (manifestaciones clínicas, diagnóstico presuntivo, etc.) En lo posible, se articula la discusión con el tema del día. De lo contrario, se lo desarrolla en forma oral, interactuando el docente con los alumnos. Cuando no es factible presentar un paciente, se trabaja con algún material clínico, generalmente un caso presentado por escrito, que sirve como disparador para trabajar los contenidos de la UD. En los últimos años se realizaron algunas innovaciones a esta modalidad tradicional, como se menciona en el apartado 3 “Antecedentes”.

En cada bimestre se recibe una cantidad variable de alumnos, siendo el promedio para la sede Facultad de Ciencias Médicas - Hospital Dr. Alejandro

Korn, en los últimos dos años, de 45 alumnos por bimestre, con una cantidad máxima de 66 alumnos en el tercer trimestre de 2017. En la Facultad se cuenta con dos aulas para desarrollar los TP y el equipo docente actual está conformado allí por cuatro Ayudantes Diplomados y un Jefe de Trabajos Prácticos (a cargo también de las actividades de los días martes). Este último cargo es el que ocupa la autora de este trabajo.

La cursada se acredita mediante dos exámenes parciales escritos, con distinta modalidad: el primero es una prueba objetiva (multiple choice o similar) y el segundo es un examen con respuestas a desarrollar a partir de preguntas sobre casos clínicos, orientado por competencias. Los días de parcial o recuperatorio no se realizan actividades prácticas, ni teóricas. Cabe aclarar que la modalidad de evaluación es la misma para todas las sedes, tanto para Psiquiatría I como para Psiquiatría II.

Para esta propuesta se tomará un problema que, si bien afecta en mayor o menor medida a toda la cátedra, se detecta en forma completa en los TP de Psiquiatría I que se llevan a cabo los días jueves, en la Facultad. Ello se debe a que esos TP son los únicos que no se desarrollan en un espacio asistencial, sino en uno académico (ya que todos los demás, tanto los días martes como los días jueves, se realizan en hospitales). Este problema se halla determinado por ciertas circunstancias, a saber:

1) En los TP realizados en la Facultad no es posible presentar pacientes a los alumnos, esto únicamente puede hacerse en el hospital. A su vez, en el hospital sólo es posible contar con la participación voluntaria de pacientes internados en salas de salud mental, quienes generalmente presentan cuadros graves o crónicos, y esto incluso con ciertas restricciones por razones institucionales, operativas, legales, terapéuticas y/o éticas. Pero resulta imposible, por esas mismas razones, presentar pacientes ambulatorios. No sólo los que consultan en salas de salud mental, sino también los que llegan a otros sectores del hospital, presentando los motivos de consulta por causas psiquiátricas que suelen recibir y pueden detectar y abordar los médicos generalistas, perfil de médico que se busca formar en la Facultad. En definitiva, no se cuenta con pacientes significativos para la mayoría de los objetivos de Psiquiatría I para presentar a los alumnos. Por lo tanto, los

estudiantes no pueden adquirir experiencia en el contacto con pacientes que poseen características similares a los que deberán atender cuando ejerzan su profesión, lo que implica un obstáculo para concretar una adecuada formación profesional.

2) Otro aspecto a considerar es que el aprendizaje de los contenidos de Psiquiatría suele ser complejo para los estudiantes. Esta dificultad quedó plasmada en el trabajo de investigación cualitativa *“Expectativas de los alumnos de Ciencias Médicas respecto de las clases de Psiquiatría”*, realizado en la cátedra en el marco del proyecto de investigación *“Criterios empíricos de didáctica aplicada a la enseñanza de Psiquiatría”*, durante el período 2009-2010. En ese trabajo de investigación se caracterizaron las expectativas que los alumnos tenían respecto de las clases de Psiquiatría y los problemas para el aprendizaje de la asignatura. Se transcriben a continuación las conclusiones de lo expresado por los estudiantes:

- ✓ Manifestaron no saber cómo abordar los contenidos de la materia por encontrarlos amplios, esperando que los docentes les indicaran cómo hacerlo.
- ✓ Expresaron la necesidad de clases expositivas con alta participación del alumnado, así como de ser escuchados y corregidos en sus errores.
- ✓ Solicitaron contar con espacios de participación y debate sobre temas psiquiátricos, psicológicos y de bioética.
- ✓ Reclamaron alguna forma de retroalimentación de sus evaluaciones, sin manifestar preferencias por ningún método de evaluación.
- ✓ Presentaron una llamativa dificultad para relacionar la Psiquiatría con otras áreas de las Ciencias Médicas.
- ✓ Presentaron un notable grado de imprecisión respecto del papel de la Psiquiatría y del médico psiquiatra en el campo de las Ciencias de la Salud.
- ✓ Evidenciaron un deseo de aprendizaje relacionado con el poder derivar al paciente con trastornos psiquiátricos más que con aprender lo que la Psiquiatría les podría aportar, debido al temor que les genera la enfermedad mental.
- ✓ Mostraron preocupación por el “maltrato observado” hacia el paciente con trastornos psiquiátricos y un deseo de ayudar a solucionar

problemas de este tipo (que constituyen lo que ellos denominaron “aquello que no es biológico”) a pesar del temor mencionado en el ítem anterior. (Bacigalupe et al, 2010)

3) Otro factor que interfiere en una adecuada formación profesional es que el tiempo con el que cuenta el equipo docente para el desarrollo de las actividades académicas resulta escaso en función de las dificultades mencionadas en el punto anterior, la cantidad de alumnos y los objetivos de la asignatura. El seguimiento personalizado de los alumnos, a los fines de asegurar su formación para el desempeño profesional se vuelve dificultoso, ya que el tiempo termina siendo insuficiente para que todos vean, reflexionen, opinen, ejerciten y reciban correcciones sobre los distintos aspectos de la práctica profesional que se estén trabajando, por lo que no es posible observar y asegurar el desempeño competente de todos los alumnos.

Estas circunstancias llevan al planteo del siguiente problema: ¿Cómo lograr que los alumnos que cursan Psiquiatría I puedan desarrollar, en los ámbitos no asistenciales de la cursada, competencias profesionales vinculadas a aspectos psiquiátricos de las consultas médicas en general, para favorecer el desarrollo completo del perfil de médico generalista, atendiendo a las necesidades educativas que ellos tienen para acercarse a la materia y dentro de las condiciones en que la misma se cursa actualmente?

La hipótesis de acción consiste en diseñar, para las clases que se realizan en la facultad, una red de estrategias articuladas entre sí que ayuden a los alumnos a desarrollar competencias profesionales, seleccionadas entre las siguientes propuestas didácticas: aprendizaje basado en problemas, aprendizaje colaborativo y simulación clínica. Estas estrategias se llevarán a cabo en un marco educativo en el que los estudiantes participarán activamente en la construcción de sus aprendizajes y el de sus compañeros, mientras que los docentes generarán situaciones que permitan problematizar las prácticas profesionales, guiando a los alumnos en su resolución. De este modo buscarán promover aprendizajes significativos para el futuro ejercicio profesional de los estudiantes, ejerciendo un rol tutorial.

Dado el contexto de trabajo en el que se realizará la propuesta, se

considera que el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) será un facilitador que permitirá tanto la elaboración de recursos didácticos acordes a la propuesta, a los fines de ampliar el alcance de las estrategias iniciadas en clase, como la generación de nuevos espacios de comunicación que faciliten el intercambio y la optimización de los tiempos de aprendizaje de los estudiantes. Se buscará, por lo tanto, la forma de acercar en profundidad a los alumnos a situaciones concretas de la práctica profesional, aunque las mismas sean hipotéticas, virtuales o simuladas, pero siempre representativas de problemáticas cotidianas durante el desempeño profesional, para que ellos aprendan a resolverlas en forma competente.

2. Justificación

Coincidiendo con Pozo y Monereo (2009), la presente propuesta pedagógica se basa en un modelo educativo centrado en el aprendizaje y la actividad cognitiva de los alumnos para construir el conocimiento. Se la considera una alternativa innovadora a las prácticas educativas universitarias tradicionales, en las que predomina la transmisión unidireccional del conocimiento ya armado y seleccionado por el docente, en forma expositiva. Estos enfoques permiten con facilidad que los alumnos se apropien del contenido de la enseñanza en forma relativamente ciega, alejándolos de la adquisición de las capacidades para hacer nuevos usos de esos mismos conocimientos, las que necesitarán cuando ejerzan su profesión. En ese contexto, los estudiantes tienden a aprender a partir de una sola fuente de información, cuyo contenido repiten en forma más o menos literal, lo que origina serios problemas cuando deben generar sus propios argumentos. Por el contrario, en esta propuesta, en consonancia con las nuevas tendencias en educación superior, se buscará que los alumnos adquieran habilidades para el trabajo en la solución de problemas en forma colaborativa, favoreciendo en ellos una progresiva autonomía para la gestión de sus propios conocimientos. De este modo, se los estimulará para que puedan hacer un uso eficaz y competente de sus saberes, al desarrollar estrategias que les permitan transferirlos a nuevas situaciones y contextos. (Pozo y Monereo, 2009)

Se parte de la premisa de que, para una adecuada formación para el

ejercicio profesional, no basta con que los estudiantes sepan repetir los conocimientos que han adquirido, ni con que sean capaces de comprender conceptualmente esos conocimientos, sino que también deben estar en condiciones de utilizarlos para analizar los contextos inciertos, cambiantes y complejos en los que ejercerán su profesión. Para ello es necesario que se apropien de nuevos planes de acción y estrategias que tienen como meta proporcionarles las competencias necesarias para enfrentarse a situaciones novedosas y abiertas, a verdaderos problemas como los que van a encontrar en la práctica profesional. Este posicionamiento implica implementar propuestas pedagógicas que favorezcan este tipo de aprendizaje, ya que el conocimiento declarativo (saber decir) y el procedimental (saber hacer) son dos sistemas de conocimientos diferenciados, tanto en lo que se refiere a los procesos cognitivos implicados en su aprendizaje y en su uso, como en las prácticas educativas que los favorecen. Es decir, uno y otro tipo de conocimientos se aprenden y se enseñan de manera diferente. (Pozo y Pérez Echeverría, 2009) Estos principios hacen imprescindible la implementación de prácticas pedagógicas alternativas a los enfoques tradicionales para una adecuada formación para el ejercicio profesional, tales como las seleccionadas para este proyecto.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el perfil del egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP es el de un médico generalista, cabe preguntarse por qué es imprescindible que un estudiante de medicina aprenda a resolver problemas vinculados a la Psiquiatría. Para ello es necesario precisar qué tipo de trabajo realizan estos médicos:

El médico generalista o médico de familia (también llamado médico de cabecera) debe ser el primer punto de contacto con el sistema de salud. (OMS, 1978; FAMFyG s.f.) Según la Federación Argentina de Medicina General, el médico que se dedica a la medicina general forma parte de un equipo interdisciplinario que tiende a tratar al individuo de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta su entorno social y sanitario. Trabaja en el seno de la comunidad asumiendo las tareas de promover y proteger la salud de ese grupo y su derecho a la misma; prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes; diagnosticar y tratar a los individuos que enferman en esa comunidad, en forma continuada e integral, y organizar y referenciar el paso de

esos sujetos a través del sistema de salud, en el caso de que algún tipo de complejidad técnica mayor sea necesaria. También realiza las interconsultas que correspondan a otros especialistas en el momento adecuado, buscando siempre la contrarreferencia y el seguimiento del paciente. (FAMG s.f.) El médico generalista atiende todos los problemas de salud de los integrantes de la comunidad en la que trabaja, independientemente de la edad, el sexo, o cualquier otra característica de la persona en cuestión. Su enfoque está centrado en la persona, pero incluye en su abordaje a la familia y a la comunidad. Este profesional se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad y abordar los problemas de salud en sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales y culturales, dándole mucha relevancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Además, considera cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención, la educación para la salud y la detección de la población en riesgo a padecer determinados problemas de salud. (FAMFyG s.f.) En definitiva, estos médicos constituyen una pieza clave para responder a las necesidades sanitarias de la comunidad, siguiendo la estrategia de atención primaria de la salud (APS), que es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La APS es el eje central y foco principal del sistema de salud del país. (OMS, 1978)

En función del abordaje de los problemas de salud de la población general que estos médicos realizan, es que se constituyen como importantes agentes para la atención inicial de los problemas de salud mental. Algunos datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) permiten justificarlo. Según la OMS, los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son los principales factores que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura. A nivel mundial, los estudios epidemiológicos basados en la comunidad han estimado que las tasas de prevalencia en el curso de la vida de los trastornos mentales en adultos son del 12,2 al 48,6% y que las tasas de prevalencia de 12 meses alcanzan del 8,4 al 29,1%. El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad, puede atribuirse a estos trastornos, así como cerca del 30% de la carga total de

enfermedades no transmisibles. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de quienes los padecen aumentan su vulnerabilidad, aceleran su caída en la pobreza y dificultan su atención y rehabilitación. Además, estos trastornos se vinculan de manera compleja con muchas otras afecciones, ya sea como comorbilidad (presencia simultánea), como factores de riesgo para diversas patologías u otros problemas que dañan la salud o afectando la adherencia al tratamiento de otras enfermedades. Sin embargo, a pesar de la prevalencia y la carga de estos trastornos, una gran proporción de personas que sufren tales problemas no reciben tratamiento ni atención. Una encuesta realizada en varios países y apoyada por la OMS mostró que el 35 a 50% de los casos graves en los países desarrollados y el 76 a 85% en los países poco desarrollados no habían recibido tratamiento alguno en los doce meses anteriores a la encuesta. (OMS, 2008)

En función de lo planteado, la meta de la OMS es velar para que la salud mental se integre en los sistemas de atención de salud de todo el mundo. En consonancia con ello, la presente propuesta pretende hacer hincapié en la importancia de la detección y el abordaje de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención, por parte de los médicos generalistas, con un adecuado desarrollo de los sistemas de referencia (derivación) en función de las necesidades de cada paciente. Es necesario, entonces, que los estudiantes de medicina se sensibilicen ante estas problemáticas, las consideren parte de su quehacer profesional y desarrollen competencias para ser capaces de afrontar los problemas vinculados a la salud mental que se les presentarán con una alta frecuencia a lo largo de su futuro ejercicio profesional. En función de los conocimientos previos que tienen los alumnos al cursar Psiquiatría, que ya fueron mencionados, (Bacigalupe et al, 2010) será una ardua tarea por realizar.

Por otra parte, coincidiendo con el enfoque crítico progresista que propone Barraza Macías (2010), el trabajo de los docentes pondrá énfasis en el diálogo y la colaboración. De esta forma, se pretende que esta propuesta sea implementada por un equipo de docentes que reflexiona sobre su propia práctica profesional en colaboración con sus pares, para analizar los fines educativos de la misma y lograr la construcción y solución de problemas pedagógicos que se presenten. Siguiendo este posicionamiento, las técnicas, herramientas o estrategias elaboradas por especialistas serán sólo un punto de

partida que los docentes adaptarán a las necesidades que detecten en su labor cotidiana. De esta forma, la innovación educativa se vuelve un recurso central de la práctica profesional del docente, que le permite orientar su tarea con la intención de lograr cambios significativos que promuevan aprendizajes auténticos.

3. Antecedentes

En el año 2000, surge en Europa el proyecto Tuning, sostenido por un conjunto de universidades como una forma de implementar el proceso de Bolonia, iniciado en 1999. Desde ese marco, se han desarrollado, para las distintas disciplinas incluidas en el mencionado proyecto (entre ellas, la Medicina) puntos de referencia para elaborar programas de estudio comparables (uno de los objetivos de la Declaración de Bolonia). Estos puntos de referencia se formulan en términos de competencias, las cuales permiten expresar lo que sería capaz de hacer el poseedor del título. Además, el proyecto explicita que el planteamiento de competencias conlleva cambios en los métodos de enseñanza, aprendizaje y evaluación empleados. (González y Wagenaar, 2006)

En el año 2004, la experiencia europea se replica en nuestro continente, surgiendo el proyecto Tuning América Latina. (Beneitone et al, 2007) Según el mismo, la profesionalización en el área de la Medicina debe incluir la organización de situaciones de trabajo para que sea posible realizar el aprendizaje de la construcción de competencias, en el cual el alumno moviliza una serie de recursos personales y otros de su entorno, con el fin de resolver esas situaciones propias del ejercicio profesional, siendo la reflexión sobre la acción un componente esencial del proceso de aprendizaje. El mencionado proyecto considera el rol del docente como el de un facilitador de aprendizajes, que tiene en cuenta las expectativas y necesidades de los estudiantes, y como el modelo visible del quehacer médico para el estudiante aprendiz. (Hanne, 2013) Además, apoya la incorporación de las TICs para contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación, la dinamización del proceso educativo y el desarrollo de alternativas pedagógicas y metodológicas que sustituyan o enriquezcan las prácticas educativas tradicionales. (Beneitone et

al, 2007) Según el proyecto Tuning América Latina, las diferentes situaciones de aprendizaje o de formación requieren instrumentos de evaluación adecuados y específicos para medir objetivamente el logro de las competencias, siendo los más utilizados en el área de medicina los siguientes: simulaciones, juego de roles (role playing), solución de problemas, método de casos, entre otros. (Hanne, 2013) La presente propuesta pedagógica coincide con los postulados de este proyecto.

Estos lineamientos que se han establecido a nivel internacional, coinciden con los que se aplican en nuestro país en las distintas carreras de Medicina. Según los últimos informes de acreditación de la CONEAU publicados en la web, todas las Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales del país adoptan el modelo de educación basada en competencias. Asimismo, en esos informes se puede constatar que casi todas las unidades académicas recurren a estrategias de aprendizaje basado en problemas, o están formando docentes para ello. También se observa que la mayoría cuenta con laboratorios u otros espacios para realizar prácticas de habilidades clínicas o simulación. En cuanto al uso de tecnologías, son muy pocos los informes que dan cuenta de la existencia de un campus virtual para actividades académicas y, en otros pocos casos, se menciona la existencia de cursos de formación docente en el uso de TICs. Parecería que el uso de tecnologías como recurso didáctico no está muy expandido en las Facultades de Medicina de nuestro país, al menos según lo evaluado por CONEAU al momento de la última acreditación publicada al momento de la consulta. Tampoco se menciona en ningún informe el uso de estrategias colaborativas para el aprendizaje de la medicina. (CONEAU, 2017)

En la cátedra de Psiquiatría de la UNLP, la enseñanza por competencias comenzó a implementarse en el marco del proyecto “Criterios empíricos de didáctica aplicada a la enseñanza de Psiquiatría”, durante el período 2009-2010. En aquella oportunidad, para suplir la falta de contacto con pacientes, se recurrió a materiales didácticos obtenidos mediante tecnologías, utilizando fragmentos de películas o videos bajados de Youtube. Así fue posible exhibir videos de ciertos pacientes (no reales) o mostrar personas con determinadas características que, con un poco de imaginación, podían convertirse en pacientes que realizan una consulta médica. De este modo se logró trabajar

con hipotéticas situaciones de consulta a las que los alumnos ni siquiera hubieran podido acceder en el hospital, iniciando la aplicación de estrategias colaborativas de aprendizaje basado en problemas, con bastantes limitaciones debidas a la escasez de tiempo ya descripta. Actualmente, el equipo docente cuenta con un valioso acopio de materiales audiovisuales que serán de utilidad para la presente propuesta. La técnica de role playing, que tiene algunos puntos en común con la simulación clínica, se ha aplicado en la cátedra en distintos contextos, desde hace muchos años, siempre en forma exitosa, pero no sistematizada. Desde el año 2016, empezaron a implementarse prácticas de simulación clínica, a cargo de docentes que se fueron capacitando para ello. Las experiencias han sido sumamente productivas y recibidas con notable entusiasmo por todos los alumnos que han participado en ellas, quienes han solicitado, en encuestas de satisfacción realizadas, un mayor desarrollo de estas prácticas. La mayor dificultad presentada para ello ha sido contar con los actores dispuestos a participar en forma continua como pacientes simulados, por lo cual se gestionó un convenio interinstitucional con la Escuela de Teatro de La Plata que permite sostener esta actividad. En cuanto a las actividades con TICs, la cátedra cuenta con un curso en la plataforma Moodle de la Facultad, cuyo uso con fines didácticos ha sido aislado, muy escaso y no sistematizado, limitado a realizar actividades de recuperación de TP. Se lo ha utilizado, principalmente, para exponer información de diversa índole para los alumnos, como bibliografía, cronogramas, etc., si bien actualmente se ha comenzado a trabajar en otras líneas.

Múltiples trabajos describen experiencias de implementación de estrategias de aprendizaje basado en problemas, aprendizaje colaborativo y simulación clínica para la enseñanza de la Psiquiatría, detallándose resultados muy favorables en general. (Hernández de Cordido, 2006; Urrutia Aguilar et al, 2011; Galli y Saavedra, 1995; Baños y Pérez, 2005; Franco Corso et al, 2012) También se ha recurrido al uso de tecnologías para el aprendizaje de la Psiquiatría, como materiales multimedia, pacientes virtuales, películas o videos, refiriéndose buenos resultados con su aplicación. (Jaramillo et al, 2011; Baños y Pérez, 2005; Gómez-Restrepo y Reveiz Narváez, 2012)

4. Objetivos del trabajo

Objetivo general:

- Diseñar una propuesta que favorezca la adquisición de competencias profesionales vinculadas a la Psiquiatría y a la Salud Mental, en los alumnos que cursan la materia Psiquiatría I de la Carrera de Medicina de la UNLP.

Objetivos específicos:

- Promover estrategias de aprendizaje basado en problemas, aprendizaje colaborativo y simulación clínica, en espacios de aprendizaje presenciales.
- Implementar actividades que amplíen el aprendizaje de los alumnos iniciado en forma presencial, en espacios de aprendizaje virtuales.
- Estimular en los alumnos la responsabilidad por su aprendizaje.
- Organizar un equipo docente que ejerza un rol tutorial.
- Establecer espacios de retroalimentación y evaluación formativa, tanto presenciales como virtuales.

5. Marco conceptual

5.1. La innovación educativa con miras a promover una adecuada formación profesional

La presente propuesta pedagógica consiste en una innovación en la enseñanza de la Psiquiatría en el pregrado, con la que se pretende mejorar la formación profesional de los futuros médicos. En ese contexto, el carácter de mediador activo del docente universitario, entre un conocimiento altamente especializado proveniente de un campo académico profesional y el sujeto en formación, resulta clave. Uno de los mayores desafíos que se le presenta al docente consiste en definir cómo enseñar esa síntesis cultural dinámica que es el contenido curricular, cómo acortar las distancias entre el saber investigado y las estructuras cognitivas de los estudiantes. ¿De qué manera trabajar con un contenido que se define por la complejidad, que no se limita a datos y conceptos, sino que supone principios y formas de operar con el pensamiento, destrezas y actitudes y valores? ¿Cómo favorecer el desarrollo de procesos de apropiación del contenido por parte de los estudiantes, de manera tal que los

nuevos aprendizajes se articulen significativamente con los existentes, integrándose con ellos o reemplazándolos? El planteamiento de estas preguntas abre el camino hacia la innovación. (Lucarelli, 2004)

Según Barraza Macías (2005), la innovación educativa comprende ciertas características: Por un lado, implica introducir algo nuevo. Lo nuevo puede ser algo que ya ha sido usado en otros tiempos o situaciones, pero que en la actualidad se utiliza en nuevas circunstancias, con diferentes finalidades, en diversas combinaciones o con otras formas de organización, entre otras posibles variantes. Por otra parte, esas nuevas formas de hacer o utilizar algo, deben generar una mejora. Pero la mejora debe implicar la producción de un cambio intencional, es decir, planeado, deliberado, sistematizado, que dé como resultado la conquista de un nivel más alto con respecto a las metas y objetivos previamente marcados. Esto conlleva que las innovaciones tienen que ser evaluadas y sólo pueden valorarse en relación con las metas y objetivos de un determinado sistema educativo en particular, dado que son prácticas contextualizadas. Por último, el cambio que genera la innovación debe ser consciente, deseado, duradero y producto de un proceso. Este cambio afecta las prácticas educativas, sin alterar al sistema educativo en su conjunto, ya que no se trata de reformas educativas.

Lucarelli (2004) considera que la innovación implica una ruptura con el estilo didáctico habitual, ya que interrumpe una determinada forma de comportamiento que se repite en el tiempo. Esta nueva práctica puede relacionarse con las ya existentes a través de mecanismos de oposición, diferenciación o articulación. La innovación como ruptura supone considerar cómo se alteran las formas habituales de la relación docente-alumno-contenido y cómo los sujetos del aprender son incluidos como tales. Es decir, qué estrategias se ponen en acción para que el estudiante pueda ser un sujeto de su propio aprendizaje. Por otra parte, la misma autora considera que la innovación, en una perspectiva crítica, implica protagonismo de los sujetos de esa práctica en la gestación y propagación de la experiencia. Este protagonismo involucra la toma de decisiones acerca de cómo se interrumpen formas tradicionales instituidas, quiénes toman esta iniciativa, cuáles son los problemas que perciben, a qué necesidades responden, cómo lo hacen y cómo se organiza la nueva práctica. Así entendida, la innovación como práctica

protagónica, como acción de participación real, se contrapone a las consideradas como “innovaciones” desde una perspectiva tecnicista. En estas, la programación, el diseño y decisiones consecuentes, quedan en manos de actores externos al ámbito donde se desarrolla la práctica. A los docentes y sujetos cercanos a la acción del aula se les reservan actividades de implementación de proyectos que les son ajenos, en un contexto de participación más aparente que real.

Otro concepto a diferenciar del de innovación educativa, según Barraza Macías (2005), es el de innovación tecnológica. Este autor afirma que el aporte que las TICs hacen a la innovación es más cuantitativo que cualitativo, más centrado en el cómo que en el por qué. Por lo tanto, se puede caer en un reduccionismo si se circunscribe el significado de innovación educativa al concepto de innovación tecnológica. Este error se debe al enorme desarrollo que han tenido en las últimas décadas las TICs, llegando incluso en ciertos casos a ser presentadas como la panacea para la resolución de cualquier problema. El concepto de innovación educativa debe superar estos aspectos accesorios y recuperar su esencia, con el objetivo de vincularlo a una tendencia crítico-progresista que posibilite el distanciamiento de las visiones tecnocráticas en educación. Siguiendo esta línea, en el presente proyecto, las TICs constituyen un facilitador para la aplicación de propuestas de enseñanza, a los fines de concretar una innovación educativa.

La perspectiva crítica pedagógica sostiene que la nueva práctica puede afectar cualquiera de los aspectos que conforman una situación de formación, como los objetivos, los contenidos, los recursos para el aprendizaje, las estrategias de enseñanza y de evaluación. También puede concernir las prácticas del enseñar y del aprender que desarrollan los sujetos insertos en esa situación, en especial en lo relativo al lugar que ocupa la preparación para la práctica profesional y las relaciones que se establecen entre lo teórico y lo práctico. Asimismo, la innovación puede manifestarse también en la organización del tiempo y del espacio para la enseñanza y el aprendizaje y en todas las dimensiones propias del proceso de formación: los modelos de comunicación; los circuitos en que se vehiculiza la información; la modalidad que asumen las relaciones entre los sujetos (docentes entre sí y éstos con los estudiantes), las formas de autoridad y de poder que se hacen presentes en el

contexto del aula y de la institución en general. Encuadrar de esta manera la innovación implica reconocer las múltiples variables que afectan a las prácticas educativas. La ruptura puede originarse en un problema percibido por el docente, lo que deriva en la modificación de algún componente específico, pero su incidencia modificadora puede afectar, en mayor o menor grado, al corto o al largo plazo, al resto de los componentes de la situación. (Lucarelli, 2004)

Varios de estos aspectos están implicados en la innovación educativa propuesta en este proyecto, como se podrán apreciar más adelante.

5.2. El concepto de competencia, tipos y ejemplos

La enseñanza de la medicina basada en competencias no es un concepto nuevo. Sin embargo, el uso de este enfoque ha sido cada vez más explícito, al punto de considerarse que la planificación de todo el currículum debe ser efectuada de esta manera. (Wright et al, 2007)

Hay acuerdos internacionales que siguen este posicionamiento, como queda establecido en el proyecto Tuning, tanto en su versión Europea como en la Latinoamericana. En esta última, se explicita que los perfiles de los profesionales universitarios deben satisfacer los requerimientos de la sociedad y proyectarlos de acuerdo a las necesidades de las regiones y el país, recomendando para ello que su determinación se realice a través de competencias, a las que define como “una combinación de atributos con respecto al conocer y comprender (conocimiento teórico de un campo académico), el saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa a base del conocimiento) y al saber cómo ser (valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto).” (Beneitone, 2007)

El término competencia ha recibido numerosas definiciones desde distintos ámbitos, por lo que puede resultar controvertido. En lo que sí parece existir cierto consenso es en que un currículum basado en competencias pretende desplazar a otros enfoques educativos y propuestas curriculares existentes, con la finalidad de reemplazar al modelo educativo enciclopedista. (Moreno Olivos, 2009)

Otros autores definen a las competencias profesionales como “una combinación integrada por conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en una tarea en el campo de las

ciencias de la salud". (Lafuente et al, 2007) También como "el proceso dinámico y longitudinal en el tiempo por el cual una persona utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio, asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica". (Martínez Carretero, 2005) Cualquiera sea la definición adoptada, todas tienen en común el involucrar la integración de conocimientos, habilidades y actitudes para el desempeño de una acción profesional, por ende, siempre tienen relación con la capacidad de realizar una tarea compleja. (Wright, 2007) Tomando un ejemplo de las competencias específicas en Medicina, del listado establecido en el Proyecto Tuning América Latina podrá advertirse en el siguiente ejemplo ilustrativo elaborado *ad hoc*, la mencionada integración de esos tres componentes:

Competencia: "Capacidad para evaluar signos vitales"

- ✓ Conocimientos: El alumno debe saber que los signos vitales son: el pulso, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria y manejar una correcta definición de cada uno de ellos.
- ✓ Habilidades: El alumno debe ser capaz de realizar los procedimientos del examen físico necesarios para poder medir en el paciente los signos vitales.
- ✓ Actitudes: El alumno debe explicar al paciente qué procedimientos le realizará, y obtener su aprobación para hacerlo.

Cabe aclarar que el término competencia establece una idea de unidad, lo que implica que los elementos intervinientes tienen sentido sólo en función del conjunto. Por lo tanto, aunque se pueden fragmentar sus componentes, como se hizo en el ejemplo anterior, éstos por separado no constituyen la competencia. Ser competente supone el dominio de la totalidad de esos elementos y no sólo de alguna o algunas de las partes que conforman la competencia. (Segredo Pérez y Reyes Miranda, 2004) Asimismo, uno de los rasgos del concepto de competencia es que el aprendizaje de los contenidos se ha integrado en ellas de forma tal que permite, a quien la posee, enfrentarse a problemas complejos. Lo que caracteriza a la persona competente no es la acumulación de contenidos, sino la capacidad de utilizarlos para distintas

metas, capacidad que se ha adquirido, justamente, a través de estos contenidos. Es necesario, por lo tanto, enseñar competencias y contenidos, sin perder de vista que ambos están situados en distintos niveles jerárquicos, en lo que se refiere a las intenciones educativas. (Martin, 2009)

La mayoría de los autores coincide en establecer dos tipos de competencias: las genéricas y las específicas. El ejemplo desarrollado previamente corresponde a una competencia específica. Este tipo de competencias reúne aquellas que son propias de la profesión, como las habilidades clínicas o el manejo de pacientes, en el caso de la Medicina. Por otra parte, el otro tipo de competencias, las genéricas o transversales, comprende aquellas que son necesarias para ejercer eficazmente cualquier profesión, como las habilidades de gestión de la información, la toma de decisiones, la capacidad crítica y autocrítica, la adaptación a nuevas situaciones, entre otras. Estas últimas han sido frecuentemente dejadas de lado por la educación tradicional, a pesar de ser imprescindibles para que el profesional sea un experto de excelentes cualidades. (Martínez-Clares et al, 2008; Baños y Pérez, 2005)

A modo de ejemplo de ambos tipos de competencias, tomaremos aquellas que fueron definidas por el proyecto Tuning América Latina. (Beneitone, 2007) Allí se mencionan 27 competencias genéricas y 63 competencias específicas de Medicina. Se transcriben en la Tabla 2 algunas de ellas, seleccionadas en función de su relevancia para el presente proyecto.

En nuestro país, las competencias que deben adquirir los futuros médicos se encuentran establecidas en la resolución 1314/07 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Ésta se basa en la propuesta de la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina, que fuera elevada al Consejo de Universidades, quien le confirió su aprobación, en el marco de la Ley de Educación Superior. Este documento contiene los contenidos curriculares básicos, expresados como competencias, que aplicarán la Facultades de Ciencias Médicas de nuestro país. Esas competencias profesionales del médico se organizan en cuatro dimensiones que comprenden, a su vez, varios componentes, como puede observarse en la Tabla 3. (Resolución 1314, 2007)

Competencias genéricas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad de abstracción, análisis y síntesis. ✓ Capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica. ✓ Capacidad de comunicación oral y escrita. ✓ Habilidades en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. ✓ Capacidad de aprender y actualizarse permanentemente. ✓ Habilidades para buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas. ✓ Capacidad crítica y autocrítica. ✓ Capacidad para actuar en nuevas situaciones. ✓ Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas. ✓ Capacidad para tomar decisiones. ✓ Capacidad de trabajo en equipo. ✓ Habilidades interpersonales. ✓ Valoración y respeto por la diversidad y multiculturalidad. ✓ Habilidad para trabajar en forma autónoma ✓ Compromiso ético ✓ Compromiso con la calidad.
Competencias específicas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidad para redactar la historia clínica ✓ Capacidad para realizar en cualquier ambiente la anamnesis completa, enfatizando los aspectos psicosociales y ambientales que inciden en la salud de las personas. ✓ Capacidad para realizar el examen físico completo incluyendo la evaluación del estado mental. ✓ Capacidad para realizar el diagnóstico sindromático y formular hipótesis diagnósticas teniendo en cuenta los datos anamnésticos, los hallazgos del examen físico y las enfermedades prevalentes. ✓ Capacidad para plantear diagnósticos diferenciales. ✓ Capacidad para seleccionar, indicar e interpretar las pruebas diagnósticas. ✓ Capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos correspondientes. ✓ Capacidad para derivar a otro nivel de atención. ✓ Capacidad para reconocer, evaluar y categorizar las emergencias médicas. ✓ Capacidad para manejar la fase inicial de la emergencia médica.

Tabla 2: Algunas de las competencias genéricas y específicas de Medicina del proyecto Tuning América Latina.

Cada uno de esos componentes incluye un listado de distintas Actividades-tareas, que están expresadas en términos de competencias. Se presentan dos ejemplos en la Tabla 4. Los mismos dan cuenta de que en la mencionada resolución las competencias están integradas, sin distinción entre

las genéricas y las específicas.

Dimensiones	Componentes
Práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anamnesis ➤ Examen físico y mental ➤ Diagnóstico y tratamiento ➤ Procedimientos
Pensamiento científico e investigación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitud científica
Profesionalismo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenimiento de las competencias profesionales ➤ Principios ético-legales ➤ Comunicación ➤ Trabajo en equipo
Salud poblacional y sistemas sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estructura y función de los servicios de salud.

Tabla 3: Organización de las competencias en dimensiones y componentes, según la resolución 1314/07, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

<p><u>Ejemplo 1 (competencia específica):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensión: Práctica clínica. ▪ Componente: Examen físico y mental. ▪ Actividades-tareas: Realiza el examen físico y mental completo en pacientes internados y/o ambulatorios.
<p><u>Ejemplo 2 (competencia genérica):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensión: Profesionalismo. ▪ Componente: Mantenimiento de las competencias profesionales. ▪ Actividades-tareas: Evalúa críticamente su propia práctica profesional.

Tabla 4: Ejemplos de actividades-tareas expresadas en términos de competencias, según la resolución 1314/07, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

5.3. El aprendizaje de las competencias

Las competencias se adquieren, se movilizan y se desarrollan en forma continua (Segredo Pérez y Reyes Miranda, 2004) Habitualmente se dominan en distintos grados, por lo que se las puede considerar en un continuo que es

posible desarrollar mediante la educación. (González y Wagenaar, 2006)

El modelo más utilizado para mostrar cómo las competencias se adquieren y desarrollan de manera escalonada en la formación del médico es la Pirámide de Miller. (Figura 1) Esta representación gráfica se inicia con los conocimientos hasta llegar a la conducta profesional:

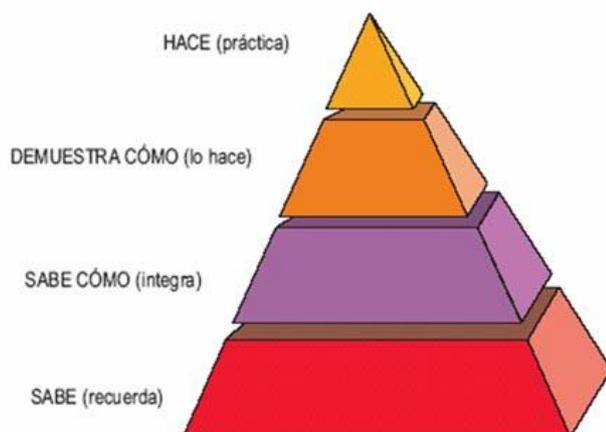


Figura 1: Pirámide de Miller (Tomado de Martínez-Clares et al, 2008)

La base de la pirámide corresponde al saber y allí se sitúan los conocimientos necesarios para el desempeño profesional que se adquieren a través de la formación. El segundo nivel corresponde al saber cómo, es decir, a la aplicación del conocimiento; consiste en utilizar e integrar estos conocimientos a la práctica diaria. El tercer escalón corresponde a mostrar cómo, es decir, implica demostrar cómo se lleva a cabo un aspecto del ejercicio profesional en determinada situación, similar a la realidad de la práctica cotidiana. Finalmente, el vértice o cuarto escalón corresponde a la práctica, al desempeño en la acción. En esta fase se observa lo que el estudiante o el profesional realiza en su práctica cotidiana, con pacientes y en situaciones clínicas reales. A su vez, cada uno de estos niveles tiene distintas formas específicas de evaluación. (Martínez-Clares et al, 2008; Durante Montiel et al, 2011)

En definitiva, las competencias se desarrollan desde la formación de pregrado hasta el ejercicio profesional, como puede observarse en el gráfico de la Figura 2.

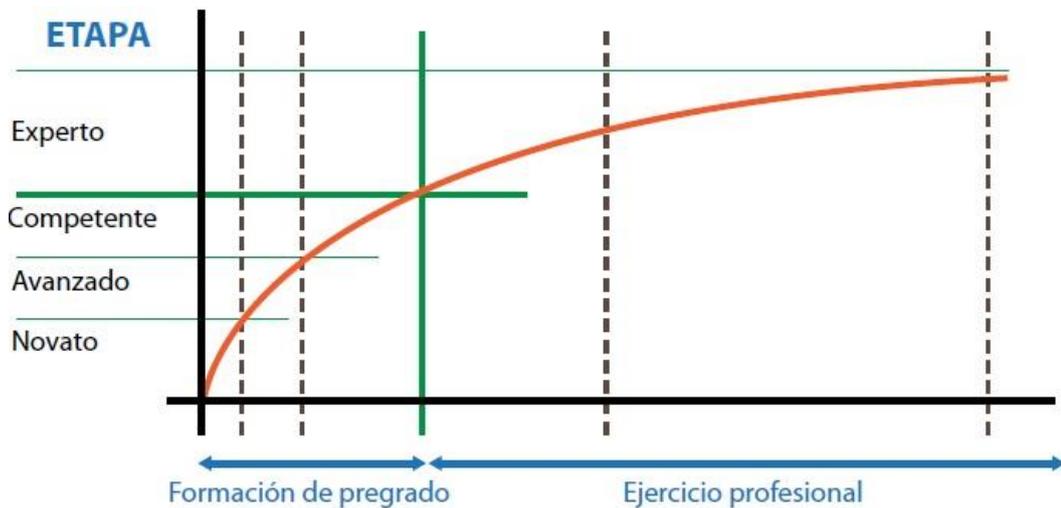


Figura 2: Desarrollo de las competencias desde la formación de pregrado hasta el ejercicio profesional (tomado de Durante Montiel et al, 20011)

Se espera, entonces, que el estudiante se gradúe tras haber logrado el nivel de “competente”, para perfeccionar luego su desempeño hasta el nivel de “experto”, durante el ejercicio profesional.

5.4. La formación basada en competencias

Las competencias no son un modelo pedagógico, ya que no son una representación de todo el proceso educativo ni determinan la concepción curricular, la didáctica y el tipo de estrategias a implementar. Las competencias son un enfoque educativo, ya que sólo constituyen la base para orientar el currículum, la enseñanza, el aprendizaje y la evaluación desde un marco de calidad, al brindar principios, indicadores y herramientas para hacerlo. (Martinez-Clares et al, 2008) Este enfoque de competencias implica cambios en relación a la educación tradicional, que se resumen en la Tabla 5.

Dado que en la formación basada en competencias los conocimientos teóricos requieren ser abordados en función de las condiciones concretas del trabajo, en lugar de focalizar en el cumplimiento de una serie de objetivos de aprendizaje sin tener en cuenta su relación con el contexto, este enfoque educativo exige que el diseño curricular se ordene desde un principio en torno al desempeño, tomando como eje para ello los problemas que abordarán los profesionales. (Segredo Pérez y Reyes Miranda, 2004)

Ahora bien, si bien las competencias se construyen ligadas a contenidos

y contextos específicos, también es necesario que puedan ser generalizadas y transferidas a otros contextos, lo cual no se consigue en forma inmediata. Para ello, se requiere que los docentes planifiquen actividades que permitan trabajar las capacidades de los estudiantes en distintos contextos y sobre contenidos diferentes, para ir ampliando la complejidad y el rango de aplicación de lo aprendido, a los fines de lograr que los alumnos puedan distinguir lo generalizable de lo específico de cada problema. (Martin, 2009)

Formación tradicional	Formación basada en competencias
Desconectada de la realidad del entorno.	Atenta a las necesidades cambiantes de la sociedad y sus profesionales.
Enfoque centrado en la enseñanza.	Enfoque centrado en el aprendizaje y la gestión del conocimiento.
Prima la transferencia de información (transmisión de contenidos).	Importancia de la formación integral y permanente.
El profesor es el centro del proceso.	El profesor cumple el rol de orientador y mediador del aprendizaje.
Desconocimiento de los intereses de los estudiantes y de la necesidad de potenciar sus capacidades y habilidades.	Se parte de la necesidad de potenciar las competencias de los grupos a los que va dirigida.
Curriculum compartimentalizado y poco flexible.	Curriculum integrado y flexible.
Clase magistral como metodología única.	Metodología diversa, activa y participativa.
Alumno receptor pasivo de información.	Alumno (aprendiz) agente de su propio aprendizaje.
Uso de texto escrito como prioritario.	Centrada en otras formas alternativas de trabajo.

Tabla 5: Comparación entre la formación tradicional y la formación basada en competencias. (Adaptado de Martínez-Clares et al, 2008)

5.5. Estrategias didácticas para la formación basada en competencias

Partiendo del criterio de que en el enfoque basado en competencias los alumnos deberán desplegar la capacidad de intervención ante situaciones propias del ejercicio profesional, las cuales tienen lugar en contextos sociales concretos, complejos y diversificados, distintos al ámbito académico, los

docentes deberán implementar estrategias didácticas que permitan a los estudiantes ponerse en contacto con problemas integrales que incluyan distintas dimensiones, exigiendo la aptitud para la toma de decisiones, incluso hasta el tratamiento de dilemas éticos, donde el conocimiento disponible en textos y otras fuentes de información deba ser integrado a las prácticas. (Davini, 2009) Pero, además, dado que en la actual sociedad del conocimiento los saberes disciplinares resultan cada día más heterogéneos, relativos y pueden quedar obsoletos con rapidez, se debe preparar a los alumnos para estar en condiciones de adaptarse y responder a las demandas cambiantes del ejercicio profesional, desarrollando para ello competencias que les permitan adquirir de manera autónoma los conocimientos que puedan necesitar en su desempeño profesional, para poder usarlos de otras maneras novedosas e, incluso, para generar nuevos conocimientos. En definitiva, se trata de capacitarlos para aprender a aprender. (Pozo y Mateos, 2009)

Este enfoque basado en competencias se caracteriza por utilizar elementos que simulan la vida real, ofrecer una gran variedad de recursos para que los estudiantes analicen y resuelvan problemas, enfatizar el trabajo cooperativo apoyado por un tutor y abordar de manera integral un problema cada vez. (Segredo Pérez y Reyes Miranda, 2004) En función de esto, para llevar a cabo la presente propuesta, se considerarán distintos tipos de estrategias didácticas:

- Por un lado, las estrategias de aprendizaje basado en la resolución de problemas y las de aprendizaje colaborativo. Mientras la “colaboración” se refiere a la relación entre los individuos, la “resolución de problemas” describe la herramienta que se utiliza para dirigir el proceso. Ambos componentes deben considerarse simultáneamente para una mayor eficacia. (Graden y Bauer, 1999)
- Por otro lado, la simulación clínica, estrategia que permite entrenar y hacer evidentes múltiples competencias en los estudiantes, que también implica el aprendizaje basado en la resolución de problemas y el aprendizaje colaborativo. (Amaya Afanador, 2007) También se considerará el role playing, como una estrategia afín a la simulación clínica.

5.5.1. El aprendizaje basado en la resolución de problemas

El aprendizaje basado en la resolución de problemas es una forma de aprendizaje constructivo, orientado hacia la comprensión, en lugar de promover sólo la repetición de lo aprendido por memorización. (Pozo y Pérez Echeverría, 2009; Baños y Pérez, 2005) Como ya fuera mencionado, para formar profesionales competentes, capaces de comunicarse, analizar, tomar decisiones, resolver problemas y cooperar con otros, no basta con que los alumnos adquieran el conocimiento verbal repetitivo, propio de las disciplinas que componen el currículum tradicional. Si bien es cierto que sin conocimientos no hay competencias, el hecho de que un alumno adquiera muchos conocimientos no implica que sea competente para usarlos. (Pozo y Pérez Echeverría, 2009) Una diferenciación entre ambas formas de aprendizaje, por repetición y por comprensión, puede apreciarse en la Tabla 6.

El aprendizaje basado en la resolución de problemas consiste en confrontar a los alumnos con problemas reales o simulados, pertinentes para su formación, realizando en base a ellos actividades en grupos reducidos bajo la supervisión de un tutor, quien guía el proceso de aprendizaje pero no proporciona las respuestas a los problemas planteados. Es un método excelente para desarrollar competencias genéricas o transversales. (Baños y Pérez, 2005). Este modelo impulsa un uso estratégico y autónomo de los conocimientos adquiridos, como, por ejemplo, relacionar la nueva información con conocimientos previos y buscar su aplicación en otros contextos. Por lo tanto, exige un diseño de las actividades de enseñanza que permitan hacer más probable esa actividad cognitiva en los estudiantes, requiriéndoles que construyan sus propias respuestas y las contrasten con las de sus compañeros. Asimismo, esas actividades deben facilitar la explicitación de los conocimientos previos e intuitivos que tienen los alumnos, generalmente implícitos o inconscientes, para luego ayudarlos a diferenciar esas creencias de los conocimientos que se les intenta enseñar. (Pozo y Pérez Echeverría, 2009) Además, cabe destacar que esta estrategia debe crear en los alumnos el hábito y la actitud de convertir la realidad en un problema que merece ser indagado y estudiado, recuperando la idea de que aprender es buscar respuestas a preguntas relevantes que uno previamente se ha formulado. (Pozo y Monereo, 2009)

	Aprendizaje por repetición	Aprendizaje por comprensión
Objetivo	Hacer una copia exacta o literal de los elementos que componen la información y su orden.	Relacionar los elementos entre sí en una estructura conceptual o de significado, que implica reorganizar esos elementos.
Resultado	Aprendizaje de información verbal: hechos o datos.	Aprendizaje de conceptos y principios.
Proceso de aprendizaje	Práctica repetitiva, junto a una retroalimentación y un refuerzo.	Relacionar la nueva información con los conocimientos previos y buscar nuevas relaciones con otros conocimientos o contextos
Evaluación	Su adquisición es todo o nada. Fácil de objetivar y fiable, sólo requiere plantear de nuevo la tarea de aprendizaje.	Adquisición gradual, con niveles cualitativos diferentes, más difícil de objetivar y con menor fiabilidad. Requiere plantear situaciones o tareas diferentes a las de aprendizaje.
Eficacia	Limitada, según los criterios de aprendizaje, ya que es poco duradero y transferible.	Mayor según los criterios de aprendizaje, por ser más duradero y transferible a nuevas tareas o contextos.

Tabla 6: Comparación entre el aprendizaje por repetición y el aprendizaje por comprensión (tomado de Pozo y Pérez Echeverría, 2009)

Para diseñar correctamente esas actividades de enseñanza, es necesario tener en claro qué es un problema y diferenciarlo de un ejercicio. Según Lester (citado por Pozo y Pérez Echeverría, 2009) un problema es una tarea que una persona o grupo de personas necesitan o quieren resolver y para la cual no tienen un camino directo que lleve a esa solución. Esto exige que la persona tome decisiones sobre el proceso que debe seguir, las técnicas que debe emplear, el tipo de solución que es adecuada, etc. Un ejercicio, en cambio, es una tarea más o menos complicada en función de los propios conocimientos y experiencia, para la cual ya se sabe de antemano cómo afrontarla y resolverla, es decir, casi no es necesario tomar decisiones porque son tareas para las que ya se dispone de recursos o conocimientos que llevan

de forma más o menos inmediata a la solución. Sólo requieren la puesta en marcha de técnicas que pueden convertirse en rutinas por medio de ejercicios repetitivos. Si bien la diferencia entre un problema y un ejercicio puede ser considerada como una cuestión de grados, hay ciertas características que hacen que una tarea esté más cerca de un ejercicio que de un problema, como puede observarse en la Tabla 7.

	Ejercicio	Problema
Apertura	<u>Cerrado</u> : Sólo tiene una solución correcta y sólo hay una manera totalmente lícita de llegar a esa solución.	<u>Abierto</u> : Hay mayor libertad para determinar tanto el camino como las operaciones que pueden usarse para su resolución
Definición	<u>Bien definido</u> : El punto de partida y el de llegada son suficientemente claros como para saber fácilmente y sin ninguna incertidumbre si se ha llegado a la meta.	<u>Mal definido</u> : Los datos y la situación de la que se parte no son tan claros, tampoco la meta a alcanzar.
Estructura	<u>Somera y superficial</u> : Se llega a la resolución siguiendo determinada secuencia	<u>Ancha y profunda</u> : El número de combinaciones posibles para su resolución y la cantidad de sub-ramas que abre cada decisión es mayor.
Control	<u>Externo</u> : El docente es quien toma las decisiones por los alumnos, ejerciendo el control de todas las fases necesarias para su resolución.	<u>Interno</u> : El alumno debe tomar sus propias decisiones en las diferentes fases (fijar metas, seleccionar un plan de acción, ejecutarlo y evaluarlo)
Tipo de conocimiento	<u>Técnico</u> : La pericia y el conocimiento del contexto hacen que la tarea sea rutinaria. (El aumento de la experiencia y el conocimiento llevan a que algunos problemas se conviertan progresivamente en ejercicios)	<u>Estratégico</u> : El menor dominio de los conocimientos necesarios para resolver la tarea implica un mayor esfuerzo y uso de recursos cognitivos para resolverlas.

Tabla 7: Características diferenciales entre los ejercicios y los problemas. (Modificado de Pozo y Pérez Echeverría, 2009)

De todos modos, no se trata de elegir si enseñar mediante ejercicios o mediante problemas, sino de saber diferenciar unos de otros para que las tareas propuestas a los alumnos se sitúen a lo largo de un continuo que va de los ejercicios a los problemas. El aprendizaje de la solución de problemas necesita que las tareas sean lo suficientemente abiertas como para proponer un desafío a los estudiantes, pero también lo suficientemente cerradas como para que tengan los conocimientos que les permitan comprender la tarea y avanzar en el proceso de solución. Es decir, aunque la meta final sea enseñar a los alumnos a resolver problemas, para ello se necesita dotarlos de las técnicas necesarias, que deben aprenderse mediante ejercicios. (Pozo y Pérez Echeverría, 2009).

Según Davini (2009), algunos autores consideran una familia de métodos de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), a los siguientes:

- El método de estudio de casos: Apunta a vincular el conocimiento, la realidad y las prácticas a través de la presentación de una situación de la vida real o lo más parecida posible a una situación real, como punto de partida para el aprendizaje. La situación narrada provoca el análisis y la interpretación, el intercambio de ideas con el grupo de aprendizaje y la búsqueda activa de informaciones. La intención final es comprender el problema implícito en el caso y el contexto de la situación, así como elaborar posibles maneras de intervenir en ella a fin de mejorarla.
- El método de solución de problemas: Consiste en generar preguntas, dudas o incertidumbre. Los alumnos, entonces, necesitan analizar y comprender el problema, a partir de lo cual podrían tomar decisiones para resolverlo, o al menos, para disminuir la incertidumbre que el problema genera. Es fundamental partir de problemas genuinos, es decir, aquéllos cuyas respuestas no son predeterminadas y que implican elegir entre dos o más alternativas de análisis y solución.
- El método de construcción de problemas o problematización: Su intención educativa no es generar capacidades para resolver problemas sino para construirlos. Se busca que los alumnos aprendan a trabajar con lo complejo, descubran y analicen distintas dimensiones de una

situación problemática, evitando que el pensamiento se encierre en la simplificación o en una única mirada. Un problema requiere, muchas veces, de un proceso de construcción previa y de debate de perspectivas: lo que es problema para una persona, puede no serlo para otra. Asimismo, requiere de un análisis de las distintas dimensiones involucradas en una situación problemática, superando la tendencia a dar rápidas respuestas o tomar decisiones sin un buen análisis.

- El método de proyectos: Apunta a aprender mediante la elaboración de un plan o proyecto de acción, analizando y seleccionando alternativas, preparando un plan de trabajo, definiendo etapas en un tiempo determinado, y poniéndolo en marcha, con seguimiento del proceso y de sus resultados. En muchos casos, no sólo implica producir, construir, elaborar y poner en marcha el proyecto, sino también comunicarlo y difundirlo, generando apoyos, alianzas y participación. El método requiere de la acción grupal e implica un proceso de mediana duración.

Un aspecto a considerar es que estos abordajes no se identifican con el desarrollo de una única clase, dentro de rígidos horarios académicos. Por eso se deben buscar alternativas que permitan un mayor aprovechamiento de los mismos. (Davini, 2009)

5.5.2. El aprendizaje colaborativo

El aprendizaje colaborativo es una estrategia que posibilita usar las diferencias de conocimientos entre los estudiantes, quienes, trabajando en equipo, actúan como mediadores en la construcción del conocimiento de sus compañeros. Esas interacciones con otros habilitan situaciones óptimas para la aparición de conflictos sociocognitivos que favorecen el aprendizaje. (Durán, 2009) Esta modalidad de enseñanza promueve el aprendizaje activo, centrado en el alumno y de características profundas, al brindar a los estudiantes múltiples oportunidades para confrontar sus ideas con las de los otros miembros del equipo. (Camilloni, 2010) De este modo, cada alumno aprende de los otros y con los otros. Es así como el trabajo en equipo permite desarrollar destrezas interpersonales y cognitivas útiles para la argumentación de las propias ideas, la escucha de los puntos de vista de los otros, la

resolución de conflictos a través del acuerdo y la asunción de decisiones compartidas. (Durán, 2009) A través de las discusiones con sus pares, los estudiantes pueden establecer mayor cantidad de relaciones entre conceptos, al combinar las que construyen inicialmente por sí mismos, con las relaciones conceptuales que construyen los demás. De este modo les es posible seguir la conexión entre distintos razonamientos; ubicarse en varias perspectivas, siguiendo diferentes puntos de vista; evaluar, aceptar e intercambiar o refutar argumentos; justificar sus propias posiciones y propuestas y sacar conclusiones y ponerlas a prueba ante el juicio de los demás miembros del grupo. Estas son operaciones cognitivas que requieren de la interacción con otros y difícilmente puedan desarrollarse en actividades realizadas individualmente. (Camilloni, 2010) En definitiva, esta forma de trabajo no sólo favorece el aprendizaje de los contenidos disciplinares, sino que implica un aprendizaje en sí misma, al permitir el desarrollo de competencias transversales como las mencionadas anteriormente. (Calzadilla, 2002; Camilloni, 2010). Esto permite que el foco de atención del alumno cambie de observar sólo los resultados a adoptar actitudes que valoran la cooperación y la dinámica del grupo. Esto ocurre cuando esas características son manifiestas, observadas y parte del proceso de evaluación. Por lo tanto, en los trabajos colaborativos la evaluación está entramada en todo el proceso de elaboración del mismo y no se limita al momento final en el que se presentan los resultados alcanzados. (Camilloni, 2010)

Calzadilla (2002) señala que es necesario distinguir las experiencias que estimulan genuinamente un aprendizaje colaborativo, de las que no lo hacen. Un ejemplo de esto último, es la repartición de contenidos de aprendizaje por parte del docente en grupos elegidos aleatoriamente, para luego presentar sus productos de aprendizaje en una serie de exposiciones a modo de síntesis del trabajo, que se van leyendo a una audiencia pasiva que no realiza preguntas. Por el contrario, el trabajo grupal con enfoque colaborativo exige mayor dedicación y es más meticuloso. Para empezar, requiere una organización cuidadosa por parte del docente: los grupos pueden conformarse por el azar o por algún criterio específico y se deberá definir si esa conformación será estable o no. Además, el docente deberá dar una consigna de trabajo de características variables y asignar roles a los miembros del equipo, por

ejemplo: redactor, coordinador, informante, etc. En ocasiones, en función de las tareas por realizar, se requiere de un cronograma de trabajo. (Camilloni, 2010) Por lo tanto, la experiencia debe implicar una mediación en el proceso de aprendizaje por parte del docente, mediante el seguimiento del desenvolvimiento del grupo, la realización de las intervenciones que sean necesarias y la evaluación formativa de los alumnos, conociendo los logros tanto colectivos como personales. Además, esta modalidad debe generar una reflexión seria por parte del grupo, así como reconocimientos que recompensen objetivamente las acciones valiosas, logrando en los estudiantes un crecimiento intelectual y socioafectivo. El proceso debe estimular la valoración y responsabilidad hacia el proceso educativo y el respeto por los demás y su trabajo. (Calzadilla, 2002)

Por otra parte, esta estrategia de aprendizaje promueve en las aulas la desaparición de observadores pasivos y receptores repetitivos, y supera los tradicionales hábitos de memorización utilitaria. En lugar de eso, estimula procesos dialógicos que conducen a la confrontación de múltiples perspectivas que llevan a distintas interpretaciones de la realidad por parte de cada alumno, de acuerdo a las posibilidades de cada uno, siendo necesario interactuar y reflexionar para negociar significados al interior del equipo. Eggen y Kauchak (citados por Calzadilla, 2002) señalan que los estudiantes que explican y elaboran, aprenden más que aquellos que solamente escuchan explicaciones. A su vez, estos últimos aprenden más que los estudiantes que aprenden solos. Los autores señalan que el aprendizaje colaborativo alienta la elaboración, al pedir a los estudiantes que hablen acerca de sus nuevas ideas con otros estudiantes de su grupo.

Distintos autores describen estrategias para el desarrollo de aprendizaje colaborativo. Se expondrán a continuación algunas de ellas que pueden resultar útiles para la presente propuesta, ya sea aplicadas en la forma descrita o con algunas variantes para adecuarlas a las necesidades que se presenten:

- Aprendizaje cooperativo informal: Consiste en un trabajo conjunto por parte de un grupo de estudiantes constituido para la ocasión, que se lleva a cabo durante algunos minutos o, como máximo, durante el tiempo que dura una clase, a los fines de lograr un objetivo de aprendizaje que

implique la elaboración de un producto, como puede ser una respuesta oral o escrita. (Durán, 2009)

- Apuntes en pareja: Permite a los estudiantes comparar sus anotaciones y mejorarlas, tomando algo del compañero para mejorar sus apuntes. (Durán, 2009) Hay varias formas para realizar trabajo en parejas, como analizar resultados con un compañero, intercambiar los trabajos para revisión, entre otras. (Delgado Fernández y Solano González, 2009)
- El puzle: Los estudiantes se organizan en grupos, dentro de los cuales cada integrante deberá aprender una parte del conocimiento necesario para llegar al objetivo del equipo. Para ello, cada miembro se reúne previamente con los estudiantes de los demás equipos que tienen a su cargo la misma parte del conocimiento y resuelven algunas actividades destinadas a construir el conocimiento en cuestión. Luego, cada integrante vuelve a su equipo original, donde aportará su pieza de conocimiento, necesaria para lograr el objetivo educativo. Cada estudiante deberá responsabilizarse no sólo de su propio aprendizaje, sino que deberá ayudar a sus compañeros de equipo para que comprendan las demás partes que integran la totalidad del conocimiento. (Durán, 2009)
- Estrategia de escape: Consiste en describir las características de un problema presentado al grupo y las derivaciones que surgen del mismo. Luego, también con aportes grupales, se formulan ideas para escapar a estas complicaciones o características problemáticas, reflexionando sobre cuáles serían las soluciones más apropiadas. (Barraza Macías, 2010)
- Lluvia de ideas: su objetivo es poner en común las ideas que cada miembro del grupo tiene sobre un tema determinado y que, con la moderación del docente, se pueda llegar a una síntesis, conclusión o acuerdo colectivo. Cada idea se toma en cuenta y se escribe en forma textual (para no sesgar los aportes). Luego se clasifican las ideas y se elabora o se vota un resultado. Una variante es la rueda de ideas pero, en este caso, se seleccionan las cinco ideas más significativas para el problema propuesto por el docente. (Delgado Fernández y Solano González, 2009)

- Estrategia 6-3-5: Implica la participación de seis integrantes, quienes, a partir de un problema, escribirán en una hoja tres posibles soluciones, para lo cual dispondrán de cinco minutos. Transcurrido ese tiempo, cada participante pasa la hoja a su compañero de la derecha, quien no puede criticarlas, sólo puede ampliarlas o añadir otras ideas, durante otros cinco minutos. El trabajo continúa hasta que cada participante recibe su hoja original. Luego se trabaja con las ideas generadas. (Barraza Macías, 2010)
- Controversia estructurada: Se divide al grupo en dos subgrupos y a cada subgrupo se le pide buscar aspectos positivos o negativos de un tema propuesto. Puede realizarse un debate en el momento o dar un tiempo para la investigación. (Delgado Fernández y Solano González, 2009)

5.5.3. La simulación clínica

La simulación clínica consiste en situar al estudiante en un ambiente, denominado “escenario”, que replique algo o casi todos los aspectos de una situación clínica real, ofreciéndole de este modo la oportunidad de realizar una práctica análoga a las que deberá enfrentar en forma independiente cuando ejerza su profesión, lo que le permitirá entenderla y prepararse para poder enfrentarla más adecuadamente cuando ella ocurra en la práctica clínica. (Utili Ramírez, 2007) Se trata de una técnica que permite sustituir o ampliar las experiencias reales a través de experiencias guiadas, que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real, de una forma totalmente interactiva. (Corvetto et al, 2013, Galindo López y Visbal Spirko, 2007) La situación simulada puede ser cotidiana o, por el contrario, poco frecuente, lo importante es que se ajuste a la realidad, sin exagerarla ni minimizarla. (Galindo López y Visbal Spirko, 2007) Esta estrategia crea un ambiente ideal para la educación, ya que las actividades pueden diseñarse para que sean predecibles, consistentes, estandarizadas, seguras y reproducibles. (Corvetto et al, 2013) De este modo, se hace posible un entrenamiento programado en numerosas situaciones clínicas, procedimientos de todo tipo, manejo de situaciones críticas y detección de situaciones potencialmente catastróficas. El proceso y la estructura de la educación médica se convierten así en una serie de elecciones progresivas por parte del docente, en lugar de ser una adaptación a las

disponibilidades clínicas del momento, propia de los ámbitos reales. Las prácticas de simulación no pueden ser un elemento aislado del proceso educativo, sino que deben tener un encadenamiento lógico dentro de la propuesta pedagógica, permitiendo acelerar el proceso de aprendizaje y contribuyendo a elevar su calidad. (Utili Ramírez, 2007) También se las puede utilizar con fines evaluativos. (Corvetto et al, 2013)

La simulación puede llevarse a cabo con distintos recursos. En ciertos casos se recurre al uso de programas computacionales, los cuales son útiles para trabajar la toma de decisiones en cuestiones fisiológicas o farmacológicas, o para permitir la representación tridimensional de un espacio anatómico para desarrollar habilidades manuales, como las necesarias para procedimientos endoscópicos. En otros casos se utilizan modelos diseñados para replicar sólo una parte del organismo, por ejemplo, un brazo para punción venosa o maniqués de tamaño real, manejados computacionalmente, que representan un paciente completo y simulan aspectos anatómicos y fisiológicos. Pero los que son de interés para esta propuesta son los pacientes simulados o estandarizados, que son personas entrenadas para actuar como pacientes. (Corvetto et al, 2013) Suele hacerse una diferencia entre ambos términos, aunque, en ocasiones, un mismo sujeto puede ser un paciente simulado y también estandarizado. Se considera paciente simulado a una persona que no presenta el problema de salud que se pretende simular, quien ha sido cuidadosamente entrenada para presentar los signos y síntomas de un paciente verdadero. (Franco Corso et al, 2012) Por otra parte, los pacientes estandarizados son personas, por lo general actores, preparados de forma tal que siempre presentan los mismos datos de anamnesis y exploración física, así como las mismas actitudes y aspectos emocionales seleccionados para el caso que van a representar. Estos pacientes deben seguir unas normas predeterminadas para mantener siempre igual su manera de comunicarse frente a diferentes entrevistadores. (Serdio Romero, 2002; Martínez Carretero, 2005) Los pacientes estandarizados también pueden ser personas que realmente presentan determinada enfermedad, siempre y cuando cuenten con la mencionada preparación. (Franco Corso et al, 2012)

Los pacientes estandarizados presentan muchas ventajas sobre los pacientes reales: pueden estar disponibles en cualquier momento y lugar,

permiten la representación de diferentes estadios evolutivos de una enfermedad y de complicaciones o efectos secundarios sin tener que esperar o intervenir, facilitan el conocimiento de enfermedades de baja prevalencia, evitan los riesgos de errores reales diagnósticos o terapéuticos, se estandarizan de manera que presentan igual complejidad frente a todos los examinandos o estudiantes. (Serdio Romero, 2002) Ellos mismos están además entrenados para evaluar la capacidad del entrevistador para realizar la anamnesis, la exploración física y los patrones de comunicación con el paciente, por lo cual su aporte es muy valioso para el docente. (Martínez Carretero, 2005) Está constatada su utilidad como instrumentos de evaluación sumativa y formativa de aspectos vinculados con el razonamiento clínico, las actitudes, las habilidades de relación médico paciente y la capacidad de gestión de la consulta. (Serdio Romero, 2002) El paciente simulado estandarizado constituye uno de los instrumentos educativos y evaluativos más importantes para garantizar que se dispone de las competencias clínicas necesarias en el encuentro médico-paciente. (Martínez Carretero, 2005)

Según el grado de realismo de los modelos y de la experiencia en la que se usan, se pueden considerar distintos niveles de simulación: Simulación de baja fidelidad, en la que se usan modelos que simulan sólo una parte del organismo, generalmente para adquirir habilidades motrices básicas como la instalación de una vía venosa periférica o la auscultación cardiaca. Simulación de fidelidad intermedia, en la que se combina el uso de una parte anatómica, con programas computacionales sin demasiada complejidad, como los dispositivos para el entrenamiento en reanimación cardiopulmonar. Simulación de alta fidelidad, en la que se integran múltiples variables fisiológicas para la creación de escenarios clínicos realistas con maniqués de tamaño real, para entrenar competencias técnicas avanzadas y de manejo de crisis. Este nivel de fidelidad incluye los escenarios realizados con pacientes simulados. Cabe aclarar que no todo escenario de alta fidelidad implica alta complejidad y tecnología. (Corvetto et al, 2013) Es importante que la simulación se realice con los espacios físicos necesarios en función de cada escenario, como consultorios, habitaciones, quirófanos, salas de trauma, unidades de cuidados intensivos, salas de parto, etc. construidos en escala real, y dotados de los elementos necesarios para el caso. (Galindo López y Visbal Spirko, 2007)

Luego de simular la situación elegida, puede llevarse a cabo una etapa de análisis que permite una discusión facilitada del escenario, llamada “debriefing”, la cual incluye las reflexiones sobre la experiencia durante el escenario, así como los comentarios por parte de los participantes observadores y del docente facilitador. Durante esta fase es posible desafiar al grupo de forma constructiva, permitiendo que todos los participantes puedan construir en forma colaborativa un espacio reflexivo que permita un aprendizaje más profundo. (Dieckmann et al, 2009)

Un principio fundamental para trabajar con simulación es que el estudiante debe tener un conocimiento previo de la situación clínica, es decir, debe alcanzar el primer nivel de la pirámide de Miller: “saber”. Éste es un requisito necesario para acceder a la simulación y continuar así con el perfeccionamiento, adquiriendo en ella los componentes de las competencias vinculados con el “hacer” (habilidades) y con el “ser” (actitudes). De este modo, se valora la importancia del sustento teórico para la búsqueda del conocimiento en Medicina, y se estimula el compromiso con la tarea y el registro de lo que se hace u omite, lo cual evitará en un futuro posibles perjuicios para el paciente. Por más agradable que sea la simulación para el estudiante, lo cual es incluso necesario para que éste acepte el desafío que ella implica, nunca se la deberá tomar como un acto de diversión o un pasatiempo. También es imprescindible excluir la idea de que, como no se trata de situaciones reales, se puede improvisar o realizar cualquier procedimiento “y ver qué pasa”. Por el contrario, es necesario que el estudiante registre que en la actividad de simulación se busca hacer realidad lo que ya leyó, estudio e investigó. Para ello, el estudiante deberá ingresar al hospital de simulación sabiendo qué práctica se hará y qué conocimientos se requieren para conseguir el objetivo planteado. (Galindo López y Visbal Spirko, 2007)

Las ventajas del uso de la simulación clínica en la educación médica han sido ampliamente descritas y éstas recaen no sólo sobre el proceso educativo, sino también sobre los pacientes. (Corvetto et al, 2013; Utili Ramírez, 2007; Galindo López y Virbal Spirko, 2007) La simulación proporciona un ambiente controlado y seguro, que permite crear y reproducir situaciones o escenarios a demanda, facilitando el entrenamiento sistemático y repetido de habilidades prácticas y competencias, admitiendo equivocarse y aprender del

error, sin riesgos para el alumno ni para el paciente. Esto permite que el proceso de aprendizaje se base en la práctica y la reflexión, logrando una mayor transferencia desde la teoría a la práctica. Asimismo, la simulación permite el entrenamiento consistente y programado en situaciones clínicas de presentación poco habitual, enfermedades raras y situaciones críticas. (Corvetto et al, 2013) En los ámbitos de atención médica reales, el estudiante, guiado por el docente, puede interactuar con el paciente sólo en determinados ámbitos y bajo ciertos parámetros y con marcados límites. Sin embargo, existen muchas situaciones reales en las cuales el estudiante sólo puede permanecer como observador pasivo la gran mayoría de las veces, como son las áreas de internación, urgencias, unidades de terapia intensiva, salas de parto y quirófanos; aquí su participación puede ser muy limitada, muy controlada y poco trascendental en la gran mayoría de casos, por lo que la simulación clínica representa una valiosa alternativa para permitir ejercitar su intervención ante estas situaciones. (Galindo López y Visbal Spirko, 2007) Las consultas psiquiátricas presentan, por lo general, estas características. Además, dado que en la práctica clínica los errores deben evitarse, durante la misma no es posible el entrenamiento en situaciones que se originan por la ocurrencia de estos. Sin embargo, mediante la simulación es posible permitir la mantención del error para enseñar las consecuencias de éste y repetirlo todas las veces que sea necesario, a los fines de lograr que el alumno conozca sus consecuencias, aprenda a reconocerlo y a tratarlo adecuadamente, sin los riesgos y las consecuencias éticas que esto implicaría. Al no traducirse en daño para el paciente, se facilita la discusión sobre el error y el aprendizaje a partir de éste, para lograr la competencia en forma correcta. (Utili Ramírez, 2007; Galindo López y Visbal Spirko, 2007)

Un estrategia vinculada a la simulación clínica es el role playing o juego de roles. Para llevarlo a cabo, hay distintas alternativas: se puede entregar a los estudiantes un caso predefinido, el cual deben preparar para su representación, o, en otros casos, se les puede solicitar que, tras leer el cuadro clínico y las características del paciente que se pretende representar, ellos mismos creen la situación aplicando su creatividad. En ambas estrategias hay una representación de un caso clínico que permite a los estudiantes aplicar sus conocimientos, desarrollar habilidades y resolver problemas con relativa

seguridad. La diferencia entre ambas es que en el juego de roles el alumno puede asumir el papel del paciente, es decir, puede actuar como alguien diferente de sí mismo, mientras que en la simulación clínica siempre es él mismo en el rol del médico. Tomar el papel del paciente puede ayudarle a explorar las actitudes y los sentimientos que éstos pueden tener. Ocupar el papel del médico le ayuda a adquirir una identidad profesional. En el juego de roles el papel del paciente puede ser tomado por el docente, lo cual no es aceptado en la simulación clínica. La simpleza y la flexibilidad del juego de roles lo hacen una metodología más económica y relativamente fácil de practicar, aunque no es tan adecuada para los fines evaluativos, como sí lo son los pacientes estandarizados. (Franco Corso et al, 2012)

5.5.4. Otras estrategias

Es necesario puntualizar que varias de las competencias transversales que los alumnos deben desarrollar están asociadas a prácticas de lectura, escritura y pensamiento, tal como puede inferirse del listado presentado en el apartado 5.2. Estas prácticas, que adoptan características particulares en cada campo de estudio, también deben ser abordadas en el curso para que los alumnos puedan participar en la cultura discursiva disciplinar y adueñarse de ellas. Pero, además, elaborar y comprender textos escritos son medios necesarios para aprender los contenidos conceptuales propios de las distintas disciplinas, que luego integrarán a las competencias específicas. Para lograr estos objetivos es necesario que los docentes propongan a los alumnos actividades de lectura guiada por un determinado propósito, trabajando luego con lo que los alumnos han entendido o no sobre lo leído, para ayudarlos a lograr una progresiva autonomía gracias a la orientación del docente. Por otra parte, escribir sobre lo leído exige procesar los textos de un modo más activo, poner en relación conceptos y descubrir errores en la propia comprensión. También posibilita que los problemas con la lectura se vuelvan observables, ya que es en lo escrito donde los estudiantes muestran sus dificultades para la comprensión, a partir de las cuales los docentes podrán retroalimentar sus interpretaciones iniciales, actuando como un tutor experto en la disciplina. En definitiva, para apropiarse de cualquier contenido, los estudiantes tienen que reconstruirlo una y otra vez, siendo la lectura y la escritura herramientas

fundamentales para esta tarea de asimilación y transformación del conocimiento. (Carlino, 2005) Por lo tanto, será necesario complementar las estrategias didácticas seleccionadas para esta propuesta (aprendizaje basado en problemas, aprendizaje colaborativo y simulación clínica) con prácticas de lectura y escritura que reúnan las características mencionadas.

5.6. El docente como tutor

En la formación basada en competencias el rol del docente adquiere características particulares, que difieren del que adopta en la educación tradicional. Esto está íntimamente relacionado con el cambio de enfoque en el proceso educativo, al poner el centro en el aprendizaje en lugar de la enseñanza. El trabajo del docente debe dirigirse, entonces, a facilitar el acceso intelectual de los alumnos a los contenidos y prácticas profesionales en una determinada disciplina. (Boronat Mundina et al, 2005) Es decir, en la formación basada en competencias, el alumno-aprendiz deberá gestionar su propio aprendizaje con la guía del docente-tutor. El papel del tutor es más el de facilitador del aprendizaje que el de transmisor de conocimiento, debiendo desecharse la vieja idea de que enseñar es sinónimo de aprender. (Martínez-Clares et al, 2008)

Con este nuevo enfoque es necesario entonces pensar al interior de las disciplinas desde la perspectiva de los alumnos que van a estudiarla: cómo la podrían abordar mejor, con qué tipo de dificultades pueden encontrarse, qué tipo de apoyos complementarios pueden serles útiles, siendo la reflexión sobre la propia experiencia docente muy iluminadora. En definitiva, en la formación basada en competencias, el hecho de centrar el enfoque en el aprendizaje hace necesario redefinir el trabajo del docente, reemplazando el tradicional rol de transmisor de conocimientos por el de un profesional que crea y organiza ambientes de aprendizaje complejos, implicando a los alumnos en la búsqueda y elaboración del conocimiento, mediante estrategias y actividades apropiadas. (Boronat Mundina et al, 2005) En este contexto, la función docente no puede identificarse sólo con la enseñanza, sino que ha de abarcar también la orientación y tutoría de los alumnos. (Sola Martínez y Moreno Ortiz, 2005).

La tutoría debe ser entendida como una parte de la actividad docente en la que se establece una interacción personalizada entre el docente y el alumno,

con el objetivo de guiar el aprendizaje de éste, adaptándolo a sus condiciones individuales y a su estilo de aprender, de modo que cada estudiante alcance el mayor nivel de dominio y competencia educativa posible. Este aprendizaje debe ir más allá de la adquisición de conocimientos, por lo que se deben trabajar además, destrezas, habilidades y actitudes para el desarrollo de competencias. (García Nieto, 2008) La función tutorial del docente consiste entonces en guiar, apoyar, acompañar y orientar a los alumnos para la promoción de una real comprensión de los conocimientos y para colaborar en el proceso de búsqueda y construcción de sus competencias profesionales. Para ello el tutor debe promover en los alumnos un cambio constructivo en su comportamiento, ayudarles a descubrir nuevos aspectos y nuevas posibilidades en sí mismos, estimularlos para el uso de sus propios recursos, permitirles un mayor grado de control personal en la actividad a desarrollar, posibilitarles la toma de conciencia personal acerca de cómo se va construyendo el aprendizaje y facilitarles el desarrollo de actitudes y conocimientos científicos. (Martínez y Briones, 2007) La tutoría tiene una función preventiva de diferentes problemas, tanto de aprendizaje como personales, y es compensadora de posibles carencias o deficiencias que presentan los alumnos, al abordarlas mediante la relación individualizada y la adecuación de los recursos. (Sola Martínez y Moreno Ortiz, 2005).

Distintos autores señalan varios modelos de tutoría universitaria, siendo los principales los siguientes:

1. Tutoría legal o funcional: destinada a desempeñar funciones administrativas, como ocuparse de calificaciones, revisión de exámenes, reclamos, problemas, etc.
2. Tutoría académica: dedicada a brindar asesoramiento respecto al contenido del plan de estudios y de asignaturas, bibliografías y fuentes de documentación, realización de investigaciones o trabajos de campo, etc.
3. Tutoría docente: consiste en una modalidad de la docencia que puede implementarse de diversas formas, de modo que complete y amplíe la ofrecida en las clases convencionales, como por ejemplo trabajo en pequeños grupos, realización de seminarios, profundización de algún tema monográfico, realización de debates sobre cuestiones problemáticas, etc.
4. Tutoría personalizada: se lleva a cabo cuando el alumno demanda ayuda al

tutor, relativa al ámbito personal o al campo académico. Atiende necesidades básicas y expectativas de los estudiantes en forma individualizada y facilita orientación e información sobre estudios o cualquier problema que el alumno pueda presentar. (García Nieto, 2008; Boronat Mundina et al, 2005)

También existen experiencias de tutoría entre pares, que se ven favorecidas por el nivel de comunicación y el grado de empatía que se logra entre iguales. (Boronat Mundina et al, 2005)

Sola Martínez y Moreno Ortiz (2005) señalan que la acción tutorial en el contexto universitario puede realizarse a nivel individual y de grupo, dependiendo de los objetivos propuestos y las posibilidades circunstanciales. La tutoría individual se establece con el objetivo de orientar, guiar y ayudar a un estudiante en particular sobre cuestiones académicas, personales o profesionales. Permite detectar y conocer las características y posibilidades de su rendimiento, a fin de potenciarlas al máximo y de contribuir al desarrollo integral de su personalidad y adaptación al entorno social y profesional. La tutoría tiene una dimensión grupal cuando se realiza con varios alumnos, siendo el tutor un orientador, guía y colaborador de éstos. Será necesario que el tutor conozca las relaciones grupales y otros aspectos del grupo que surgen a partir de las características de sus integrantes.

Finalmente, se mencionarán las características de la tutoría virtual, que requiere el uso de entornos informáticos. Se distingue por la necesidad de anticipar y concretar previamente las decisiones sustanciales de la enseñanza. Antes de comenzar con la fase interactiva, toda la propuesta debe estar decidida y plasmada en materiales ya producidos. Aquí la función del tutor es esencial, ya que debe considerarse que la interacción de los alumnos con los materiales de estudio, sin su intervención, resulta insuficiente. La comunicación a través de la escritura y su apelación a la lectura por parte del alumno, puede facilitar las relaciones entre las ideas propuestas y la reflexión sobre los conocimientos previos y las propias experiencias. El intercambio escrito y diferido permite que las intervenciones de alumnos y docentes sean más reflexivas incluso que la participación espontánea en las clases presenciales. (Martínez y Briones, 2007)

5.7. La evaluación en la formación basada en competencias

Cuando el diseño curricular es por competencias, en la evaluación resulta indispensable observar al alumno actuando, ya que no se es competente cuando sólo se sabe cómo se hace algo, sino cuando se lo hace efectivamente y de una manera adecuada. (Lafuente et al, 2007) Por lo tanto, si se pretende preparar a los estudiantes para que piensen, decidan y actúen en el mundo real, las tareas de evaluación que se les propongan deben incluir una demostración activa de su capacidad de poner en acción el conocimiento. Es decir, la evaluación que se lleve a cabo debe corresponderse efectivamente con los objetivos enunciados en el diseño de la asignatura. Los alumnos tienen que demostrar que manejan las mismas combinaciones de conocimientos, habilidades y actitudes, en definitiva, competencias, que van a necesitar después en la vida profesional. En conclusión, cuando se trabaja con un enfoque orientado por competencias se requiere planificar una evaluación contextualizada en planteamientos y situaciones de la futura vida profesional (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008)

Sin embargo, no existe una única estrategia para evaluar las competencias. Estas varían en función del nivel de la pirámide de Miller que se pretende evaluar. Algunos ejemplos pueden encontrarse en la Figura 3.



Figura 3: Estrategias de evaluación de las competencias. (Tomado de Durante Montiel, 2011)

En el enfoque por competencias, como ya fuera señalado, el centro de interés pasa a ser el aprendizaje del alumno, siendo la enseñanza la actividad destinada a facilitar ese aprendizaje. Por lo tanto, una de las consecuencias directas de este enfoque es que la evaluación debe dejar de reducirse al control externo de lo que hace el estudiante y a la calificación sólo para acreditar, para constituirse en un proceso optimizador de los aprendizajes. (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008) Cuando los docentes consideran que la evaluación sólo sirve para calificar es muy poco probable que utilicen procesos como la autoevaluación y otros instrumentos de evaluación formadora o que desestimen los trabajos grupales con el argumento de que resulta difícil identificar lo que ha aprendido cada alumno. Por el contrario, la evaluación debe permitir a los estudiantes ir tomando conciencia de cuándo aprenden y cuándo no y de qué actividades son las que más les ayudan a construir conocimiento. De este modo se contribuye desde la evaluación a desarrollar la reflexión metacognitiva necesaria para aprender a aprender y autorregular el aprendizaje a lo largo de la vida. Una enseñanza de calidad debe poner en relación los objetivos pedagógicos, las actividades de aprendizaje y la evaluación. (Martin, 2009)

Para que los estudiantes participen activamente en su aprendizaje, es indispensable que conozcan las premisas de las que parte el docente a la hora de evaluar a sus alumnos, las cuales deben ser explicitadas de antemano para hacer más transparente el proceso. Es necesario reducir la incertidumbre que plantea la evaluación aportando criterios claros y detallados, e incluso trabajos ejemplares que puedan constituir un referente para que los alumnos logren una mayor comprensión de los criterios de evaluación de la materia y alcancen mejores resultados de aprendizaje. (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008)

Carlino (2005) señala los rasgos que caracterizan a las buenas prácticas evaluativas, los que constituyen un resumen de lo planteado hasta aquí. Esta autora refiere que una buena evaluación debe ser: Válida, en tanto evalúa lo que se compromete a enseñar. Explícita, porque comparte de entrada con los sujetos evaluados los criterios para el logro exitoso. Educativa, cuando promueve el aprendizaje no sólo al final del proceso sino durante el mismo, y alinea la actividad cognitiva que la misma requiere con los objetivos educativos.

Internalizable, al ayudar a formar los criterios de autoevaluación, como un medio para poder progresar en forma autónoma.

Padilla Carmona y Gil Flores (2008) señalan tres grandes presupuestos de partida para el desarrollo de una evaluación orientada al aprendizaje:

1. Es necesario plantear tareas de evaluación que impliquen a los alumnos en las tareas de estudio y aprendizaje apropiadas. En definitiva, las tareas de evaluación deben considerarse también como tareas de aprendizaje.
2. Es preciso proporcionar feedback de manera que los estudiantes actúen sobre la información que han recibido y la utilicen para progresar en su trabajo y aprendizaje (feedforward).
3. Hay que implicar a los estudiantes en el proceso de evaluar su propio trabajo, lo cual resulta una habilidad crucial para su futura vida profesional.

Sin lugar a dudas, las tareas de evaluación son potentes tareas de aprendizaje. Lo que más influye en cómo y qué estudia el alumno es la evaluación que se le toma. El alumno estudia para aprobar y de lo primero que trata de enterarse es de cómo toma examen el docente. El modo de evaluar del docente es lo que va a condicionar cómo estudia el alumno. Tras la realización del examen, es común que el estudiante llegue a conclusiones sobre lo que tendría que haber estudiado mejor o lo que debería haber ejercitado más. Estos comentarios indican que la evaluación les aporta información sobre el proceso de aprendizaje desarrollado. Esta es la vertiente formativa de toda evaluación, su potencialidad para facilitar el aprendizaje. Por lo tanto, la manera más rápida de cambiar el estilo de estudio de los alumnos es cambiar el sistema de evaluación. Por eso algunos autores han sugerido la necesidad de pensar en la evaluación desde el principio, de manera que sea coherente con los objetivos de aprendizaje y se convierta en la pieza clave para mejorar la enseñanza. Una evaluación inadecuadamente diseñada puede perder su utilidad como estrategia de enseñanza/aprendizaje. (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008)

Los alumnos que reciben feedback o retroalimentación en forma sistemática desarrollan una conciencia metacognitiva más profunda y se van

haciendo cargo de la autorregulación de su aprendizaje, lo que les permite construirse, progresivamente, en aprendices autónomos. (Anijovich, 2010) La retroalimentación debe implicar: Una apreciación del trabajo del estudiante, reconociendo sus logros y lo que le falta por desarrollar. Una explicación de esta apreciación, relacionando la retroalimentación con el propósito del trabajo y los criterios usados para juzgar su calidad, brindando oportunidades de clarificación, diálogo y discusión. Una acción del estudiante, basada en lo que ha aprendido, que será revisada en la siguiente tarea o actividad. Es importante que los estudiantes demuestren que progresan, que la retroalimentación se ha convertido en un aprendizaje de mayor calidad. (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008) Para que la retroalimentación sea productiva debe centrarse en la tarea, en cómo el alumno la resuelve y cómo autorregula su aprendizaje. Debe ser relevante y responder a las necesidades de los estudiantes. Para que éstos se conviertan en aprendices autónomos, necesitan conocer su modo de pensar, sus estrategias para abordar diferentes tareas, sus fortalezas y debilidades, y cómo convivir con ellas para progresar en su formación. Si al momento de ofrecer retroalimentación la mirada está puesta sólo en los errores cometidos, los estudiantes no suelen realizar ninguna acción al respecto. Para que se puedan revisar resultados hacia atrás y al mismo tiempo tender a una mejora en el futuro, es necesario dar continuidad al proceso de retroalimentación. Esto es posible, por ejemplo, solicitándoles que vuelvan a entregar sus tareas con las modificaciones indicadas o que diseñen un plan de mejora para sus próximos trabajos. (Anijovich, 2010) Para ello es necesario incluir información que ayude al estudiante a que en el futuro resuelva mejor las tareas similares. Es el llamado *feedforward*, que tiene mayor poder que el *feedback* para estimular el aprendizaje. (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008) La efectividad de una retroalimentación depende del tipo de receptividad de quien la recibe, pero también de cuán eficaz es quien la comunica. Por ello el docente debe utilizar un nivel de lenguaje verbal y no verbal adecuado para el alumno y crear un contexto físico y emocional apropiado para que el mensaje impacte en la dirección deseada. Es necesario instalar espacios dialógicos en las prácticas de enseñanza y evaluación cotidianas, para dar lugar a esta actividad. (Anijovich, 2010)

La evaluación orientada al aprendizaje también hace uso de las técnicas

de autoevaluación y de evaluación por compañeros, ya que ambas sirven para implicar a los estudiantes en la evaluación, desarrollando las capacidades necesarias para ello. (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008) En estos procesos de evaluación entre pares y autoevaluación, también tiene lugar la retroalimentación. La autoevaluación es un proceso en el cual el alumno reflexiona sobre la calidad de sus trabajos, los analiza y emite un juicio de valor a la luz de los criterios establecidos previamente, con la intención de mejorar sus aprendizajes y convertirse en un aprendiz autónomo. Para que esto pueda llevarse a cabo, el estudiante necesita una retroalimentación que lo ayude a clarificar los objetivos por alcanzar, así como los criterios, estándares y competencias pertinentes para su formación profesional. Es importante que esta retroalimentación no sea sólo oral, sino que utilice documentos escritos que permitan a los alumnos utilizarlos como referencias. Para llevar a cabo la evaluación entre pares y que ésta efectivamente cumpla su función de retroalimentación, es necesario destinar un tiempo para que los estudiantes entiendan el sentido que ella tiene, conozcan las distintas estrategias que pueden utilizar, así como los obstáculos posibles que inevitablemente encontrarán en el camino. Para ello, el docente debe ofrecer ejemplos, protocolos, aspectos para tener en cuenta en el momento del intercambio y tiempo para practicar y revisar en conjunto dichas prácticas. Los estudiantes tienen que conocer los objetivos de la tarea, el tipo de demanda cognitiva que esta implica y los criterios de valoración para ofrecer una retroalimentación que contribuya al aprendizaje de su par. (Anijovich, 2010)

Pese a que se requieren considerables esfuerzos adicionales por parte del equipo docente para realizar prácticas de autoevaluación y de evaluación por compañeros, los beneficios educativos de las mismas justifican los esfuerzos invertidos. Estos comprenden la mejora de la confianza en las propias habilidades, el control sobre el propio trabajo, el desarrollo del pensamiento crítico y la responsabilidad para con el aprendizaje. Es importante generar en los estudiantes una cultura de la evaluación, a través de la cual se sientan capaces y cómodos emitiendo valoraciones de su propia ejecución, y dando y recibiendo evaluación constructiva de sus compañeros. Ninguna de estas prácticas debe sustituir totalmente a la evaluación del profesor. La autoevaluación sin retroalimentación del tutor no ayuda a que el estudiante sea

consciente de sus errores. A modo de ejemplo, las expectativas de notas de los alumnos se relacionan claramente con la cantidad de tiempo y esfuerzo que han invertido en una tarea, lo cual es un elemento externo a la calidad real del trabajo. Esto debe ser aclarado con la intervención del tutor. La implicación del alumno en la evaluación, junto con una adecuada retroalimentación, contribuyen al desarrollo de la metacognición (habilidades relacionadas con el autoconocimiento y autorregulación). Ésta permite que el alumno tome conciencia de su propio proceso de aprendizaje, de sus avances y estancamientos, de las acciones que le han hecho progresar y de las que le han inducido a error. La evaluación se convierte así en un instrumento en manos del estudiante, para tomar conciencia de lo que ha aprendido y de los procesos que le han permitido adquirir nuevos aprendizajes, así como para regular dichos procesos. (Padilla Carmona y Gil Flores, 2008)

5.8. Aporte de las TICs para la formación basada en competencias

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación son sumamente útiles para mediar la enseñanza, mediante el uso de distintas aplicaciones. Para ello son muy valiosos los Entornos Virtuales de Enseñanza y Aprendizaje (EVEA), que funcionan como aulas virtuales. Estos entornos constituyen espacios de comunicación integrados por un extenso grupo de materiales y recursos diseñados y desarrollados para facilitar y optimizar el proceso de enseñanza y aprendizaje, mediados por TICs. En ellos se integran diversos soportes (textual, audiovisual, digital), se plantean nuevas interacciones entre tutores y alumnos (con nuevos formatos) y se establecen nuevas relaciones entre el contenido y la tarea correspondiente. Estos entornos son un facilitador en tareas de evaluación y seguimiento. A través de ellos se pueden mediatizar propuestas de educación a distancia. (González et al, 2012) Un ejemplo de estos entornos es Moodle, plataforma de educación a distancia que puede ser descargada desde la web a un servidor propio, cuyo uso se encuentra extendido a nivel mundial.¹

Pero cualquier propuesta de educación a distancia exige no sólo el soporte físico real, representado por la plataforma o EVEA, sino, además una

¹ www.moodle.org

estrategia pedagógica de acción, una forma de pensar los procesos educativos que es diferente a las modalidades más tradicionales. Estas nuevas formas de pensar los procesos de enseñanza implican la combinación de la reflexión tecnológica y pedagógica para el desarrollo de una acción didáctica en escenarios virtuales, con nuevas formas de entender el aprendizaje, que influyen en el desarrollo de materiales a partir del planteo de otras relaciones entre los sujetos, los espacios y los tiempos, a los fines de realizar una acción formativa pensada, desarrollada y diseñada para destinatarios específicos. (González et al, 2012)

Las herramientas y recursos que ofrecen las TICs permiten fácilmente la adaptación de las distintas estrategias didácticas utilizadas por los docentes. Sin embargo, no se trata simplemente de trasladar al aula virtual los materiales y actividades usados en el aula presencial, sino que es necesario desarrollar apoyos multimedia que integren audio, imagen, texto y, si es posible, que sean interactivos, así como actividades que promuevan el aprendizaje colaborativo, cuya finalidad sea el desarrollo del pensamiento crítico y el debate. En definitiva, se trata de combinar estrategias didácticas creativas y atractivas para mediar los contenidos del curso con estas herramientas tecnológicas. Es fundamental que el rol del docente sea el de un tutor que facilita los aprendizajes, ofreciendo herramientas adecuadas y guías necesarias para que el estudiante desarrolle las actividades y alcance con éxito las metas propuestas. (Delgado Fernández y Solano González, 2009)

Las propuestas pedagógicas mediadas por TICs presentan distintas modalidades, que se encuentran situadas en un continuum que va desde la educación presencial hasta la educación a distancia. Hay dos modalidades intermedias entre esos dos extremos, que son el Extended Learning y el Blended Learning. Se denomina Extended Learning o aula extendida a la propuesta pedagógico-tecnológica basada en el desarrollo de un curso de modalidad prácticamente presencial, en la cual se aprovechan diversos soportes tecnológicos que permiten extender la acción docente más allá de los medios tradicionales de la propia clase. El uso de la tecnología digital extiende las posibilidades de la actividad presencial en términos de búsqueda de recursos, interacción con el profesor y con los demás alumnos, etc. Sería como una clase presencial extendida a través de las tecnologías. Esta modalidad es

la que va a utilizarse en la presente propuesta. El Blended Learning es una estrategia didáctica tecnológica que combina la metodología a distancia con la presencial, lo que conlleva una reflexión profunda acerca de la mejor estrategia para enseñar cada contenido en cada momento. También se lo puede llamar aprendizaje integrado. Esta semipresencialidad permite un adecuado feedback entre el docente y el alumno y entre los alumnos, fomentando el trabajo colaborativo. Esto refuerza las capacidades de enfrentar, comprender y asimilar las situaciones reales para elaborar respuestas adecuadas y tomar decisiones individuales o grupales destinadas a resolver situaciones específicas. (González et al, 2012)

Este continuum de la presencialidad a la virtualidad implica recurrir a distintos tipos de actividades, desde las pensadas para el aula física, hasta las “e” actividades, es decir, las que son mediadas por la web desde su inicio hasta su finalización. En función de esta clasificación, existen distintos tipos de actividades: 1.- Actividades con medios no “e”: son actividades pensadas para ser desarrolladas en el aula presencial, sin usar recursos informáticos y están planificadas para llevarlas a cabo de manera sincrónica. 2.- Actividades con medios “e”: también pensadas para ser desarrolladas en el aula presencial, pero, en este caso, implican el uso de recursos tecnológicos. Los medios digitales reconfiguran la actividad, ya que al abrir el aula a los espacios de Internet, la cantidad y calidad de información no planificada y emergente posible no puede ser prevista al momento de la planificación. 3.- Actividades mixtas: son una combinación de actividades de los tipos 1 ó 2 que, además, se completa en un ambiente “e”, al extenderla a espacios de trabajo digitales. Puede ser una actividad que comience en el aula y finalice en un EVEA. La planificación y configuración de la actividad está demarcada por una diferente relación espacio-tiempo, y por diferentes lenguajes: el lenguaje del aula presencial y el seleccionado para la mediación virtual. Estas actividades pueden formar parte de una propuesta de enseñanza en la modalidad blended learning o de aula extendida. 4.- e-actividades: son las que se desarrollan en forma completa en un entorno “e”, ya que la totalidad de sus componentes se presentan mediados en un entorno digital, requiriendo una consigna y lenguaje adecuados para este medio. Los estudiantes trabajan, envían su tarea y reciben una devolución por el entorno. Son el tipo de actividad propio de la

educación a distancia. (Sanz y Zangara, 2011)

La plataforma Moodle cuenta con una variedad de recursos (la opción de mostrar a los alumnos cualquier tipo de documentación o contenido en formato texto, audio, video, etc.) y actividades. Dentro de estas últimas, las seleccionadas para este proyecto son:

- ✓ La Tarea, que es una herramienta que sirve para recoger el trabajo de los alumnos.
- ✓ El Cuestionario, que puede crearse con distintos tipos de preguntas y cuya calificación se calcula automáticamente.
- ✓ La Lección, que permite crear una secuencia de páginas con contenido. Al final de cada página se puede incluir una pregunta, y en función de la respuesta del alumno, reenviarle a una u otra página. De esta forma se puede crear un itinerario condicional con varias ramas y un contenido interactivo.
- ✓ El Taller, que permite al docente proponer un trabajo a realizar por los estudiantes, que debe ser evaluado por otros estudiantes mediante un conjunto de criterios.
- ✓ El Glosario, que permite al docente y a los alumnos elaborar un diccionario de términos asociados a la asignatura o un listado de preguntas frecuentes. (Conde Vides et al, 2016)

Las TICs implican distintas ventajas para el proceso educativo. Por un lado, aportan herramientas para el aprendizaje colaborativo, al estimular la comunicación interpersonal, posibilitando el intercambio de información, el diálogo y la discusión entre todas las personas implicadas en el proceso, ya sea en forma sincrónica o asincrónica. Además, permiten que los alumnos trabajen con documentos conjuntos, facilitando la solución de problemas y toma de decisiones. Este tipo de aprendizaje dialógico facilita el desarrollo de procesos cognitivos como la observación, el análisis, la capacidad de síntesis, el seguir instrucciones, comparar, clasificar, tomar decisiones y resolver problemas, competencias necesarias para el desempeño profesional. Por otra parte, las TICs proveen una serie de recursos de fácil acceso para obtener información vinculada a contenidos de aprendizaje mediante las bases de datos on line o bibliográficas, libros electrónicos, publicaciones en red, centros de interés, enciclopedias, hipermedias, etc., que permiten a los estudiantes

diversificar recursos e integrar perspectivas múltiples. Estas tecnologías también pueden contribuir en el proceso de evaluación al permitir el seguimiento del progreso del grupo mediante los resultados de ejercicios, test de autoevaluación, estadística de los itinerarios seguidos en los materiales de aprendizaje, tiempo invertido en cada sesión, participación de los estudiantes a través de herramientas de comunicación y otros indicadores que se generan automáticamente y que el docente podrá consultar para evaluar el trabajo de cada grupo. A su vez los estudiantes podrán también visualizar el trabajo que realizaron tanto ellos como el resto de los grupos y aplicar a tiempo correctivos y estrategias metacognitivas que tiendan a remediar un desempeño inadecuado. Los ejercicios de evaluación y autoevaluación permitirán al docente conocer los logros de sus alumnos y rediseñar la experiencia de ser necesario, ofreciendo además al estudiante retroalimentación sobre su desempeño. (Calzadilla, 2002) Además, es necesario señalar que las TICs han afectado la propia naturaleza del conocimiento y los espacios en que éste se transmite, con lo que su no inclusión en las aulas implica dejar fuera ciertas formas de pensar y relacionarse con el conocimiento, ligadas a competencias, con las que los alumnos se enfrentan cada día, aun mucho antes del ejercicio como profesionales. (Pozo y Monereo, 2009)

6. Desarrollo metodológico

6.1. Los objetivos de aprendizaje

El programa actual de la asignatura Psiquiatría I está orientado por objetivos y contenidos, siguiendo la forma tradicional en la educación superior. En la Tabla 8 se transcribe parte del mismo para mostrar los objetivos generales y los contenidos de las UD que integran la cursada:

PLANIFICACIÓN DE PSIQUIATRÍA I - Facultad de Ciencias Médicas, UN La Plata

OBJETIVOS GENERALES

- Incluir los siguientes tópicos en el currículo: los signos, los síntomas y los síndromes; la relación médico-paciente; la historia clínica; el trabajo en equipo con los otros colegas; el desarrollo de la personalidad, el temperamento, el carácter y sus alteraciones; la epidemiología en psiquiatría; las cuestiones éticas y la genética
- Sensibilizar al estudiante en la importancia del estudio de la psiquis y de la psiquiatría para generar conductas predictivas, terapéuticas tempranas y/o remisión al especialista
- Poner de relieve la importancia de la Salud Mental en la comunidad, participando de su promoción y prevención.
- Trabajar coordinadamente para contribuir a la mejoría de la enseñanza de psiquiatría en un nivel de pregrado.

Al satisfacer las actividades del aprendizaje el estudiante estará capacitado para:

- 1- Comprender al paciente como una integridad bio psico social
- 2- Administrar el vocabulario médico utilizado en Psiquiatría
- 3- Reconocer la incidencia de factores psíquicos en los motivos de consulta en la Atención Primaria y en la configuración de la patología general
- 4- Componer una historia clínica psiquiátrica
- 5- Abordar el diagnóstico precoz de los factores de riesgo y vulnerabilidades
- 6- Orientar hacia la acción preventiva y de promoción de la Salud Mental
- 7- Identificar los distintos síndromes psicopatológicos a través de las clasificaciones
- 8- Conocer el manejo terapéutico y cuándo remitir al especialista

UNIDADES DIDÁCTICAS:

UNIDAD DIDÁCTICA N° 1

Relación médico-paciente. Concepto de salud y salud mental. Prevención en Salud Mental. Persona que enferma. La familia y la sociedad respecto de la enfermedad. Iatrogenia. Efecto placebo. Genética en psiquiatría.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 2

Dolor, su vivencia y afrontamiento. Las pérdidas, la agonía y la muerte. La ética médica-psiquiátrica.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 3

Semiología. Psiquiatría en Atención Primaria. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos. La entrevista psiquiátrica. La historia clínica.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 4

Clasificaciones de los trastornos mentales. La personalidad, el carácter y el temperamento. Desarrollo y evolución de la personalidad. Trastornos de la personalidad.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 5

Trastornos del sueño y de la alimentación. Métodos auxiliares de diagnóstico.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 6

La sexualidad normal, óptica del sistema de la sexología. Disfunciones sexuales más frecuentes en la práctica médica. Trastornos de la sexualidad.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 7

Las experiencias de estrés. Trastorno de adaptación. Ansiedad, fobias, obsesivos compulsivos, estrés postraumático. Trastornos de burnout.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 8

Trastornos psicósomáticos, somatomorfos, disociativos. Síndromes somáticos funcionales.

UNIDAD DIDÁCTICA N° 9

Retraso mental

UNIDAD DIDÁCTICA N° 10

Violencia individual, social y familiar. El sistema Judicial. Psiquiatría forense.

Tabla 8: Fragmento del programa de Psiquiatría I. Se observan los objetivos generales de la materia y los nombres de las UD, los cuales reflejan sus contenidos generales.

Si bien en la cátedra se está trabajando con un enfoque por competencias y, en la práctica, se han introducido cambios al programa presentado en la Tabla 8, gracias a la experiencia obtenida durante los años en que se ha aplicado este enfoque, aún no se cuenta con el programa por competencias formalizado, aunque se está trabajando en esa línea. Por lo tanto, para definir los objetivos de aprendizaje por competencias para la presente propuesta, se retomó el proyecto de programa basado en competencias elaborado por la cátedra como conclusión de la investigación “Criterios empíricos de didáctica aplicada a la enseñanza de Psiquiatría”. Ese diseño curricular permitirá decidir qué competencias deberán desarrollarse durante los TP, tomando para este proyecto las UD por competencias concernientes a los días jueves. Se presentará una de ellas más adelante. Todas las UD por competencias estarán publicadas en el entorno virtual que utiliza la cátedra.

6.2. Los espacios de aprendizaje

Para implementar la presente propuesta de innovación, se organizaron espacios de aprendizaje presenciales y virtuales. Cada uno de ellos representa un aporte que se agrega para la adquisición de la totalidad de las competencias correspondientes a las distintas UD.

Espacios presenciales

Se realizó una reestructuración y ampliación de los espacios presenciales disponibles, en los cuales se incluirán tres tipos de aportes:

- Los **trabajos prácticos (TP)**, que continuarán desarrollándose con la carga horaria habitual. Sólo se cambiará el orden de las UD tradicionales, dejando para los días martes aquellas que podrían desarrollarse mejor en un espacio asistencial. (De todos modos, la distribución podría variar sin que se afecte la propuesta pedagógica, en función de cualquier necesidad que pudiera surgir). Se desarrollarán en las dos aulas disponibles en la Facultad, priorizando el trabajo colaborativo para la resolución de problemas de la práctica clínica. La dinámica de trabajo será muy activa, centrada en el alumno y con el

equipo docente orientándolos, cumpliendo un rol tutorial.

- Las **clases de integración (CI)**, que se ubicarán en espacios de clase que estaban inutilizados: los que corresponden a días de examen y a días libres. En estas clases, no se abordarán nuevas UD, sino que se procederá a profundizar e integrar los contenidos de las distintas UD desarrolladas hasta ese momento, focalizando en la ejercitación de competencias y la evaluación del desempeño competente de los alumnos. Permitirán articular el aprendizaje en el aula con la experiencia clínica. Para ello se recurrirá sobre todo a las estrategias de simulación clínica, si bien se utilizará también el juego de roles. Será necesario utilizar ambientes de simulación adecuados, por lo que estas actividades se realizarán en el Hospital de Simulación Clínica de la Facultad.
- La **devolución de parciales (DP)**, que serán espacios destinados a la retroalimentación que se realizará luego de cada parcial, en forma grupal. Se ofrecerán también instancias de devolución individual para el segundo parcial, por fuera de la cursada, para los alumnos que la requieran.

Se expone una comparación entre esta modalidad de organización de los espacios presenciales y la que se pretende innovar, en la Tabla 9.

Espacios presenciales de los días jueves - Facultad		
Semana	Organización tradicional	Nueva organización
1	UD N° 2: <i>Duelo</i>	TP N° 1: <i>Relación médico paciente</i>
2	UD N° 4: <i>Personalidad</i>	TP N° 2: <i>Duelo</i>
3	Parcial 1	Parcial 1 - DP - CI
4	UD N° 7: <i>Trastornos de ansiedad</i>	TP N° 8: <i>Trastornos somatomorfos</i>
5	Recuperatorio	Recuperatorio - CI
6	UD N° 10: <i>Violencia</i>	TP N° 10: <i>Violencia</i>
7	Día libre	CI
8	Día libre	Parcial 2 - DP
	—	DP individual, a demanda

Tabla 9: Comparación entre la organización tradicional de la cursada y la propuesta en el presente proyecto.

En función de las necesidades que el docente tutor detecte en algún alumno, podrán agregarse tutorías individuales presenciales para quien las necesite, en momentos que puedan acordarse entre ambos.

Espacios virtuales

Los espacios virtuales incluyen el uso de recursos y actividades que estarán disponibles para los alumnos a través del “Entorno Educativo” (plataforma Moodle de la Facultad). Además se presentará en esa plataforma información general necesaria para llevar adelante la cursada (como por ejemplo las características del curso, la definición de competencias, las incumbencias del médico generalista, el cronograma de actividades, etc.) y se establecerá comunicación con los alumnos a través del foro de novedades y la mensajería. En cuanto a los espacios virtuales en sí, se desarrollarán cuatro tipos de aportes:

- La **consulta de recursos (CR)**: ya sea de materiales bibliográficos necesarios para el desarrollo de cada TP o materiales complementarios de diversa índole.
- La **actividad ampliatoria (AA)**, que consistirá en el uso de la plataforma a modo de aula extendida. Los alumnos podrán continuar la actividad iniciada en forma presencial, ya sea durante el TP o la CI, con devolución del docente o intercambio con sus compañeros.
- La **autoevaluación (AE)**: para cada UD se presentará una propuesta que el alumno podrá resolver en forma individual, orientada al desarrollo de competencias y con devolución por parte del docente.
- La **devolución virtual (DV)**: consistirá en un listado de errores frecuentes que será actualizado en forma permanente por parte del docente, a partir de respuestas incorrectas de los alumnos, detectados durante la corrección de los parciales. Por ejemplo, cuando el docente advierta repetidamente un error relacionado con una mala interpretación conceptual o bien cuando exista una dificultad para aplicar un conocimiento teórico a la práctica clínica, ese error se enunciará en el entorno y se lo explicará, junto con un ejemplo clínico esclarecedor.

Estos aportes se llevarán a cabo en forma sucesiva a lo largo de toda la cursada, interrelacionados como una red de estrategias destinadas a un mejor aprendizaje por competencias. Por otra parte, la cursada quedará dividida en dos etapas, como se muestra en la Tabla 10. En definitiva, cada UD de la organización tradicional de la materia, que se desarrolle un día jueves, no sólo será abordada durante un trabajo práctico (TP), como es lo habitual. Además, se consultarán una serie de recursos que se encontrarán en la plataforma virtual (CR), y el TP se complementará con una actividad ampliatoria virtual (AA) y contará con una autoevaluación (AE). Todos estos aportes se llevarán a cabo durante una misma semana. Además, los contenidos de cada UD serán retomados durante las clases de integración (CI), que tienen a su vez su propia AA, y las devoluciones de parciales tanto presenciales (DP) como virtuales (DV). De este modo se los integrará con el resto de los contenidos y se trabajará en el desarrollo de competencias relacionadas con los mismos.

Etapa	Semana	UD abordada	Aportes	
			Presenciales	Virtuales
Primera	1	<i>Relación médico paciente</i>	TP	CR - AA - AE
	2	<i>Duelo</i>	TP	CR - AA - AE
	3	Integración de contenidos	Parcial 1 - DP - CI	AA
Segunda	4	<i>Trastornos somatomorfos</i>	TP	CR - AA - AE
	5	Integración de contenidos	Recuperatorio - CI	AA
	6	<i>Violencia</i>	TP	CR - AA - AE
	7	Integración de contenidos	CI	AA
	8	Integración de contenidos	Parcial 2 - DP	DV *
		Integración de contenidos	DP individual	

Tabla 10: Actividades a realizar en cada etapa de la cursada, separadas por semana. Se observa cómo cada UD es abordada a través de distintos aportes, tanto presenciales como virtuales, organizados en red.

** La DV se ubica aquí porque luego de cada parcial, a partir de lo detectado durante la corrección, el docente podrá ampliar su contenido. Sin embargo, dado que estará siempre disponible en el entorno, podrá ser consultada en cualquier momento por los alumnos.*

6.3. Las etapas de la cursada

Se describen a continuación las características esenciales de cada parte en que se dividirá la cursada y la fundamentación de esa distinción:

Primera etapa de la cursada

En esta parte de la cursada se acompañará a los alumnos para que puedan familiarizarse con las particularidades de la Psiquiatría y la Salud Mental. Será una etapa de intenso trabajo, dadas las dificultades que los alumnos presentan para hacer frente a esta disciplina, que ya fueran señaladas.

Abarca los dos primeros TP de la materia: “Relación médico paciente” y “Duelo”. En ellos, se trabajará con materiales audiovisuales representativos de los temas a desarrollar, ya que resultan de gran utilidad para que los estudiantes puedan figurarse ciertas características clínicas y vivencias de los sujetos presentados. En encuestas de satisfacción realizadas luego de la cursada, los alumnos refieren que “no se olvidan” de lo que ven en los videos y que los mismos les ayudan “a entender”.

Se observarán en clase los videos seleccionados y se podrá hacer algún análisis de los mismos, a modo de introducción a la UD. A continuación, se les presentarán a los alumnos casos clínicos escritos, redactados a partir de lo observado en los videos analizados. De esta forma, el caso clínico quedará compuesto por un material escrito (similar al formato que luego se les presentará en el parcial 2) acompañado de un material audiovisual que permitirá la observación de ciertas características de los pacientes, incluso de los médicos (como en el caso de la UD “Relación médico paciente”). A partir de estos materiales se les plantearán a los alumnos los problemas a resolver, relacionados con la unidad didáctica que se esté desarrollando, para lo cual deberán encontrar soluciones en forma colaborativa. Estos problemas pueden ser preguntas muy sencillas, como por ejemplo: “Este paciente, ¿requiere ser derivado a un psiquiatra?” Esta pregunta suele constituir un verdadero problema para los alumnos, ya que nunca han pensado, hasta el momento en que se les plantea el interrogante y se les cuestionan sus respuestas, que resulta necesario analizar la situación con profundidad para encontrar una solución adecuada a esa pregunta. Es común escuchar repetidamente la

respuesta “Lo derivo a un psiquiatra” cuando se le pregunta a un alumno qué puede hacer él, cómo médico generalista, para ayudar a un paciente que lo consulta por un problema en su salud mental, descartando inmediatamente cualquier otro accionar de su parte. Cabe recordar que ya se mencionó que la tendencia a derivar el paciente a un psiquiatra, en lugar de ayudarlo a resolver su padecimiento, al menos en un abordaje inicial, fue constatada en los alumnos por investigaciones de la cátedra. Por lo tanto, es fundamental que el tutor oriente a los alumnos para que puedan detectar que la respuesta a esa pregunta no suele ser única, que no hay un solo camino para llegar a ella y que, además, debe tomar diversas decisiones para alcanzar esa solución. Todo esto requiere de un esfuerzo cognitivo mucho mayor que el que los alumnos ponen en juego cuando la responden mecánicamente, como suelen hacerlo en un inicio. Es por eso que la resolución de los problemas planteados exigirá siempre la consulta de recursos bibliográficos, ya que, de no ser así, los estudiantes tenderán a responder intuitivamente y cometerán errores derivados de su desconocimiento, sus preconcepciones o su escasa elaboración del asunto en cuestión. Esto puede ser útil para detectar los conocimientos previos y prejuicios sobre los distintos temas que ellos tienen, pero no puede sostenerse como una forma de desarrollar competencias profesionales. Los estudiantes deben ser capaces de tomar decisiones fundamentadas, con una mirada profesional. Por lo tanto, estos recursos bibliográficos se usarán en clase, ya que se pretende que la lectura que hagan de los mismos esté destinada a ayudarlos a encontrar soluciones a los problemas que se les plantea, no “adivinando”, sino fundamentándolas. Se hace así una lectura dirigida a lograr cierto objetivo, lo que la facilita, la hace más productiva y constituye una alternativa a la falta de lectura del tema, previa al TP, tan frecuente y, por otro lado, comprensible, dadas las dificultades (ya referidas) que los alumnos tienen para abordar los contenidos de la materia. Como fuera mencionado previamente, la resolución de estos problemas se realizará en forma colaborativa, dividiendo el total de estudiantes en pequeños grupos, los cuales trabajarán con el apoyo tutorial de un docente. Dado que el equipo docente posee varios integrantes, se acordará algún tipo de asignación de docente tutor a cada grupo de alumnos, lo cual se organizará en forma particular en cada cursada, ya que existen diversas variables que habrá que tener en cuenta,

como, por ejemplo, el número de alumnos cursantes. Una vez terminado este trabajo colaborativo supervisado por un tutor, se realizará en clase una puesta en común y un cierre.

Para extender la propuesta, se les pedirá a los alumnos una actividad ampliatoria para cada TP, que consistirá en una continuación, en este caso individual, de la actividad realizada en clase. Se propone a los alumnos enviar su producción a través del entorno virtual, utilizando la actividad “Tarea” de Moodle, la cual está basada en lo que el alumno trabajó en clase en forma colaborativa con sus compañeros y supervisado por el docente tutor. Se busca, con esta actividad de extended learning, que los alumnos afiancen sus posibilidades de expresarse en forma autónoma por escrito y puedan recibir una devolución por parte del docente, lo que implica una actividad preparatoria para el segundo parcial. Este es un aspecto importante que se plantea a los alumnos, ya que muchas veces manifiestan dificultades para afrontar esa evaluación, por resultarles una tarea para la cual no se sienten suficientemente preparados con las actividades orales de los TP. Esta actividad busca ayudarlos a superar esas barreras. Además, al ser una tarea sobre la que ya se ha reflexionado en clase, su resolución fuera del aula se verá facilitada y se espera que los alumnos se sientan motivados a realizarla en un plazo de una semana, es decir, hasta el siguiente TP.

Los alumnos tendrán a su disposición, luego de cada TP, una autoevaluación, que se preparará usando la actividad “Lección” de Moodle. Se intenta que esta tarea tenga características similares a las preguntas del parcial 2. De hecho, se la considera una preparación para el mismo, aunque en este caso no se pedirá a los alumnos que elaboren una respuesta, sino que se les ofrecerán distintas alternativas para que seleccionen aquellas que les resulten más adecuadas para resolver los problemas planteados. Si bien, en la presente propuesta, se considera que el momento oportuno para realizar esta actividad es luego de terminado el TP y la AA, en la práctica los alumnos podrán hacerlo cuando lo deseen, en función de sus tiempos e intereses (por ejemplo, podrían elegir dedicarse a ella el día anterior a la evaluación parcial). Además, tendrán la posibilidad de completarla cuantas veces quieran, incluso luego de terminada la cursada, constituyendo un recurso de utilidad para preparar el examen final de la asignatura. Esta actividad consistirá en la presentación de cinco

problemas en forma de preguntas, elaboradas a partir de una situación de la práctica profesional, cuya resolución implicará poner en juego las competencias aprendidas. El motivo de que los alumnos seleccionen la respuesta correcta entre varias opciones propuestas, en lugar de desarrollarla ellos mismos (como se les pedirá al momento de la evaluación parcial) obedece a que las opciones correctas se presentan como modelos de respuestas, similares a las que ellos deberán desarrollar durante el parcial 2. Esta modalidad podrá orientarlos con respecto a la manera de redactar sus propias respuestas. Además, las opciones que se muestren como incorrectas serán presentadas como prototipos de errores en los que los alumnos suelen incurrir, por lo tanto, actúan como distractores que los alumnos deberán sortear para seleccionar la opción adecuada. En el caso que los alumnos no lo consigan, la devolución preparada por el docente los guiará para comprender el porqué de su error. Incluso en caso de lograrlo apropiadamente, se adjuntará a la respuesta correcta una devolución, para que el estudiante pueda corroborar si la seleccionó mediante los fundamentos adecuados. Pero, además, debido a que esta actividad puede ser desarrollada en distintos momentos, resultaría complejo dar una devolución particular a cada respuesta elaborada por los alumnos, por lo que la alternativa de una devolución preelaborada por el docente hace sostenible la propuesta, sin perder utilidad para el alumno.

Finalmente, esta primera etapa de la cursada termina con el parcial 1, con una modalidad que, si bien es propia de las propuestas educativas tradicionales, tendrá un enfoque destinado a iniciar a los alumnos en la resolución de pequeñas situaciones problemáticas, además de evaluar aspectos principalmente vinculados con sus saberes. Luego del parcial, se realizará la devolución a los alumnos, consistente en retomar las preguntas del examen y responderlas en forma oral, con la participación de todo el grupo. Esto permite la oportunidad de analizar algunos errores y corregirlos a partir de los aportes de los compañeros y las orientaciones del docente.

El día del parcial 1, y una vez terminada la DP, se realizará una primera clase de integración. En este caso, se utilizará la técnica de role playing, con la que se presentará una hipotética situación de consulta médica a partir de la cual se integrarán los dos temas trabajados hasta el momento: "Duelo" y "Relación médico paciente". Uno de los docentes tomará el rol de paciente, y

otro, el del médico. Comenzarán a representar la consulta y, luego de planteado el motivo de consulta, avanzarán en la evaluación del mismo hasta el momento en que el docente - médico lo considere oportuno (no más de unos minutos). En ese momento, este docente interrumpirá la consulta dramatizada y les preguntará a los alumnos cómo consideran posible continuarla. Luego de recibir algunas propuestas, el docente pedirá a alguno de los alumnos que las hayan realizado, que ocupe su lugar y siga la entrevista con el paciente, poniendo en práctica esa propuesta que realizó. Cuando el docente lo considere oportuno, volverá a interrumpir la entrevista para hacer preguntas sobre lo que está ocurriendo en la dramatización, para dilucidar alguna cuestión que se haya presentado, con nuevos aportes de los alumnos. Luego, volverá a pedir a alguno de los alumnos que lleve a cabo lo que haya propuesto. De este modo, la actividad tendrá tantas interrupciones y cambios de alumnos que ejerzan el rol de médico como sean convenientes o necesarios, hasta llegar al cierre. Siguiendo los niveles de la pirámide de Miller, se busca con esta propuesta una primera aproximación a la puesta en ejercicio de las competencias aprendidas, pasando del saber (recordar) y el saber cómo (integrar), a partir del trabajo con las actividades desarrolladas previamente, al demostrar cómo (hacer). Esta actividad es un interesante ejercicio de resolución colaborativa de problemas, ya que se pueden plantear situaciones novedosas y diversas alternativas para encontrar una solución al problema planteado. Un ejemplo de ello puede ser la necesidad de derivar adecuadamente a un paciente o explicarle las características de su padecimiento. Dado que el paciente es personificado por un docente, no sólo representará ciertas características clínicas del mismo, sino que podrá promover en los alumnos la necesidad de ensayar otras alternativas, por ejemplo, cuando el paciente se niega a aceptar las indicaciones o cuando muestra cierta confusión ante una explicación poco clara del médico. Finalmente, esta actividad será una forma de “romper el hielo” y estimular una participación distendida de los alumnos, en un ambiente de permanente aprendizaje constructivo, en el que el error no se sanciona, sino que sirve como una oportunidad para aprender con la guía del tutor. De este modo, constituye una preparación para la simulación clínica, en la que el alumno se verá en la necesidad de desenvolverse en forma más autónoma.

Para terminar con esta etapa de la cursada, se realizará una actividad ampliatoria de la clase de integración, que también servirá como preparación para la AA que le seguirá a las CI de la segunda etapa de la cursada. Se realizará una historia clínica virtual del paciente representado durante el role playing, como forma de ejercitar a los alumnos en la semiología psiquiátrica. A esta altura de la cursada, los alumnos ya han tenido el TP de “Semiología”, que se lleva a cabo un día martes, en el hospital, por lo que han ejercitado la evaluación semiológica de los pacientes. Sin embargo, la semiología psiquiátrica es un tema complejo para los estudiantes, ya que traen el hábito de la evaluación clínica tradicional, en la que primero se lleva a cabo la anamnesis, mediante la cual se le realizan preguntas al paciente sobre el problema que lo aqueja, y luego el examen físico, con sus procedimientos semiológicos habituales: inspección, palpación, percusión y auscultación. Sin embargo, en Psiquiatría, el examen físico es reemplazado por su equivalente mental: el examen psíquico actual (EPA), que recurre a la inspección como herramienta para la exploración de las distintas funciones psíquicas del paciente, sin que sean de utilidad el resto de los procedimientos semiológicos, pero agrega otro imprescindible: la escucha del paciente. Este último es desconocido para los alumnos y, en cierta forma, se superpone con la anamnesis, por lo cual suelen necesitar ayuda del docente tutor para poder desarrollar la competencia de realizar el examen mental de un paciente. Para facilitar esta tarea, se ha elaborado en la cátedra un modelo de historia clínica con orientaciones para los alumnos, que se utilizará de base para esta propuesta. Con este modelo y la bibliografía pertinente, los alumnos podrán completar la historia clínica del paciente en cuestión a través del Entorno Educativo. La actividad virtual se restringirá a la parte más compleja de la historia clínica: el EPA, ya que el resto de sus componentes, tales como la descripción de la “enfermedad actual”, los “antecedentes personales”, etc. no difieren de los utilizados habitualmente en la consulta médica, que, por otra parte, los alumnos ya conocen y manejan. Para este fin, se recurrirá a la actividad “Cuestionario” de Moodle. Se lo utilizará en modalidad opción múltiple. Cada función psíquica será enunciada en el lugar de una pregunta y, como posibles respuestas, se expondrán las distintas variantes en que estas funciones pueden estar afectadas, dejando una opción para elegir en caso de

que no se detecten alteraciones. Luego de la CI, y según cómo se haya presentado el paciente durante la misma, el docente configurará el cuestionario para decidir cuáles son las respuestas correctas, es decir, elegirá las respuestas que describan adecuadamente las funciones psíquicas de ese paciente simulado. De ese modo, los alumnos realizarán a distancia un EPA según lo examinado en el paciente en clase. Dado que es la primera vez que lo realizan, se les darán en clase algunas orientaciones para que lo hagan. En este caso, el cuestionario no tendrá devolución por parte del docente, por diversos motivos: Por un lado, el modelo de historia clínica es un material con muchas orientaciones, lo que lo hace muy valioso como recurso para que los alumnos corroboren sus respuestas. Por otro lado, y en una fase posterior a la implementación de este proyecto, se elaborará un glosario de semiología (disponible en Moodle) que incluya no sólo las definiciones de cada término semiológico, sino explicaciones clínicas acompañadas de materiales audiovisuales, que se constituirá en un material de consulta adicional para que el alumno explore y encuentre una explicación para su error, competencia transversal fundamental, que se pretende desarrollar en los alumnos para un adecuado ejercicio profesional. Por lo tanto, se considera más oportuno que esta actividad no tenga una devolución escrita por parte del docente, sino solamente una presentación de las respuestas correctas acompañada de un puntaje que califica la actividad. Cualquier duda que los alumnos puedan tener, se podrá resolver en forma presencial o a través del foro de consultas de Moodle.

Cabe aclarar que todas la AA y la AE tendrán una calificación que será calculada por la plataforma en función de la configuración que establezca el docente para cada una de ellas. La misma será de tipo numérica y les será de gran utilidad a los alumnos para autoevaluar su rendimiento, más allá de los aspectos cualitativos (los alumnos valoran la nota porque les da una pauta de si estarían en condiciones de aprobar en el examen, o no). Esa calificación será también de utilidad para el docente, al permitirle realizar un seguimiento del desempeño de sus alumnos.

Otra cuestión importante a trabajar desde esta etapa de la cursada es la valoración de los alumnos respecto a la modalidad de trabajo propuesta, destacando su utilidad. En las investigaciones realizadas por la cátedra y que

fueran citadas previamente (Bacigalupe et al, 2010) se mencionó la solicitud de clases expositivas que demandan los alumnos. Si bien las mismas están presentes en la cursada a través de las clases teóricas, y no se descarta su utilidad como espacios donde el docente puede hacer hincapié en los aspectos importantes de las competencias profesionales, debe quedar claro que ese aporte, por más valioso que sea, no es suficiente para el desarrollo pleno de las competencias profesionales que se espera que los estudiantes adquieran. Por lo tanto, deberán ser ampliamente complementadas con tareas más activas, como las que se incluyen en esta propuesta, que les exigen desarrollar otras habilidades cognitivas.

Segunda etapa de la cursada

Esta etapa se lleva a cabo con un grupo de alumnos que cuentan con un mayor número de herramientas para desenvolverse en forma más autónoma. Ya están familiarizados con la modalidad de trabajo y tienen un desenvolvimiento básico con relación a lo que implica la especialidad y lo que se espera de ellos como médicos generalistas. Cabe recordar que, junto con las actividades incluidas en esta propuesta, también participan de los TP que se realizan en el hospital, por lo tanto, toda esta experiencia adquirida los posiciona en mejores condiciones para profundizar en los cuadros clínicos y situaciones más complejas que se les presentarán a partir de esta etapa, que implican el análisis de diagnósticos diferenciales y la profundización de sus habilidades para el manejo de las consultas. Estas situaciones permiten promover el trabajo colaborativo, siendo cada vez mayor la participación de los alumnos y menor la necesidad de supervisión por parte del tutor, quien ahora tenderá a dar orientaciones más vinculadas al ejercicio de la profesión y no tanto a resolver las cuestiones particulares vinculadas a la especialidad y a la dinámica de trabajo.

Aquí se desarrollan los restantes TP incluidos en esta propuesta: “Trastornos somatomorfos” y “Violencia”. Estos temas dan lugar al planteo de situaciones complejas, de difícil resolución para el médico generalista, en los que se presentan problemas con varias aristas a considerar y, muchas veces, con soluciones abiertas, diversas o incompletas. Se continúa trabajando con materiales audiovisuales representativos de los temas a desarrollar, a partir de

los cuales surgen los problemas que se plantean a los alumnos. A esta altura de la cursada, las presentaciones clínicas se complejizan, porque requieren la integración de las demás UD y otros conocimientos médicos para realizar diagnósticos diferenciales o para terminar de evaluar las situaciones presentadas, como ocurre con los Trastornos somatomorfos, o presentan una complejidad tal que su abordaje excede al accionar médico, aunque sin dejar de implicarlo y comprometerlo, como en el caso de los pacientes víctimas de situaciones de violencia. Estos temas requieren una mayor apertura para recibir aportes de otras disciplinas, ya que implican aspectos psicosociales que resultan de difícil comprensión para los alumnos y, sin los cuales, no es posible realizar un abordaje completo del problema en cuestión. Por otra parte, el manejo de estas situaciones complejas requiere de una toma de decisiones, donde las cuestiones subjetivas y los riesgos deben ser adecuadamente ponderados. El tutor deberá estar atento a estas dificultades para facilitar al aprendizaje de los alumnos. Se podrá recurrir en clase a algún espacio breve de role playing cuando sea conveniente demostrar posibles alternativas para llevar a cabo cierto procedimiento, como por ejemplo derivar a un paciente a la consulta en un servicio de salud mental. Como ya fuera mencionado anteriormente, no es lo mismo decir “Este paciente debe ser derivado a salud mental”, que decírselo directamente al paciente implicado. En estas situaciones la consulta de recursos bibliográficos continuará siendo un aspecto importante para ayudar al alumno en la resolución de los problemas planteados, a los fines de fundamentar las decisiones tomadas.

Al igual que en la etapa anterior, para extender la propuesta también se planteará una actividad ampliatoria para cada TP. Sin embargo, en esta etapa, no se recurrirá a una “Tarea” sino que se utilizará la actividad “Taller” de Moodle. Ello se debe a que se propondrá una actividad de carácter colaborativo, que involucre a los alumnos en la evaluación por pares. Evaluar el accionar ajeno implica no sólo cuestionarse el propio, sino conocer adecuadamente los fundamentos por los cuales se considera que una respuesta es o no adecuada o reflexionar acerca de cómo puede mejorarse. Esta actividad lleva más tiempo que una que se realiza en forma individual, ya que está compuesta de varias fases. Dejando de lado la fase de configuración, que sólo implica los preparativos previos que requiere el armado de la

actividad, sin intervención de los alumnos, la participación activa de ellos comienza en la fase de envío, en la cual presentan sus trabajos, y continúa en la fase de evaluación, en la cual deben evaluar el trabajo de sus compañeros, tomando como referencia la plantilla de evaluación preparada por el docente. Esto implica que los plazos para su realización deberán extenderse, lo cual se verá facilitado porque estos TP están seguidos por una CI, lo que conlleva que a la semana siguiente no se desarrollarán temas nuevos, con lo cual no se sobreexigen los tiempos de los alumnos. Cumplidas estas fases, continúa la fase de calificación, en la que Moodle calcula automáticamente la calificación de los envíos y la calificación de las evaluaciones para cada alumno y, finalmente, la fase de cierre, que permite a los alumnos consultar sus calificaciones finales.

Al igual que para los TP de la etapa anterior, los alumnos tendrán a su término una autoevaluación de características similares.

Otras actividades destacadas de esta propuesta, que aparecen en esta segunda etapa de la cursada formando parte de las CI, son las que usan la estrategia de simulación clínica. Están pensadas como el momento de máxima expresión del “demuestra cómo” de la pirámide de Miller. Por lo tanto, son instancias en las que se espera que los alumnos lleven a la práctica los distintos conocimientos abordados en las actividades realizadas previamente, de suma importancia para desempeñarse competentemente en las situaciones que se les presentarán. Las mismas se llevarán a cabo en el Hospital de Simulación Clínica de la Facultad, en el sector de consultorios externos, ya que, en función de las UD desarrolladas, se simularán situaciones de consulta ambulatoria o por consultorios de guardia. Para llevar a cabo los distintos escenarios, se realizará la preparación previa de los actores que simularán ser pacientes, por parte de los docentes de la cátedra. Esto permitirá contar con un grupo de personas que estarán en condiciones de simular diversas situaciones de consulta, las cuales incluso podrían ser modificadas si fuera necesario, en función de determinados objetivos didácticos. La función de los actores es muy importante, ya que no sólo deberán representar en forma fidedigna el paciente que se les solicite (para que los alumnos tengan una experiencia muy cercana a la realidad) sino que, además, deberán estar preparados para evitar que el escenario se desvíe del objetivo planteado.

Se desarrollarán dos tipos de escenarios:

1. Escenarios de diagnóstico: destinados a explorar la presentación clínica del paciente simulado, para llegar a un diagnóstico presuntivo sólo por anamnesis y EPA, dado que no se simulará el examen físico del paciente, salvo algún dato objetivable por inspección, como la presencia de hematomas (maquillados) en una paciente víctima de violencia. Estos escenarios serán seguidos del correspondiente debriefing donde se analizará lo detectado por el grupo en la evaluación semiológica y se considerarán distintos diagnósticos presuntivos, para lo cual se tendrán en cuenta los diferentes hallazgos físicos que eventualmente se podrían obtener.

2. Escenarios de intervención: destinados a que los alumnos lleven a la práctica aspectos procedimentales y actitudinales vinculados a las competencias, como por ejemplo, informarle a un paciente el diagnóstico al que se arribó, contenerlo ante manifestaciones de ansiedad, darle indicaciones terapéuticas o realizar una derivación a salud mental.

En la experiencia obtenida a la fecha, se ha observado que el debriefing que sigue a los escenarios planteados, especialmente a los de intervención, implica ricas discusiones en las cuales los alumnos exponen sus puntos de vista, proponen diversas soluciones, más o menos fallidas o apropiadas y se analiza la conveniencia de las diferentes propuestas. Es en estos momentos donde surgen dudas de diversa índole, que son resueltas por el grupo con la ayuda del tutor, demostrando de esta manera que no siempre las soluciones son únicas y que las mismas dependen de numerosas variables, por lo que se constituyen en espacios sumamente productivos y valorados por los alumnos. Estos dos tipos de escenarios pueden realizarse en forma independiente, con distintos pacientes, o bien en forma secuenciada, tomando en ambos el mismo caso clínico.

En este proyecto, se implementará esta última variante: en primer término se llevará a cabo el escenario en el que se evalúa al paciente, con su correspondiente debriefing, y luego el escenario en el que se cierra la consulta, con la comunicación del diagnóstico, la psicoeducación, la contención del paciente, las indicaciones terapéuticas, las derivaciones o la modalidad de seguimiento que resulte pertinente, seguido también por el correspondiente debriefing. Es decir, en este último escenario se trabaja el manejo integral del

caso. Para organizar la actividad, se procede de la siguiente forma: Se divide la totalidad del alumnado en pequeños grupos. La cantidad de grupos y de integrantes dependerá de la cantidad de cursantes y de escenarios que se pueda o se pretenda llevar a cabo. Teniendo en cuenta que la cantidad de alumnos varía en cada bimestre, se tratará de lograr la mayor participación posible sin sobrecargar los grupos, dado que esta actividad exige, por sus características, un número reducido de participantes. Es por eso que se fijará un máximo de diez alumnos por escenario. Es de esperar que durante una clase de integración puedan llevarse a cabo entre dos y tres sesiones de simulación que incluyen los dos escenarios mencionados, por lo que podría abarcarse más de una UD en el mismo día. Los alumnos son citados en el Hospital de Simulación Clínica de la Facultad (HoSiC). La actividad se realiza dentro de los consultorios externos del HoSiC, que cuenta con cámaras Gesell para poder observar el desarrollo del escenario. En cada grupo, un alumno adoptará el rol de médico y el resto observará el desarrollo de la consulta simulada a través de la cámara Gesell. Al realizar escenarios secuenciados, se cambiará el alumno que participa como médico en el segundo de ellos, a los fines de aumentar las posibilidades de participación. Al finalizar el debriefing del primer escenario, se propondrá un pequeño ejercicio colaborativo para favorecer un mejor desempeño del alumno en el segundo escenario, ya que la actividad que se le solicitará llevar a cabo resulta más compleja que la abordada en el primero.

Al igual que en la primera etapa de la cursada, la clase de integración, se sigue de una AA que consiste en la realización de un EPA virtual, con las características que ya fueran descriptas.

Finalmente, esta segunda etapa de la cursada culmina con el parcial 2. Se trata de un parcial integrador y por competencias. Esto implica que serán evaluadas todas las UD en forma interrelacionada, con el objetivo de que los alumnos demuestren las competencias que han adquirido cuando respondan las consignas, planteadas a partir de casos clínicos. Como se ha explicitado, y se enfatiza ante los estudiantes, toda la propuesta está orientada a que los alumnos estén preparados para rendir este examen sin dificultades, acreditando así que han obtenido herramientas para un ejercicio profesional competente. Como es de esperar, los alumnos están siempre interesados en

aprobar sus exámenes, por lo que se aspira que este planteo resulte una motivación adicional para realizar las actividades propuestas. Luego del parcial 2, tal como se realiza con el primero de ellos, se lleva a cabo una devolución oral grupal, sobre el contenido del mismo, que constituye una nueva oportunidad para intercambios, ya que son los alumnos quienes proceden a comentar lo que han respondido, y cotejan sus respuestas con las de sus compañeros, enriqueciéndose así las respuestas en cada caso.

Con esta última instancia de parcial, termina formalmente la cursada. Sin embargo, luego de publicadas las notas de los parciales, se ofrecerán espacios de devolución individual para que los alumnos puedan observar su parcial y tener una devolución personalizada por parte del docente. La experiencia desarrollada a la fecha indica que, habitualmente, estos espacios son utilizados por los alumnos que desaprobaban el parcial. Durante los mismos, el docente tiene una excelente oportunidad de indagar y detectar los motivos por los cuales los alumnos incurren en los errores advertidos y ayudarles a subsanarlos, en forma constructiva. Contrariamente a lo que podría suponerse frente a un grosero error detectado durante la corrección, que fácilmente podría adjudicarse a una falta de estudio del alumno, a veces se comprende en esta instancia que el mismo se debió a una dificultad para distinguir la información esencial de la accesorio, por ejemplo.

Algunos de los hallazgos detectados en estos espacios de devolución fueron utilizados como punto de partida para el planteo de la presente propuesta de innovación. Es por ello que la misma incluye, a lo largo de todo su desarrollo, una intensa participación de los alumnos, en la que las estrategias de trabajo colaborativo para la resolución de problemas se utilizan para enriquecer el aprendizaje individual. Con esto se pretende que los errores se evidencien y se corrijan durante la cursada, es decir, antes de la instancia de evaluación parcial.

El último aporte que integra esta propuesta de innovación, y que también se desprende principalmente de los resultados del parcial 2, es la devolución virtual. La misma consiste en un glosario de Moodle, con la modalidad "FAQ" en el que se detallan los errores severos o frecuentes que se detectan al corregir el parcial 2. En ellos se enuncia el error detectado y luego se realiza una explicación que busca esclarecerlo, que va acompañada de ejemplos

clínicos. Estos glosarios estarán expuestos desde el inicio de la cursada, por lo que los alumnos podrán consultarlos en cualquier momento en que lo consideren conveniente o les despierten curiosidad. Estarán en permanente construcción por parte del docente, mientras sigan detectándose ese tipo de errores. Es de esperar que la implementación de esta propuesta permita minimizar la aparición de estos errores frecuentes durante el parcial y, a la vez, se pueda seguir enriqueciendo el glosario con nuevos errores que se detecten en otras instancias de la cursada. Es posible que las CI se constituyan en los espacios ideales para tal fin.

6.4. El desarrollo de las UD

Como ya se señaló con anterioridad, en esta propuesta innovadora, cada UD se configurará con varios aportes, que se desplegarán a lo largo de los distintos espacios presenciales y virtuales que se plantean. Esto implica que dejarán de estar limitadas a un solo TP, es decir, que cada UD será desarrollada a través de una red de diversas estrategias, para favorecer una progresiva adquisición de competencias.

Se enumeran a continuación, por orden de realización, los aportes de los distintos espacios de aprendizaje diseñados, para las UD de la primera etapa de la cursada (“Relación médico paciente” y “Duelo”). Como ya fuera aclarado previamente, el orden en que cada aporte se lleva a cabo puede no ser estrictamente el presentado:

- 1° aporte: Consulta de recursos (CR)
- 2° aporte: Trabajo práctico (TP)
- 3° aporte: Actividad ampliatoria del TP (AA)
- 4° aporte: Autoevaluación (AE)
- 5° aporte: Parcial 1 con su devolución presencial (DP)
- 6° aporte: Clase de integración (CI)
- 7° aporte: Actividad ampliatoria de la clase de integración (AA)
- 8° aporte: Parcial 2 con su devolución presencial (DP)
- 9° aporte: Devolución virtual (DV)

Las UD de la segunda etapa de la cursada (“Trastornos somatomorfos” y “Violencia”) se desarrollan a través de los mismos aportes enumerados, con

excepción del parcial 1 con su devolución, que ya se tomó antes de que esas UD se lleven a cabo.

Todos estos aportes ya fueron descriptos en el apartado 6.3 en forma general. Aquí se mostrarán en detalle los recursos y estrategias didácticas a utilizar, tanto presenciales como virtuales, pudiéndose apreciar el uso de TICs. Esto último, se concretará mediante la presentación de capturas de pantalla de las propuestas diseñadas para el Entorno Educativo.

A modo de ejemplo, se desarrollará a continuación la UD N° 2: “Duelo”, describiendo detenidamente cómo se llevarán a cabo cada uno de los espacios presenciales y virtuales planificados, presentados como aportes sucesivos. Se expondrá en forma completa sólo esta UD, dado que para todas las demás la secuencia es similar. La única diferencia que cabe señalar es que las UD de la segunda etapa de la cursada cambian la AA del TP, ya que utilizan un taller en lugar de una tarea.

Desarrollo de la UD “Duelo”

A continuación, en la Tabla 11, se presentan las competencias que se pretende que adquieran los alumnos en esta UD.

Este listado de competencias, elaborado en la cátedra a partir de la resolución 1314, estará disponible para los alumnos en el Entorno Educativo y servirá de guía para verificar que se han desarrollado todas las competencias necesarias para manejar el tema.

Unidad Didáctica N° 2

Competencias:

Dimensión I. Práctica Clínica

1. Valora la importancia de incluir en la anamnesis preguntas sobre antecedentes biográficos de pérdidas.
2. Formula apropiadamente las preguntas para apreciar el significado que las pérdidas han tenido para cada paciente.
3. Reconoce en el paciente el estilo de afrontamiento ante las pérdidas, propio de su personalidad (resiliencia/vulnerabilidad).
4. Reconoce los problemas de salud que pueden ser causa de duelo en un paciente.
5. Identifica a través de la anamnesis los signos y síntomas normales en cada etapa de duelo.
6. Detecta la existencia de factores de riesgo para complicaciones del duelo.
7. Realiza el seguimiento clínico apropiado de los pacientes en duelo, según las necesidades del caso.
8. Advierte las manifestaciones clínicas de un duelo complicado.
9. Conoce los abordajes terapéuticos adecuados para un proceso de duelo patológico.
10. Reconoce los criterios de derivación al especialista en caso de duelo patológico
11. Realiza adecuadamente la derivación de los pacientes con duelo patológico.

Dimensión II. Pensamiento científico e investigación

1. Maneja el concepto de duelo como proceso normal, incluyendo sus diferentes etapas, la variabilidad interindividual y los condicionamientos socioculturales implicados.
2. Tiene conocimiento de las distintas posibilidades de duelo complicado (retardado, prolongado, complicado con depresión, etc.)
3. Analiza globalmente la información clínica de la que dispone sobre el paciente para apreciar la repercusión que le provoca el duelo.
4. Fundamenta adecuadamente sus hipótesis diagnósticas.
5. Discute casos clínicos de pacientes con duelos.

Dimensión III. Profesionalismo

1. Respeta el significado subjetivo que para cada persona tiene el objeto perdido.
2. Acompaña al paciente durante el proceso de duelo normal.
3. Valora la importancia de la red social de contención para un paciente en proceso de duelo.
4. Maneja adecuadamente estrategias para comunicar una pérdida a los pacientes o sus familiares.
5. Concibe el rol del médico en un sentido longitudinal: durante la enfermedad, la agonía, la muerte y el acompañamiento de los allegados sobrevivientes.

Dimensión IV. Salud Poblacional y Sistemas Sanitarios

1. Identifica grupos de riesgo para complicaciones del duelo.
2. Previene las complicaciones de un duelo interviniendo en el seguimiento, psicoeducación y acompañamiento del doliente. (También prevención secundaria y terciaria.)
3. Actúa en forma interdisciplinaria cuando corresponde la derivación del paciente a salud mental.

Tabla 11: Listado de competencias propuestas para la UD "Duelo"

Aportes implicados en el desarrollo de la UD

1º aporte: Consulta de recursos (CR)

Además del listado de competencias a desarrollar en cada UD (presentado en la Tabla 11), los alumnos consultarán en el entorno qué recursos bibliográficos deberán utilizar para el desarrollo de la UD, tal como se los presenta en la Figura 4. Estos podrán ser consultados en distintos soportes. En el caso de los libros, que estarán disponibles en la biblioteca de la Facultad,

se configurará una página donde se colocará la cita bibliográfica. Cuando se trate de fuentes disponibles on line, se agregará el archivo o link donde puedan consultarse.

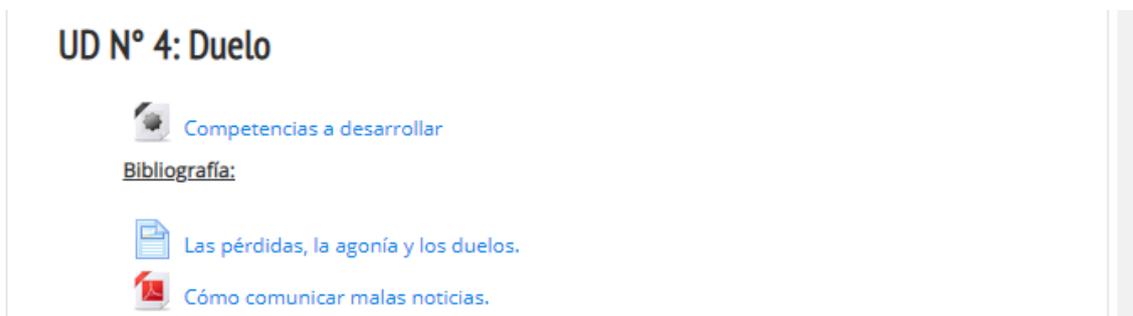


Figura 4: Recursos presentados a los alumnos para trabajar durante la UD “Duelo” (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

Se solicitará expresamente a los alumnos que lleven este material para consultar en clase, ya que será el soporte bibliográfico con el que se trabajará. Podrán llevarlo impreso o consultarlo en algún dispositivo portátil, el único requisito es que el material esté disponible para ser consultado durante el TP. Por lo tanto, este aporte queda solapado con el siguiente, ya que los recursos serán utilizados durante el TP.

2º aporte: Trabajo práctico (TP)

a) Introducción a la UD:

Se utilizarán fragmentos de la película “No sos vos, soy yo” de Juan Taratuto. En esta película se observa claramente cómo su protagonista, Javier, atraviesa un proceso de duelo por la separación de su esposa, mostrándose cómo ese duelo va evolucionando desde su inicio hasta su resolución. Se seleccionarán escenas que permitan observar las características de cada una de las etapas del duelo:

Fase de impacto o shock: Javier se entera de que su esposa lo engañó y lo dejó.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=zYdPowNlggQ>

Fase de depresión o repliegue: Javier presenta diversos síntomas que lo llevan a consultar con un terapeuta.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MtQsCpBocwg>

Fase de resolución: Javier supera el duelo y resitúa emocionalmente a su ex pareja.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=G1iZvOaiANA>

Se realizará una breve síntesis del argumento de la película, a medida que se van proyectando las escenas y, en intercambio grupal, se analizan las características de cada etapa del duelo. Para ello, se puede recurrir a la estrategia de “Aprendizaje cooperativo informal”

b) Desarrollo de la UD:

❖ *Recursos didácticos:*

Se lleva el personaje de la película a un caso clínico que se presenta por escrito, en dos versiones: duelo normal (Tabla 12) y duelo complicado o patológico (Tabla 13).

Javier, de 40 años, lo consulta a usted por ser su médico de cabecera. Es un paciente que no presenta antecedentes patológicos relevantes, concurriendo sólo a controles de rutina o consultas por problemas menores de salud.

Esta vez, concurre por presentar dificultades para conciliar el sueño y pérdida del apetito, de 30 días de evolución. Comenta que esto le ocurre desde que se separó de María, su esposa, en forma repentina.

*Javier comienza a angustiarse durante la entrevista y le comenta, entre llantos: “desde que la perdí, no puedo dejar de pensar en ella en todo momento y en cualquier lugar, lo único que quiero es estar con María...” Dice que ya no aguanta estar así: **tiene ganas de estar todo el día en la cama y no puede hacer nada. Además, le cuenta que se siente muy solo y eso lo enoja y se descarga con sus amigos, que ninguna culpa tienen de lo ocurrido.***

*Usted procede a realizar el examen físico y **detecta: signos vitales dentro de los límites normales, pesa 900 gramos menos que en el último control de hace seis meses. No detecta ningún dato positivo en el resto del examen físico.***

Javier se calma un poco y comienza a contarle que quiere estar mejor para volver a trabajar. Ha estado buscando un nuevo empleo, aunque todavía no tuvo éxito. Le gustaría dedicarle más tiempo a la búsqueda, pero no puede hacerlo porque se tiene que ocupar de las cosas de la casa que antes hacía su esposa, y eso le está costando, todavía. Refiere que la ayuda de sus amigos fue muy importante en estos días para poder adaptarse mejor a los cambios.

Tabla 12: Caso clínico, versión duelo normal.

Ambos casos escritos toman como base las escenas de la película (se repiten frases dichas en ellas por el protagonista) y se les agregan datos clínicos que se obtienen mediante una hipotética entrevista médica que

permiten pensar en las diferencias entre la presentación clínica de un duelo normal y de uno patológico en fase de depresión o repliegue (se señalan en las Tablas 12 y 13 las diferencias entre los textos en negrita, pero a los alumnos se les entrega el caso impreso, sin ningún tipo de señalamiento). De esta forma, a la presentación audiovisual del paciente, que puede verse en los links mencionados, se le agregan estos datos clínicos, lo cual permite percibir e integrar las características del paciente con diferentes fuentes de datos, lo que torna al caso más realista.

Javier, de 40 años, lo consulta a usted por ser su médico de cabecera. Es un paciente que no presenta antecedentes patológicos relevantes, concurriendo sólo a controles de rutina o consultas por problemas menores de salud.

Esta vez, concurre por presentar dificultades para conciliar el sueño y pérdida del apetito, de 30 días de evolución. Comenta que esto le ocurre desde que se separó de María, su esposa, en forma repentina.

*Javier comienza a angustiarse durante la entrevista y le comenta, entre llantos: “desde que la perdí, no puedo dejar de pensar en ella en todo momento y en cualquier lugar, lo único que quiero es estar con María...” Dice que ya no aguanta estar así: **se la pasa todo el día en la cama y no puede hacer nada, ya ni se baña y casi no come, no quiere recibir a nadie en su casa porque no está presentable y, además, él no quiere ver a nadie mientras esté así, porque no quiere que le tengan lástima.***

*Usted procede a realizar el examen físico. **Detecta que está hipotenso y pesa 9 kilos menos que en el último control de hace seis meses. Se lo nota muy pálido.***

*Javier vuelve a angustiarse cuando le cuenta que sigue sin trabajo porque no puede buscar un nuevo empleo en ese estado. Refiere: “**¡Si soy un inútil, no sirvo para nada, todo me sale mal!... Nadie me va a querer dar trabajo porque estoy condenado a fracasar. Me voy a pasar el resto de mi vida en la cama, si no me mato antes. Porque, para estar así, mejor no vivir más...**”*

Tabla 13: Caso clínico, versión duelo patológico.

❖ *Consigna y desarrollo de la actividad:*

Se divide la clase en dos partes. Cada parte trabajará, a su vez, en pequeños grupos de 3 ó 4 alumnos (igual cantidad de grupos en cada parte). Los grupos de una de las partes trabajarán con el caso de duelo normal y los de la otra parte con el caso de duelo patológico, sin que los alumnos sepan qué caso les tocó, ni tampoco que hay dos casos diferentes. Cada grupo deberá resolver la consigna presentada en la Tabla 14, basada en el método de “Estudio de casos”.

Después de haber analizado el caso clínico que recibieron, respondan las siguientes preguntas:

- 1) El duelo que está atravesando Javier ¿es normal o patológico?
- 2) ¿Qué datos clínicos les permiten justificar su respuesta al punto anterior?
- 3) ¿Qué acciones realizarían ustedes como médico generalista ante este caso?

Tabla 14: Consigna para el TP.

Se trata de pequeños problemas a resolver y, para hacerlo, los estudiantes deberán consultar la bibliografía sugerida. Para evitar actitudes pasivas al interior del grupo, se asignarán distintos roles a cada integrante del equipo: 1) Lector: será quien recibirá el caso escrito y se encargará de leerlo en voz alta para todo el grupo. 2) Redactor: escribirá y entregará la respuesta representativa del equipo. 3) Vocero: se encargará de comunicar a los demás grupos las conclusiones a las que llegaron. 4) Supervisor: Controla que el trabajo escrito sea legible y esté bien redactado (este rol se obviará en los grupos compuestos por tres integrantes). Si bien el grupo entregará una única respuesta, armando un texto que sea representativo de la opinión del equipo, se solicitará a todos los alumnos que respondan en forma individual, dejando por escrito la opinión consensuada en el grupo, ya que esto les facilitará la realización de la AA, además de prepararlos para cuando tengan que hacerlo individualmente, durante el parcial.

A continuación, se recogerán los casos clínicos acompañados de las producciones de los distintos grupos (sólo se recogerá la respuesta escrita por el redactor, que será tomada como modelo de respuestas representativo del equipo) y se realiza un intercambio. Los grupos que tenían el caso de duelo normal reciben el de duelo patológico con sus correspondientes respuestas, y lo mismo a la inversa. La consigna ahora consiste en leer el nuevo caso clínico (lo hará en voz alta el lector), detectar las diferencias con el caso propio, revisar las respuestas de los compañeros en función del nuevo caso y expresar su acuerdo o desacuerdo con las mismas, fundamentándolo por escrito (tarea a cargo del redactor). Se trata de una variante de la estrategia “Controversia estructurada”. Al final de la clase, se hace una puesta en común, a cargo de los voceros. Por las limitaciones de tiempo, es de esperar que la puesta sea breve y no se pueda profundizar en el análisis de las distintas variantes de respuestas

y la corrección de errores. Cada alumno se llevará la producción escrita que tiene en su poder al momento en que finaliza la clase.

3º aporte: Actividad ampliatoria del TP (AA)

Se propone a los alumnos enviar su trabajo individual sobre las mismas consignas trabajadas en clase, a través del entorno virtual. Si bien se presenta como un trabajo individual, se trata en realidad de un trabajo previamente enriquecido en forma colaborativa. Por lo tanto, lo que se busca con esta actividad, es que los alumnos afiancen sus posibilidades de expresarse en forma autónoma por escrito y puedan recibir una devolución del docente sobre cómo se expresan, lo que implica una actividad preparatoria para poder resolver adecuadamente el segundo parcial.

Este aporte se concreta mediante una tarea en el Entorno Educativo. En la Figura 5 puede apreciarse la presentación de la actividad.

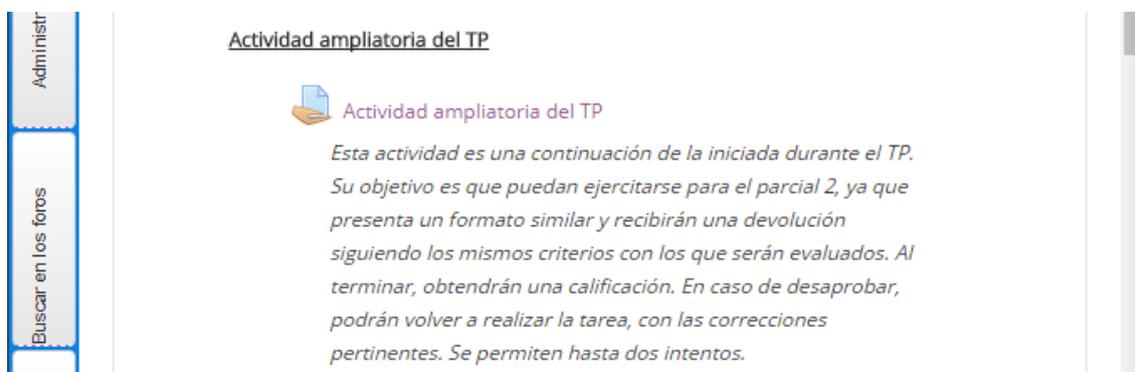


Figura 5: Presentación de la tarea para la AA de la UD "Duelo" (Captura de pantalla tomada del Entono Educativo)

Al ingresar a la tarea, los alumnos volverán a tener a su disposición ambos casos clínicos, con las preguntas a responder, como puede observarse en las Figuras 6 y 7.

The screenshot shows a web browser window with the URL `educativa.med.unlp.edu.ar/mod/assign/view.php?id=11129`. The page title is "Actividad ampliatoria del TP". The user is identified as "Adriana Fernández Busse". The page content includes a navigation sidebar with "Navegación" and "Administración" buttons. The main content area displays the following text:

A continuación, se transcriben los dos casos clínicos trabajados en clase:

Caso 1:

Javier, de 40 años, lo consulta a usted por ser su médico de cabecera. Es un paciente que no presenta antecedentes patológicos relevantes, concurriendo sólo a controles de rutina o consultas por problemas menores de salud.

Esta vez, concurre por presentar dificultades para conciliar el sueño y pérdida del apetito, de 30 días de evolución. Comenta que esto le ocurre desde que se separó de María, su esposa, en forma repentina.

Javier comienza a angustiarse durante la entrevista y le comenta, entre llantos: "desde que la perdí, no puedo dejar de pensar en ella en todo momento y en cualquier lugar, lo único que quiero es estar con María..." Dice que ya no aguanta estar así: tiene ganas de estar todo el día en la cama y no puede hacer nada. Además, le cuenta que se siente muy solo y eso lo enoja y se descarga con sus amigos, que ninguna culpa tienen de lo ocurrido.

Usted procede a realizar el examen físico y detecta: signos vitales dentro de los límites normales, pesa 900 gramos menos que en el último control de hace seis meses. No detecta ningún dato positivo en el resto del examen físico.

Javier se calma un poco y comienza a contarle que quiere estar mejor para volver a trabajar. Ha estado buscando un nuevo empleo, aunque todavía no tuvo éxito. Le gustaría dedicarle más tiempo a la búsqueda, pero no puede hacerlo porque se tiene que ocupar de las cosas de la casa que antes hacía su esposa, y eso le está costando, todavía. Refiere que la ayuda de sus amigos fue muy importante en estos días para poder adaptarse mejor a los cambios.

Figura 6: Presentación de los casos clínicos para la AA de la UD "Duelo" - Primera parte. (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

Se decidió configurar la actividad para que sea entregada utilizando la modalidad "Texto en línea" (es decir, escribiendo directamente las respuestas en el campo del editor, en lugar de ser enviadas como archivo adjunto) para habilitar al docente para el envío de comentarios de retroalimentación sobre el texto original, en caso de ser necesario (por ejemplo, para resaltar una parte poco clara de la redacción).

The screenshot shows a web browser window with the URL `educativa.med.unlp.edu.ar/mod/assign/view.php?id=11129&action&row...`. The page is titled "Tarea" and shows the user "Adriana Fernández Busse". On the left, there is a blue navigation sidebar with "Navegación" and "Administración" buttons. The main content area displays a clinical case study titled "Caso 2:".

Caso 2:

Javier, de 40 años, lo consulta a usted por ser su médico de cabecera. Es un paciente que no presenta antecedentes patológicos relevantes, concurriendo sólo a controles de rutina o consultas por problemas menores de salud.

Esta vez, concurre por presentar dificultades para conciliar el sueño y pérdida del apetito, de 30 días de evolución. Comenta que esto le ocurre desde que se separó de María, su esposa, en forma repentina.

Javier comienza a angustiarse durante la entrevista y le comenta, entre llantos: "desde que la perdí, no puedo dejar de pensar en ella en todo momento y en cualquier lugar, lo único que quiero es estar con María..." Dice que ya no aguanta estar así: se la pasa todo el día en la cama y no puede hacer nada, ya ni se baña y casi no come, no quiere recibir a nadie en su casa porque no está presentable y, además, él no quiere ver a nadie mientras esté así, porque no quiere que le tengan lástima.

Usted procede a realizar el examen físico. Detecta que está hipotenso y pesa 9 kilos menos que en el último control de hace seis meses. Se lo nota muy pálido.

Javier vuelve a angustiarse cuando le cuenta que sigue sin trabajo porque no puede buscar un nuevo empleo en ese estado. Refiere: "Si soy un inútil, no sirvo para nada, todo me sale mal... Nadie me va a querer dar trabajo porque estoy condenado a fracasar. Me voy a pasar el resto de mi vida en la cama, si no me mato antes. Porque, para estar así, mejor no vivir más..."

Ahora, responda las siguientes preguntas:

1. El caso 1, ¿se trata de un duelo normal o patológico?
2. ¿Qué datos clínicos le permiten justificar su respuesta a la pregunta anterior?
3. ¿Qué acciones realizaría usted, como médico generalista, si Javier se presentara a la consulta como en el caso 1?
4. El caso 2, ¿se trata de un duelo normal o patológico?
5. ¿Qué datos clínicos le permiten justificar su respuesta a la pregunta anterior?
6. ¿Qué acciones realizaría usted, como médico generalista, si Javier se presentara a la consulta como en el caso 2?

Figura 7: Presentación de los casos clínicos para la AA de la UD "Duelo" - Segunda parte. (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

La tarea se califica utilizando una guía de evaluación, para la cual es necesario definir los criterios de corrección para cada una de las preguntas. En la Tabla 15 se pueden observar los criterios con los que se armó la guía de corrección para esta actividad. Allí puede verse la respuesta que se espera para cada pregunta y el puntaje asignado en cada caso.

Una vez confeccionada la guía de evaluación, se procedió a configurarla en el entorno virtual. Algunos fragmentos de ese material ya elaborado en Moodle pueden apreciarse en las Figuras 8 y 9.

- 1- Duelo normal. (+10)
- 2- Señala los datos positivos obtenidos durante la entrevista: insomnio de conciliación, hiporexia, angustia, desgano, sentimientos de soledad, irritabilidad. (+1 por c/u, hasta 5)
- Valora que esas manifestaciones clínicas son leves. Por ejemplo, la hiporexia no lo llevó a una pérdida significativa de peso, el desgano no le impide buscar trabajo. (+5)
- Advierte que los síntomas no provocan deterioro significativo en su vida cotidiana, ya que Javier tiene contacto con sus amigos, no trabaja sólo porque había renunciado a su empleo para viajar el encuentro de su esposa. (+5)
- Descarta que este duelo de características normales pueda tratarse de un duelo prolongado, ya que la pérdida aún es reciente (no superó el año) (+5)
- Puntuación máxima: 20
- 3- Evalúa la presencia de factores de riesgo para duelo complicado. En este caso, se detecta uno: la pérdida repentina e inesperada. (+5)
- Realiza psicoeducación, explicándole a Javier que las manifestaciones que presenta se deben a un duelo. (+5)
- Muestra empatía, realiza apoyo emocional ante la angustia del paciente. (+5)
- Cita al paciente para seguimiento de su cuadro clínico y de eventuales complicaciones. (+5)
- Puntuación máxima: 20
- 4- Duelo patológico. (+10)
- 5- Señala los datos positivos obtenidos durante la entrevista: insomnio de conciliación, hiporexia, angustia, desgano, aislamiento, ideas de inutilidad, ideas de ruina, ideas de muerte. (+1 por c/u, hasta 5)
- Valora que esas manifestaciones clínicas son graves. Por ejemplo, la hiporexia lo llevó a una pérdida significativa de peso, la hipobulia lo lleva a no higienizarse. (+5)
- Advierte que los síntomas provocan deterioro significativo en su vida cotidiana, ya que Javier no quiere tener contacto con sus amigos, su alteración en la alimentación le está trayendo problemas en su salud física. Las ideas de muerte podrían poner en riesgo su vida. (+5)
- Concluye que las manifestaciones mencionadas deberían hacer pensar en un duelo complicado con depresión. (+5)
- Puntuación máxima: 20
- 6- Anuncia la conclusión diagnóstica al paciente y realiza psicoeducación, explicándole la necesidad de recibir tratamiento para este duelo complicado. (+5)
- Se asegura de alguna forma que el paciente inicie tratamiento con antidepresivos: los administra el mismo médico o justifica su derivación a salud mental, por ejemplo, ante las ideas de muerte del paciente. (+5) (No se hace más énfasis en este punto porque depresión y suicidio son contenidos de Psiquiatría II, pero debería también valorarse el riesgo suicida del paciente para definir si se trata de una emergencia e implica derivación urgente a salud mental. Por lo tanto, para el nivel de conocimientos que presenta el alumno al momento, es suficiente con que reconozca que el paciente requiere tratamiento antidepresivo indefectiblemente y sin demoras)
- Muestra empatía, realiza apoyo emocional ante la angustia del paciente. (+5)
- Realiza seguimiento adecuado del caso, en función de las otras decisiones tomadas. Por ejemplo: Solicita analítica para valorar el estado del paciente y lo cita para seguimiento de su cuadro clínico y evolución con el tratamiento farmacológico indicado. (+5)
- Puntuación máxima: 20

Tabla 15: Guía de evaluación con los criterios de corrección para la AA del TP "Duelo" (Elaboración previa al armado de la actividad en Moodle)

Calificación avanzada

educativa.med.unlp.edu.ar/grade/grading/manage.php?areaid=124

Adriana Fernández Busse

Calificación avanzada: Actividad ampliatoria del TP (Entregas)

Cambiar método de calificación activo a

Editar la definición del formulario actual

Eliminar el formulario actual definido

Guía de evaluación TP Duelo Listo para usar

Pregunta 1
Descripción para los estudiantes
 Duelo normal
Descripción para los evaluadores
 Duelo normal
Puntuación máxima 10

Pregunta 2
Descripción para los estudiantes
 Señala los datos positivos obtenidos durante la entrevista: insomnio de conciliación, hiporexia, angustia, desgano, sentimientos de soledad, irritabilidad. (+1 por c/u, hasta 5) Valora que esas manifestaciones clínicas son leves. Por ejemplo, la hiporexia no lo llevó a una pérdida significativa de peso, el desgano no le impide buscar trabajo. (+5) Advierte que los síntomas no provocan deterioro significativo en su vida cotidiana, ya que Javier tiene contacto con sus amigos, no trabaja

Figura 8: Guía de evaluación de la AA del TP “Duelo”. Pueden observarse la descripción para los estudiantes y para los docentes (en este caso coinciden, pero podrían ser diferentes) y el puntaje máximo asignado a cada pregunta – Primera parte (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

La entrega de la tarea se habilitará a partir del momento en que finaliza el TP y hasta el inicio de la clase siguiente. Cuando se produzca el cierre de la entrega, el docente evaluará los trabajos recibidos. Una vez realizada esa corrección por parte del docente, los alumnos podrán acceder a la descripción de la guía de evaluación, que irá acompañada de una retroalimentación por parte del docente, junto con una calificación, como puede observarse en el ejemplo de la Figura 10. Para que pueda observarse el funcionamiento de la actividad, se

elaboraron supuestas respuestas desde el rol de alumno y luego se las corrigió. La devolución que sigue a esa corrección es la que puede observarse en esa figura.

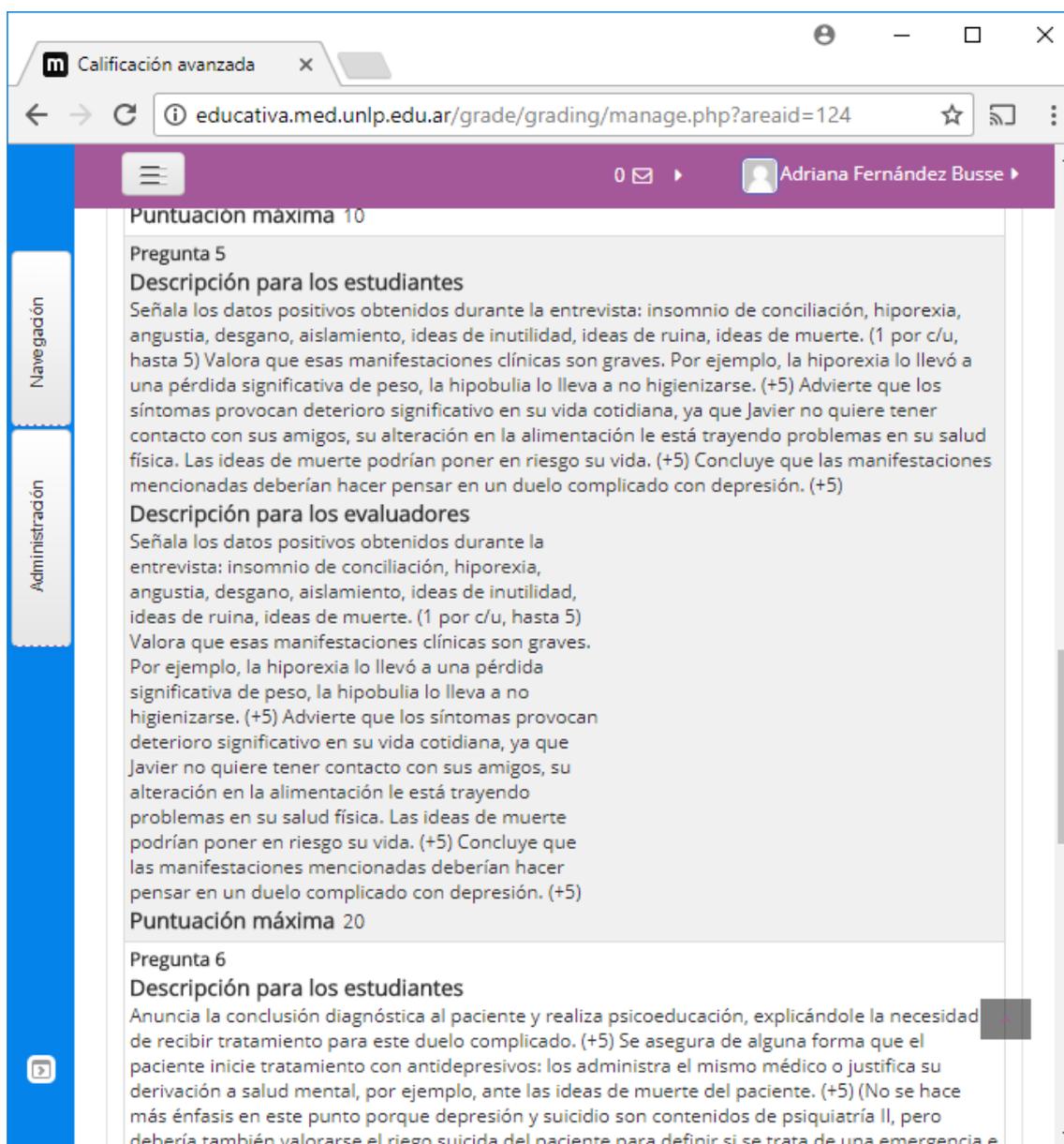


Figura 9: Guía de evaluación de la AA del TP “Duelo”. Pueden observarse la descripción para los estudiantes y para los docentes (en este caso coinciden, pero podrían ser diferentes) y el puntaje máximo asignado a cada pregunta – Segunda parte (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

En la Figura 10 se observan tres columnas: De izquierda a derecha, en la primera se ve la guía de corrección; en la segunda, la devolución del docente (hay algunas devoluciones preelaboradas disponibles) y en la tercera, el puntaje asignado a cada respuesta. Este supuesto alumno respondió

correctamente la pregunta 4, parcialmente bien la pregunta 5 y en forma incorrecta la pregunta 3.

Pregunta	Respuesta	Puntuación	Puntuación máxima
Pregunta 3 Evalúa la presencia de factores de riesgo para duelo complicado. En este caso, se detecta uno: la pérdida repentina e inesperada. (+5) Realiza psicoeducación, explicándole a Javier que las manifestaciones que presenta se deben a un duelo. (+5) Muestra empatía, realiza apoyo emocional ante la angustia del paciente. (+5) Cita al paciente para seguimiento de su cuadro clínico y de eventuales complicaciones. (+5)	El médico generalista debe apropiarse del problema del paciente, no derivarlo para que lo resuelva otro y desligarse de su seguimiento.	0 / 20	20
Pregunta 4 Duelo patológico	Respuesta completa	10 / 10	10
Pregunta 5 Señala los datos positivos obtenidos durante la entrevista: insomnio de conciliación, hiporexia, angustia, desgano, aislamiento, ideas de inutilidad, ideas de ruina, ideas de muerte. (1 por c/u, hasta 5) Valora que esas manifestaciones clínicas son graves. Por ejemplo, la hiporexia lo llevó a una pérdida significativa de peso, la hipobulia lo lleva a no higienizarse. (+5) Advierte que los síntomas provocan deterioro significativo en su vida	Faltan en la respuesta aspectos relevantes.	10 / 20	20

Figura 10: Modelo de devolución para el alumno, al que puede acceder una vez que el docente corrigió la tarea (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

Además, según el caso, el docente podrá agregar comentarios personalizados, escritos sobre el propio texto del alumno, usando colores u otra opción disponible en el editor de texto, para diferenciarlos.

En los casos en que el trabajo tenga serias falencias y no alcance la calificación mínima para aprobar (70/100), el docente le habilitará al alumno una nueva entrega, para que pueda realizar las correcciones necesarias.

Finalmente, dado que la tarea contiene un espacio de retroalimentación

global, el docente enviará al alumno el mensaje que considere adecuado, avisándole por ejemplo que es conveniente que rehaga su trabajo o convocándolo a una tutoría presencial para aclararle algunas dudas, si resulta necesario un encuentro personal.

4º aporte: Autoevaluación (AE)

Como ya fuera mencionado, los alumnos podrán realizar la actividad de Autoevaluación en otra ocasión, por lo que podría quedar en la práctica desplazada a otro lugar en el orden de realización. Sin embargo, se considera que éste es el momento más adecuado para realizarla.

Psiquiatría_I_FyH_2017: A x

educativa.med.unlp.edu.ar/mod/lesson/view.php?id=13457&pageid=84

0 0 Adriana Fernández Busse ▶

Página Principal ▶ Mis cursos ▶ Carrera de Medicina ▶

Cuarto año ▶ Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017 ▶

TP N° 4: Duelo ▶ Autoevaluación: Duelo

Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017

Autoevaluación: Duelo

Esta es una lección de 0 puntos. Usted ha obtenido 0 punto(s) sobre 0 hasta ahora.

Consigna

Esta actividad ha sido diseñada para que puedas poner en práctica las competencias que deberías haber adquirido en esta unidad didáctica. Se te presentarán una serie de situaciones clínicas vinculadas a este tema y se te pedirá que uses tus conocimientos para resolver en forma competente los problemas que se te planteen. A cada decisión que tomes se te dará una devolución, tanto ante una resolución acertada como ante una incorrecta. Si te equivocás antes de llegar al final, deberás empezar de nuevo.

Podés realizar la actividad en el momento en que te resulte más útil: antes de rendir el segundo parcial, antes de rendir el examen final o cuando lo necesites. No hay límite de intentos, por lo que podrás reiniciarla cuantas veces quieras.

Te recomendamos que, cuando respondas en forma correcta, analices si tu justificación concuerda con la que se te da a modo de devolución. Además, te sugerimos que reinicies el ejercicio y analices las devoluciones a las opciones incorrectas, sobre todo en los casos en que desconocés por qué lo son. De esta forma, podrás sacar más provecho a la actividad.

Empezar el ejercicio

Figura 11: Consigna de la actividad de autoevaluación de la UD "Duelo". (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

Psiquiatría_I_FyH_2017: A x

educativa.med.unlp.edu.ar/mod/lesson/view.php?id=13457&pageid=85

0 ✉ ▶ Adriana Fernández Busse ▶

Página Principal ▶ Mis cursos ▶ Carrera de Medicina ▶

Cuarto año ▶ Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017 ▶

TP N° 4: Duelo ▶ Autoevaluación: Duelo

Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017

Autoevaluación: Duelo

Esta es una lección de 0 puntos. Usted ha obtenido 0 punto(s) sobre 0 hasta ahora.

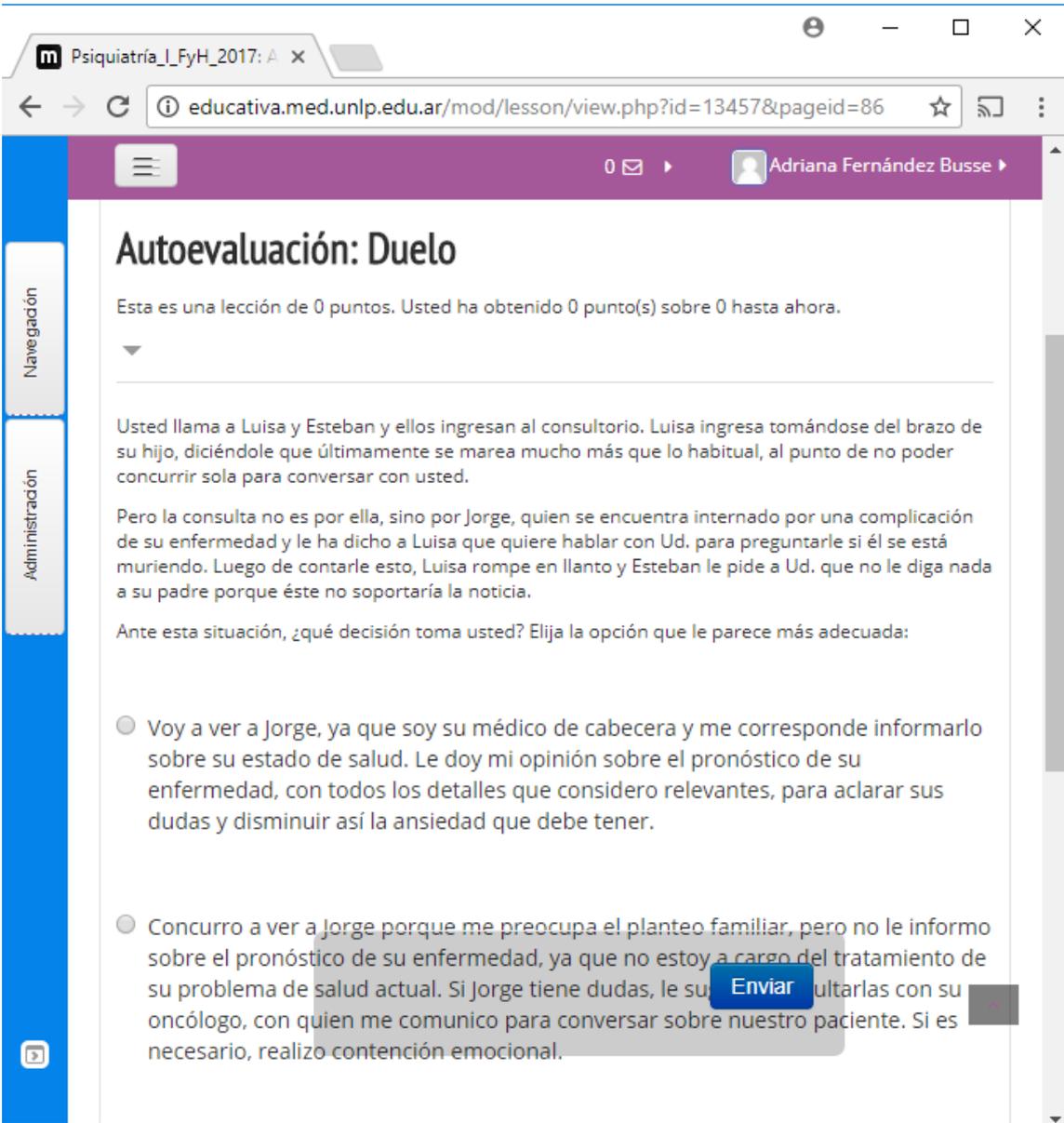
Caso clínico: presentación

Usted trabaja como médico generalista en un centro de salud de las afueras de la ciudad, desde hace algunos años. Entre sus pacientes se encuentran los integrantes de una familia conformada por el matrimonio de Luisa y Jorge y su único hijo Esteban, quien está casado y tiene a su vez un hijo en edad escolar. Esteban tiene actualmente 32 años. Siempre ha sido un paciente muy saludable y ha consultado por controles de rutina o pequeños problemas de salud sin relevancia. Luisa, en cambio, es una paciente de 57 años que concurre con frecuencia por presentar mareos para los cuales usted no halló ninguna causa orgánica que los justifique y, debido a esa y a otras características, llegó a la conclusión de que tenían un origen psicológico. Usted la cita con frecuencia para evitar que este síntoma empeore. Pero quien le preocupa más es Jorge. Él tiene 65 años y, siendo fumador desde muy joven, presentó una hemoptisis hace algunos meses, por lo cual usted lo derivó a un neumonólogo, quien le diagnosticó cáncer de pulmón. Actualmente está en atención con un oncólogo. Hoy concurren al centro de salud Luisa y Esteban para hacerle una consulta. Veamos a continuación cuál es el motivo...

Figura 12: Caso clínico para la actividad de autoevaluación de la UD “Duelo.” (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

La actividad comenzará con una consigna, como puede observarse en la Figura 11. Cuando el alumno pulsa sobre “Empezar el ejercicio” se le planteará el caso clínico, tal como puede apreciarse en la Figura 12. Luego hay una sucesión de cinco preguntas, la primera de las cuales puede leerse en la Figura 13. Se le ofrecerán al alumno cuatro opciones (en la imagen sólo llegan a verse las dos primeras) para que éste elija la que le parece más apropiada. Sólo hay una respuesta correcta, aunque en algún caso puede haber una respuesta parcialmente correcta, cuya calificación es la mitad de la que se adjudica a la

respuesta correcta (10 puntos en lugar de 20). La cantidad de opciones disponibles varía para cada pregunta.



The screenshot shows a web browser window with the URL `educativa.med.unlp.edu.ar/mod/lesson/view.php?id=13457&pageid=86`. The page title is "Autoevaluación: Duelo". The content includes a scenario about a patient's family and two multiple-choice options. The second option is highlighted in blue, indicating it is the correct answer. A blue "Enviar" button is visible at the bottom right of the question area.

Autoevaluación: Duelo

Esta es una lección de 0 puntos. Usted ha obtenido 0 punto(s) sobre 0 hasta ahora.

Usted llama a Luisa y Esteban y ellos ingresan al consultorio. Luisa ingresa tomándose del brazo de su hijo, diciéndole que últimamente se mareaba mucho más que lo habitual, al punto de no poder concurrir sola para conversar con usted.

Pero la consulta no es por ella, sino por Jorge, quien se encuentra internado por una complicación de su enfermedad y le ha dicho a Luisa que quiere hablar con Ud. para preguntarle si él se está muriendo. Luego de contarle esto, Luisa rompe en llanto y Esteban le pide a Ud. que no le diga nada a su padre porque éste no soportaría la noticia.

Ante esta situación, ¿qué decisión toma usted? Elija la opción que le parece más adecuada:

- Voy a ver a Jorge, ya que soy su médico de cabecera y me corresponde informarlo sobre su estado de salud. Le doy mi opinión sobre el pronóstico de su enfermedad, con todos los detalles que considero relevantes, para aclarar sus dudas y disminuir así la ansiedad que debe tener.
- Concurro a ver a Jorge porque me preocupa el planteo familiar, pero no le informo sobre el pronóstico de su enfermedad, ya que no estoy a cargo del tratamiento de su problema de salud actual. Si Jorge tiene dudas, le sugiero consultarlas con su oncólogo, con quien me comunico para conversar sobre nuestro paciente. Si es necesario, realizo contención emocional.

Enviar

Figura 13: Primera pregunta de la autoevaluación de la UD "Duelo" con parte de las respuestas a seleccionar. La segunda opción que se observa es la correcta. (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

Inmediatamente después de elegir la opción que considera correcta, el alumno recibe un texto de devolución preparado por el docente, como puede verse en la Figura 14

:

Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017

Autoevaluación: Duelo

Esta es una lección de 20 puntos. Usted ha obtenido 20 punto(s) sobre 20 hasta ahora.

Usted llama a Luisa y Esteban y ellos ingresan al consultorio. Luisa ingresa tomándose del brazo de su hijo, diciéndole que últimamente se marea mucho más que lo habitual, al punto de no poder concurrir sola para conversar con usted.

Pero la consulta no es por ella, sino por Jorge, quien se encuentra internado por una complicación de su enfermedad y le ha dicho a Luisa que quiere hablar con Ud. para preguntarle si él se está muriendo. Luego de contarle esto, Luisa rompe en llanto y Esteban le pide a Ud. que no le diga nada a su padre porque éste no soportaría la noticia.

Ante esta situación, ¿qué decisión toma usted? Elija la opción que le parece más adecuada:

Su respuesta: Concurro a ver a Jorge porque me preocupa el planteo familiar, pero no le informo sobre el pronóstico de su enfermedad, ya que no estoy a cargo del tratamiento de su problema de salud actual. Si Jorge tiene dudas, le sugiero consultarlas con su oncólogo, con quien me comunico para conversar sobre nuestro paciente. Si es necesario, realizo contención emocional.

DEVOLUCIÓN:

La información sobre la salud del paciente debe ser dada por el profesional que está a cargo de su tratamiento. En este caso, dado que Ud. derivó al paciente por requerir atención especializada, es el oncólogo quien debe informarle sobre el pronóstico de su enfermedad. No hay inconvenientes en que Ud. vea al paciente, ya que es su médico de cabecera, y es una actitud muy valiosa de su parte que se comunique con el oncólogo para intercambiar las impresiones que ambos tienen sobre el paciente que comparten. También es adecuado que Ud. contenga emocionalmente al paciente, si este se encuentra afectado por su duelo, si bien esa es una tarea que también le compete al mismo oncólogo.

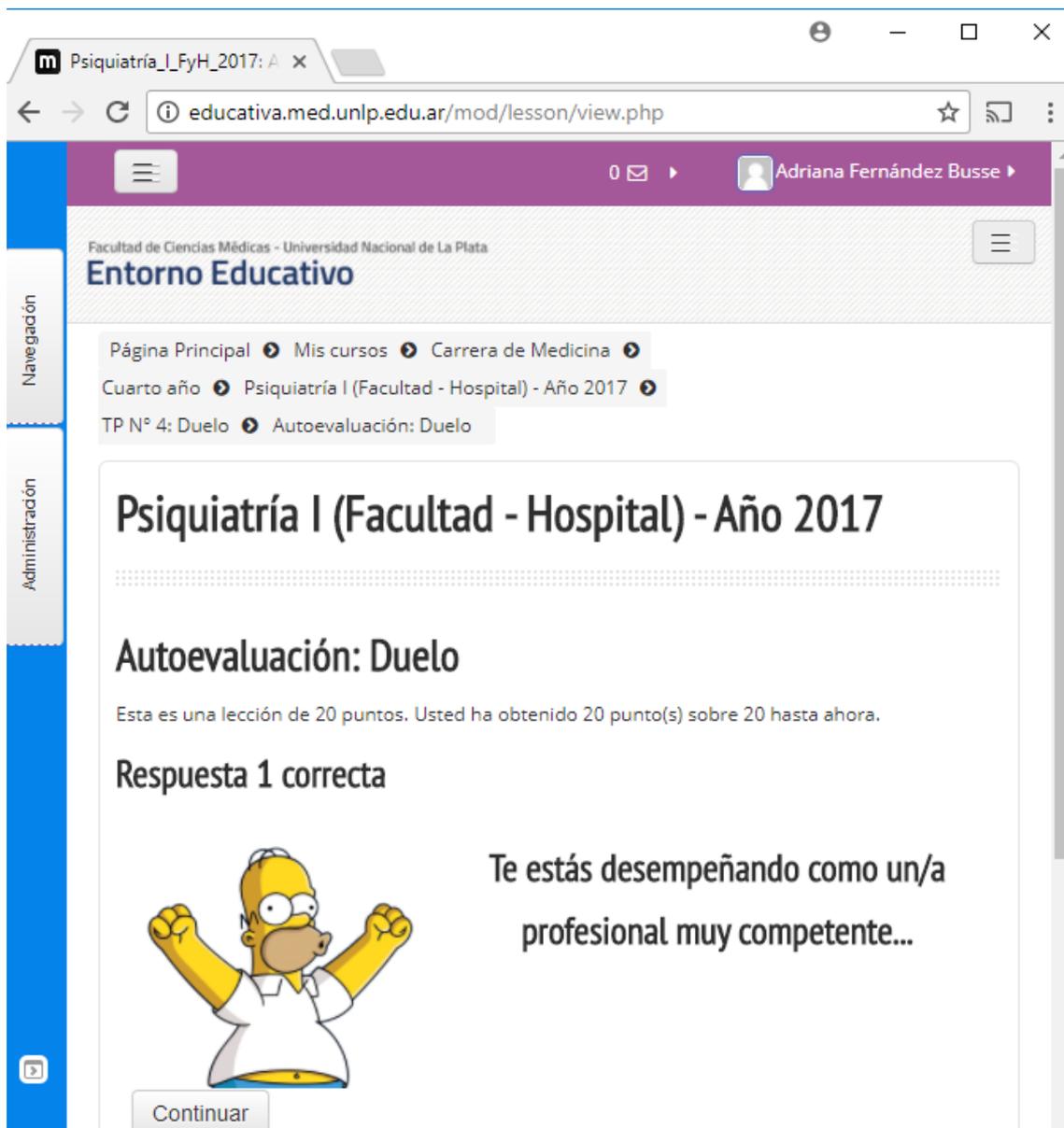
Continuar

Figura 14: Devolución a la respuesta seleccionada por el alumno para la primera pregunta de la AA: se le presenta la pregunta, a continuación, la respuesta que seleccionó para la pregunta y finalmente la devolución del docente. (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

Luego de esta devolución, una vez que el alumno pulsa sobre “Continuar”, se le presenta una nueva página donde recibe una apreciación sobre su rendimiento para esta pregunta que, en este caso, por ser una respuesta correcta, lo habilita a continuar, tal como puede verse en la Figura 15.

Sin embargo, cualquier error que cometa el alumno, lo llevará al final de la actividad y a la necesidad de comenzar de nuevo para repararlo. Cuando alguno de los errores ocurra, se presentarán distintas páginas que le darán al

alumno una idea de las consecuencias del mismo y, para amenizar el momento, serán acompañadas de una imagen animada, ya que la idea es que el error sirva para progresar en el aprendizaje y no sea valorado como un fracaso. En esos casos, en lugar de la página presentada en la Figura 15, aparecerá alguna de las presentadas en las Figuras 16 a 19.



The screenshot shows a web browser window with the URL `educativa.med.unlp.edu.ar/mod/lesson/view.php`. The page header includes the user name 'Adriana Fernández Busse' and the course information 'Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de La Plata'. The main content area displays the course title 'Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017' and the specific activity 'Autoevaluación: Duelo'. A message indicates that the user has scored 20 out of 20 points. Below this, it states 'Respuesta 1 correcta' and shows a cartoon image of Homer Simpson with his arms raised in celebration. To the right of the image, the text reads 'Te estás desempeñando como un/a profesional muy competente...'. At the bottom of the content area, there is a 'Continuar' button.

Figura 15: Apreciación para la respuesta correcta a la pregunta 1 de la AE de la UD "Duelo". (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

Error conceptual



Esta respuesta implica que desconocés conceptos necesarios para desenvolverte en forma competente. Es necesario que consultes la bibliografía y corrijas tu error.

Continuar

Figura 16: Apreciación para una respuesta con errores conceptuales a la pregunta 1 de la AE de la UD “Duelo” (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

Error parcial



Es necesario que corrijas parte de esta respuesta para desempeñarte en forma competente, ya que no es del todo correcta.

Continuar

Figura 17: Apreciación para una respuesta parcialmente correcta a la pregunta 1 de la AE de la UD “Duelo” (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

¡¡Grave error!!



Tu decisión no es adecuada para un/a médico/a competente e implica un riesgo para el paciente...

Continuar

Figura 18: Apreciación para una respuesta con errores severos a la pregunta 1 de la AE de la UD “Duelo” (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).



Figura 19: Apreciación para una respuesta con errores inaceptables por su gravedad a la pregunta 1 de la AE de la UD "Duelo" (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

Todas estas formas de retroalimentación ayudarán a los alumnos a hacerse una idea de que sus actos tienen consecuencias de distinto grado, pudiendo tomar mayor conciencia de las mismas.

El alumno podrá reiniciar la autoevaluación cuantas veces lo desee, hasta llegar al final, que le será anunciado por la apreciación global que se presenta en la Figura 20.



Figura 20: Apreciación global para el alumno que resolvió correctamente toda la AE de la UD "Duelo" (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

Esta actividad requiere una laboriosa preparación, en la que cada respuesta debe ser adecuadamente seleccionada para implicar algún tipo de desafío cognitivo en el alumno y la devolución debe ser lo suficientemente clara

como para permitirle comprenderla y que le sirva de retroalimentación. Es por eso que su preparación debe realizarse por fuera de la plataforma, para luego armarla en el entorno, constituyendo un verdadero “rompecabezas” donde cada pieza debe tomar un lugar preciso para que funcione sin fallas, dado que de lo contrario generaría confusión en el alumno. A modo de ejemplo, se transcribe en las Tablas 16-a y 16-b el armado previo a la edición en la plataforma, tomando como ejemplo ilustrativo, y para limitar su extensión, el armado de la pregunta 3.

A la semana siguiente, Esteban avisa el fallecimiento de su padre en el centro de salud. Veinte días después, Luisa y Esteban concurren a verlo. Han sacado un turno, pero sólo para Luisa. Antes de atenderla, Ud. repasa sus antecedentes con la ayuda de su historia clínica:

Ud. atiende a Luisa desde que empezó a trabajar en el centro de salud. Habitualmente, ella consulta por mareos que la aquejan en ciertos momentos y para los cuales no se ha hallado una causa orgánica, a pesar de haber sido evaluada incluso por distintos especialistas a los que Ud la derivó. Con el tiempo, Ud. empezó a advertir que estos mareos se exacerbaban ante situaciones conflictivas que Luisa estaba atravesando, por lo que llegó a la conclusión de que tenían un origen emocional. No tiene otros antecedentes patológicos significativos.

Más allá de sus antecedentes médicos, Ud. hace memoria de otros datos relevantes sobre la paciente: Ella es una mujer muy alegre y expresiva. Desde muy pequeña su madre le enseñó a coser y finalmente se dedicó a la costura. Trabaja en un taller y, además, hace arreglos de ropa en su casa para la gente del barrio. Todos la aprecian porque ella conversa mucho cuando sale a hacer las compras, siempre dice que es amiga de todo el barrio, lo que ponía bastante celoso a Jorge, quien le reclamaba que ella era muy provocativa. Siempre se ocupó mucho de su hijo, siendo muy influenciado por su madre, quien continuamente le decía cómo debía cuidarlo y se hacía cargo de tomar algunas decisiones en cuanto a su crianza. Esto terminaba provocando muchas veces discusiones entre Luisa y Jorge.

Esta vez, Luisa ingresa al consultorio tomada fuertemente del brazo de su hijo Esteban. Ud. la observa ensimismada y desaliñada, lo que le sorprende porque ella es muy expresiva y coqueta. Esteban está muy asustado por el estado de su madre y le explica que ella presenta insomnio, pérdida del apetito y falta de energía. Estos síntomas comenzaron tras la muerte de su esposo Jorge. Usted advierte a simple vista que ha adelgazado bastante. Luisa le comenta, llorando, que extraña mucho a su esposo, que no sabe qué hacer cuando está sola en su casa y que no tiene ni ganas de levantarse de la cama. Desde unos días antes del fallecimiento de Jorge dejó de trabajar y, debido al estado en que se encuentra, le ha resultado imposible retomar sus tareas laborales habituales. Tampoco se ocupa de las tareas de su casa, como siempre lo hacía, ni de su propio cuidado, ya que incluso tienen que insistirle para que se bañe.

Ante esta situación, ¿qué piensa usted sobre el duelo que está atravesando Luisa?

Es un duelo patológico, porque sus síntomas tienen tal severidad que generan notables alteraciones adaptativas para Luisa.

Respuesta correcta

Más allá de la sintomatología de la paciente, lo importante es la intensidad y la repercusión de los síntomas. El desgano en un paciente que retoma progresivamente sus tareas habituales no constituye un duelo patológico. Sin embargo, Luisa está hipobúlica y no puede volver a trabajar, por eso es correcto considerar que presenta una desviación patológica del duelo. También parece que la pérdida de peso es demasiado significativa como para pensar que responde a una simple inapetencia que mejora progresivamente, como podría esperarse en un duelo normal.

Salta a la página siguiente

Tabla 16-a: Preparación previa al armado en la plataforma de la pregunta 3 de la AE de la UD “Duelo”. (Primera parte)

Es un duelo normal, porque hace menos de un mes que ocurrió el fallecimiento de Jorge.

Respuesta incorrecta

La duración de un duelo no es un criterio que defina si éste es normal o patológico. Por ejemplo: Si un paciente tiene ideación suicida con un duelo de una semana de evolución, estamos ante un duelo patológico, aún con una breve duración desde su inicio. La duración del duelo sólo se tiene en cuenta como criterio cuando éste no se resolvió luego de un año (aproximadamente). En ese caso, se considera que es un duelo prolongado o crónico, por no haberse llegado a la tercera etapa dentro del año de producida la pérdida. Más allá de estas consideraciones, también es importante remarcar que la duración del duelo de Luisa sería mayor que veinte días, ya que parece estar afectada por la pérdida de la salud de su esposo desde antes de su fallecimiento, como se pudo advertir en la consulta previa a su deceso.

Salta a la página de error conceptual

Es un duelo patológico porque tiene factores de riesgo, dado que presenta un trastorno mental previo.

Respuesta incorrecta

Si bien es cierto que la presencia de un problema de salud previo es un factor de riesgo para una desviación patológica del duelo, los factores de riesgo no constituyen en sí mismos criterios para considerar que un duelo es patológico. Sólo son indicadores de mayor riesgo para que el duelo se complique. Pero, para definir si el duelo de un paciente es complicado o no, es necesario evaluar la repercusión general que el mismo le genera.

Salta a la página de error conceptual

Es un duelo normal, porque en cualquier duelo hay desgano, insomnio, pérdida de apetito y falta de energía.

Respuesta incorrecta

Si bien es correcto que los síntomas mencionados pueden aparecer en cualquier duelo, incluso en uno normal, es importante valorar su intensidad y la repercusión que generan. El desgano en un paciente que retoma progresivamente sus tareas habituales no constituye un duelo patológico. Sin embargo, Luisa está hipobúlica y no puede volver a trabajar, por eso es correcto considerar que presenta una desviación patológica del duelo. También parece que la pérdida de peso es demasiado significativa como para pensar que responde a una simple inapetencia que mejora progresivamente, como podría esperarse en un duelo normal.

Salta a la página de error conceptual

Es un duelo patológico, porque presenta desgano, insomnio, pérdida de apetito y falta de energía.

Respuesta incorrecta

Los síntomas mencionados pueden aparecer incluso en un duelo normal. Lo que define el carácter patológico del duelo es su intensidad y la repercusión que los mismos generan. Es decir, para que este enunciado sea correcto falta mencionar qué repercusión generan. Si el desgano no le impide retomar progresivamente sus tareas habituales no constituye un duelo patológico. Sin embargo, Luisa está hipobúlica y no puede volver a trabajar, eso es lo que define la presencia de una desviación patológica del duelo. Lo mismo ocurre con la pérdida del apetito: cualquier persona puede sentirla en medio de un duelo, pero en este caso lo que la hace patológica es que impresiona que la paciente está muy adelgazada. Eso lleva a pensar que no se trata de una simple inapetencia que mejora progresivamente, como ocurre en un duelo normal.

Salta a la página de error conceptual

Tabla 16-b: Preparación previa al armado en la plataforma de la pregunta 3 de la AE de la UD "Duelo". (Segunda parte)

5º aporte: Parcial 1 con su devolución presencial (DP)

Las consignas de este parcial siguen por lo general un modelo tipo multiple choice, aunque también pueden orientarse por competencias, como puede apreciarse en la Tabla 17:

En relación a la conducta terapéutica de una situación de duelo, ¿ante la presencia de qué factor/es consideraría imprescindible la necesidad de derivación a médico psiquiatra?

- Episodio depresivo mayor de gravedad leve
- Desgano e insomnio de conciliación en días aislados
- Ideación suicida
- Persistencia de tristeza relacionada al objeto de duelo luego de ocho meses de acontecida la pérdida
- Uso problemático de sustancias psicoactivas como forma de evadir el duelo

Tabla 17: Modelo de pregunta sobre “Duelo” del parcial 1.

Al finalizar el examen, se vuelven a leer las consignas y son los propios, alumnos quienes indican cuáles son las respuestas que han considerado correctas para cada una de las consignas que integran el parcial. Al mismo tiempo, los alumnos deben fundamentar sus decisiones ante los demás, realizando un fructífero ejercicio donde se ponen en acción múltiples competencias, tanto específicas como genéricas. Es éste también un valioso momento para la autoevaluación.

6º aporte: Clase de integración (CI)

Por su ubicación en la primera etapa de la cursada, esta UD tendrá los aportes de dos CI:

- 1) En primer lugar, se realizará una actividad de role playing luego del primer parcial.
- 2) En segundo lugar, se realizará una simulación clínica, en uno de los días destinados a las CI

El role playing se considera en esta propuesta como una actividad preparatoria para el resto de las CI, que utilizan estrategias de simulación clínica. Se presentará el caso ficticio transcrito en la Tabla 18, que corresponde a un paciente con un duelo normal.

Luego de planteado el caso, se procederá a avanzar con la consulta, como ya fuera explicado en el apartado “Primera etapa de la cursada” (pág. 61 y 62). El principal objetivo de esta actividad es introducir a los alumnos en la modalidad de abordaje que se realizará a continuación en las actividades de

simulación, lo que implica trabajar con el contexto que supone la atención de un paciente con algún tipo de afección emocional, tanto en sus aspectos diagnósticos como terapéuticos. Esto permitirá empezar a poner en consideración la forma de llevar a cabo algunos aspectos procedimentales y actitudinales de las competencias profesionales a desarrollar durante la cursada, por ejemplo: cómo explorar síntomas psiquiátricos, cómo intervenir ante un paciente angustiado, cómo derivarlo para atención en salud mental, entre otros. La reflexión sobre estos asuntos permitirá que los alumnos puedan aplicarlos cuando estén expuestos en forma individual a un caso simulado.

Marcos es un paciente de 20 años que fue diagnosticado de diabetes tipo 1. Fue Ud. quien le detectó las primeras manifestaciones de la enfermedad y realizó el diagnóstico. Actualmente Marcos realiza tratamiento con un endocrinólogo y ha mejorado su cuadro clínico con el tratamiento indicado, el cual inició inmediatamente luego de haber sido diagnosticado, hace seis meses.

Hoy Marcos viene a la consulta porque presenta algunos síntomas que le preocupan. Ya consultó por los mismos a su endocrinólogo, pero éste le dijo que no se preocupara, que los resultados de los análisis estaban bien y que hiciera "vida normal".

Tabla 18: Caso clínico para la primera CI de la UD "Duelo" (Role playing)

Unas semanas después de esta actividad preparatoria, se realizará una simulación clínica que, en este caso, tendrá lugar en la segunda etapa de la cursada. Se presenta en las Tablas 19 y 20 la planificación de esa actividad. En la Tabla 19 se incluye la consigna y los objetivos para cada uno de los escenarios que se desarrollarán: el primero de diagnóstico y el segundo de intervención. En la Tabla 20 se expone un fragmento del material que se le entrega al actor que simulará ser el paciente, el cual incluye el guion para el paciente simulado y la información médica que éste debe saber sobre el tema (manifestaciones clínicas, diagnósticos diferenciales, tratamientos indicados, conductas a adoptar por parte del médico, etc.). Se recorta la presentación a un fragmento porque el material completo es demasiado extenso.

Toda esta información es sumamente relevante para llevar a cabo la actividad, no sólo para el docente, sino también para el paciente simulado, quien debe representar fielmente el caso clínico, además de comportarse en forma estandarizada, requisitos indispensables para cumplir los objetivos de la actividad. Es por eso que, antes de llevar a cabo la simulación, el equipo docente debe realizar una capacitación para los actores que van a participar en

los distintos escenarios de las CI, la cual incluye el análisis de los materiales presentados en las Tablas 19 y 20, así como un ensayo de los escenarios,

DUELO COMPLICADO

ESCENARIO 1

Introducción al escenario:

Consigna para el alumno:

Usted se desempeña como médico generalista en la Unidad Sanitaria N°21 de Arana y concurre a la consulta Ana, de 69 años de edad. Ella es paciente suya desde que Ud. empezó a trabajar en el centro de salud, hace cinco años. En ese entonces Ud. le diagnosticó hipertensión y le indicó tratamiento (dieta hiposódica, actividad física aeróbica y enalapril 10 mg./día), estabilizando sus valores tensionales. Hace tres años, a pedido suyo, fue evaluada por un oftalmólogo, quien le diagnosticó retinopatía degenerativa macular bilateral senil. No tiene otros antecedentes patológicos relevantes. Ana es viuda y vive sola. Tiene tres hijos que viven en otras localidades y la visitan los fines de semana. Trabaja en casas de familia realizando tareas de limpieza como único ingreso. Cumple habitualmente con los controles que usted le indica, pero hacía ocho meses que debería haber concurrido al último y no se presentó, hasta el día de hoy.

Ud. deberá evaluar el motivo de esta consulta y llegar a un diagnóstico o diagnósticos presuntivos (sólo por anamnesis). Cuando Ud. haya arribado al diagnóstico, finaliza el escenario (lo hará saber pidiéndole a la paciente que lo espere y saldrá del consultorio)

Objetivos de aprendizaje:

- Reconocer el duelo que está atravesando la paciente.
- Realizar el examen semiológico para detectar si el duelo es normal o complicado.

ESCENARIO 2

Introducción al escenario:

Consigna para el alumno:

Usted ha llegado a la conclusión de que Ana presenta un duelo complicado. Explíquele su diagnóstico presuntivo y las conductas a seguir. Luego de eso, se despide de la paciente y finaliza el escenario.

Objetivos de aprendizaje:

- Explicar a la paciente las características de un duelo complicado.
- Realizar las intervenciones necesarias para este caso, en función de ese diagnóstico.

Tabla 19: Planificación de la simulación clínica para la segunda clase de integración de la UD "Duelo": Consigna y objetivos de cada escenario

DUELO COMPLICADO

GUIÓN PARA EL PACIENTE SIMULADO (ABARCA AMBOS ESCENARIOS):

Usted es una paciente de 69 años de edad que se atiende en el centro de salud desde hace cinco años, por haber presentado hipertensión arterial. En ese momento consultó por reiterados episodios de dolor de cabeza. Su médico de cabecera le indicó tratamiento con dieta, actividad física aeróbica y medicación, con el que mejoró y normalizó sus valores de tensión arterial. Además, hace tres años, un oftalmólogo, al que consultó derivada por su médico de cabecera, le diagnosticó retinopatía degenerativa macular bilateral senil, que consiste en una disminución progresiva de la visión, debida a su edad.

Usted es viuda y vive sola. Tiene tres hijos (dos mujeres y un varón, el menor). Sus hijas viven en otras localidades con sus parejas y la visitan los fines de semana. De ellas tiene cuatro nietos pequeños (dos de cada una de sus hijas). Su hijo vivió con Ud. hasta hace diez meses, cuando se fue a vivir con su pareja, también a otra localidad. Ud. trabaja todos los días en casas de familia realizando tareas de limpieza como único ingreso. Usted cumple con las indicaciones que le dio su médico para tratar la hipertensión: dejó de comer con sal, camina todas las días ida y vuelta para ir a su trabajo (en total, unas treinta cuadras por día) y toma la medicación que le indicó. También cumple con los controles que le indica su médico, pero hacía ocho meses que debería haber concurrido al último y no se presentó, hasta el día de hoy.

Hoy concurre porque ayer tuvo un intenso dolor de cabeza y teme “que sea por la presión”. Su médico la va a encontrar hipertensa, con valores de tensión arterial de 90 – 150 mm Hg. Cuando el Dr. le anuncie esto, Ud empezará a llorar. A medida que su médico le pregunte qué le pasa, Ud le comentará que cada vez ve menos y teme quedarse ciega. Se angustia porque cree que no podrá trabajar más y se siente una inútil porque ayer la Sra. para la que trabaja le dejó una lista para hacer compras y las hizo mal porque no podía leerla, lo que aumentó aún más sus sentimientos de inutilidad. Desde hace un mes aproximadamente se agravó su problema de sueño, no logrando iniciar el mismo hasta horas de la madrugada. Asimismo, dicho cuadro se acompañó de pérdida progresiva del apetito, pérdida de peso (5 kg), abandono de sus relaciones sociales, y la sensación de sentirse enlentecida en sus quehaceres cotidianos, con dificultades para llevarlos a cabo por sentirse sin energía. No quiere recibir visitas, ni de sus nietos, se molesta por cualquier cosa.

Ud hablará con un tono de voz bajo, monocorde y presentará una postura encorvada. Su pensamiento estará lento. Presentará escasos cuidados en la vestimenta.

Usted ampliará toda esta información sólo a medida que el médico le pregunte por más precisiones. Deberá contestar sólo lo que el médico le pregunte relacionado con estos síntomas, sin agregar ninguna otra manifestación clínica que no esté detallada aquí. Si el médico se desvía demasiado preguntando otras cosas, Ud. deberá insistir en que se siente mal y que ya no sabe qué hacer.

(Aquí debería terminar el escenario 1)

Tabla 20: Planificación de la simulación clínica para la segunda clase de integración de la UD “Duelo”: Guión para el paciente simulado (se incluye sólo la parte del guion que corresponde específicamente al primer escenario)

Los estudiantes trabajan en el HoSiC en grupos coordinados por alguno de los integrantes del equipo docente. Antes de iniciar cada escenario, se les expondrá la consigna de la actividad. Cada escenario termina cuando el

alumno que ocupa el rol del médico considera que ha cumplido la consigna, con un tiempo máximo de diez minutos. Si el tiempo se acaba, el docente pondrá fin al escenario, sin importar si se cumplió o no el objetivo (lo cual se trabajará en el debriefing).

Cabe aclarar que, en este caso, ya que será necesario conocer los valores de tensión arterial de la paciente simulada (no de la actriz que la represente), se incorporará al escenario un enfermero o enfermera (alguien designado por el equipo docente, puede ser incluso el docente coordinador, de ser necesario), quien se encargará de simular que le toma la presión a la paciente y le informará al médico (al alumno que ocupa ese rol) cuáles son los valores hallados.

En el tiempo que transcurre entre un escenario y otro, se propone la realización de un ejercicio colaborativo. En este caso, se implementará una combinación, con algunas variantes, de las estrategias “Lluvia de ideas” y “Estrategia 6-3-5”. Una vez designado el alumno que tomará el rol del médico en el segundo escenario, el docente le pedirá al resto del grupo que le sugieran alguna posible intervención, que el médico podrá a llevar a cabo durante el segundo escenario si lo considera conveniente. La condición para proponer ideas es no repetir lo que ya dijo un compañero: sólo se puede dar una idea nueva, ampliar alguna que ya fuera dicha u oponerse a alguna propuesta, fundamentando los motivos.

7º aporte: Actividad ampliatoria de la clase de integración (AA)

Una vez terminada la CI, y teniendo en cuenta las características del paciente presentado, se procederá a completar su EPA. Dada la dificultad que esto representa para los alumnos, se procederá a tomar unos minutos de la CI que sigue al primer parcial para conversar con ellos sobre la relevancia de esta tarea, ya que es la que les permitirá familiarizarse con el uso de los términos semiológicos, competencia difícil de adquirir por parte de los alumnos. Se les presentarán los materiales que complementan esta actividad, que son el modelo de HC y las pautas para completarlo, que se podrán descargar del Entorno Educativo. En las Figuras 21 a 24 puede verse parte de esta actividad. La misma consiste en un cuestionario modelo que se duplica cuantas veces sea necesario para volver a usarlo con nuevos pacientes que se presentarán

en las sucesivas CI. Sólo es necesario ajustar en cada caso las respuestas correctas para que reflejen las características semiológicas que corresponden al paciente en cuestión. El EPA que sigue al caso de duelo normal (el que se lleva a cabo mediante el role playing) será efectuado en parte durante la clase, en forma oral, visualizándolo mediante la proyección del cuestionario del Entorno Educativo, para que los alumnos se familiaricen con él. El EPA que sigue al caso de duelo complicado (el que se realiza con simulación clínica) será completado por cada alumno en forma individual, en el entorno.

The screenshot shows a web browser window with the URL `educativa.med.unlp.edu.ar/mod/quiz/view.php?id=11680`. The page header includes the user name 'Adriana Fernández Busse' and the institution 'Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de La Plata'. The main content area is titled 'Entorno Educativo' and contains a breadcrumb trail: 'Página Principal > Mis cursos > Carrera de Medicina > Cuarto año > Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017 > Clase de Integración N° 1 > Exploración semiológica: Paciente Marcos'. The main heading is 'Psiquiatría I (Facultad - Hospital) - Año 2017', followed by the sub-heading 'Exploración semiológica: Paciente Marcos'. The text explains that the activity is a multiple-choice questionnaire for semiological evaluation. It instructs students to select terms that describe the patient's clinical picture. The method of grading is 'Calificación más alta'. A button at the bottom says 'Intente resolver el cuestionario ahora'.

Figura 21: Introducción al cuestionario de la AA de la CI de la UD "Duelo". (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

The image shows a browser window with the URL `educativa.med.unlp.edu.ar/mod/quiz/attempt.php?attempt=12691`. The user is identified as **Adriana Fernández Busse**. The page title is **EXPLORACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS**. Below the title, there are sections for **FUNCIONES INTELECTUALES BÁSICAS** and two multiple-choice questions.

Pregunta 2
Sin responder aún
Puntúa como 4,00
Marcar pregunta

Atención - Aspectos cuantitativos

Seleccione una:

- Hipoprosexia
- Hiperprosexia
- Euprosexia

Pregunta 3
Sin responder aún
Puntúa como 4,00
Marcar pregunta

Atención - Aspectos cualitativos

Seleccione una:

- Atención espontánea y voluntaria equilibradas
- Paraprosexia a predominio de atención espontánea
- Paraprosexia a predominio de atención voluntaria

Pregunta 4

Figura 22: Algunas preguntas del cuestionario de la AA de la CI de la UD “Duelo” – Parte 1. (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

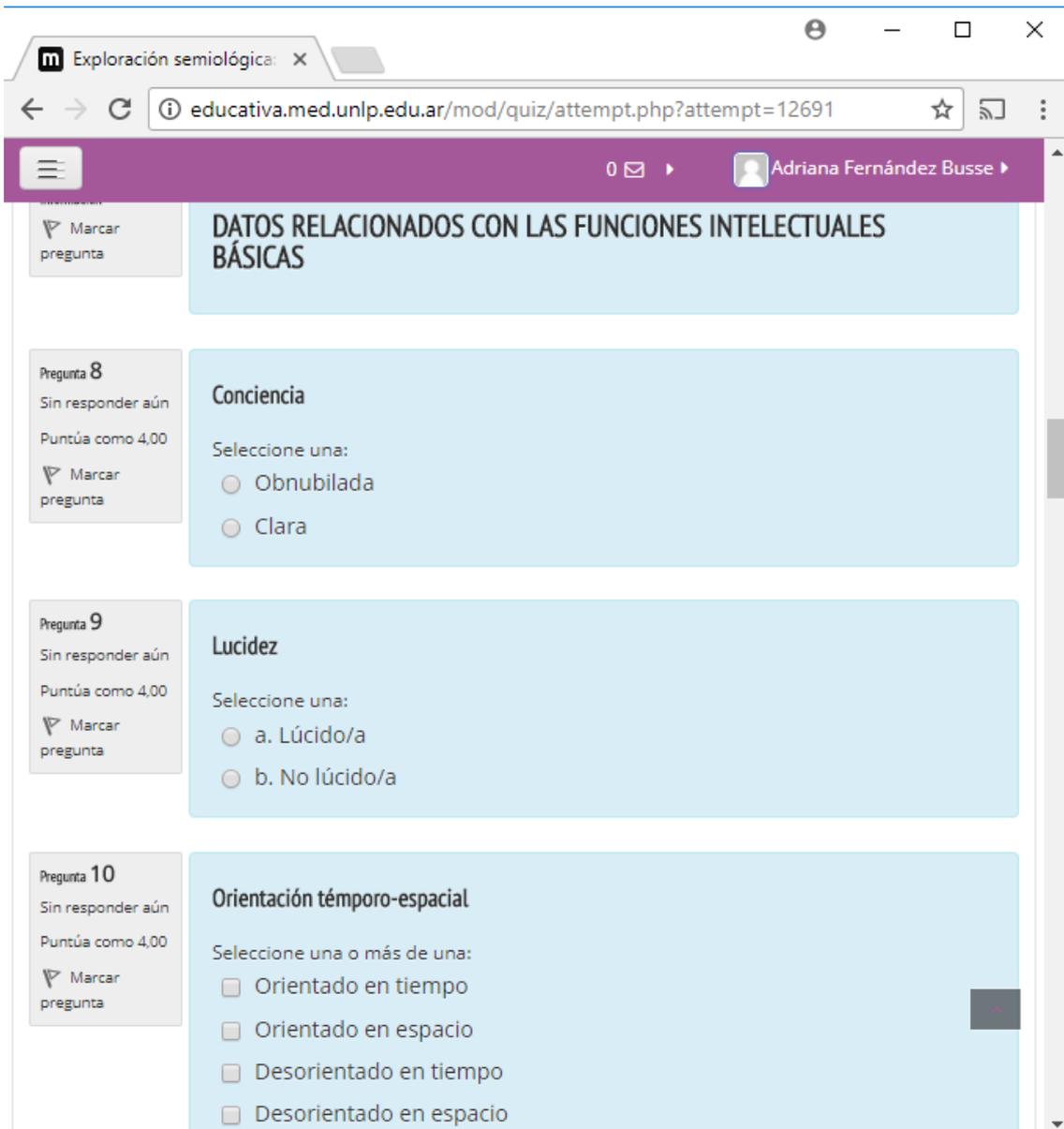


Figura 23: Algunas preguntas del cuestionario de la AA de la CI de la UD “Duelo” – Parte 2. (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

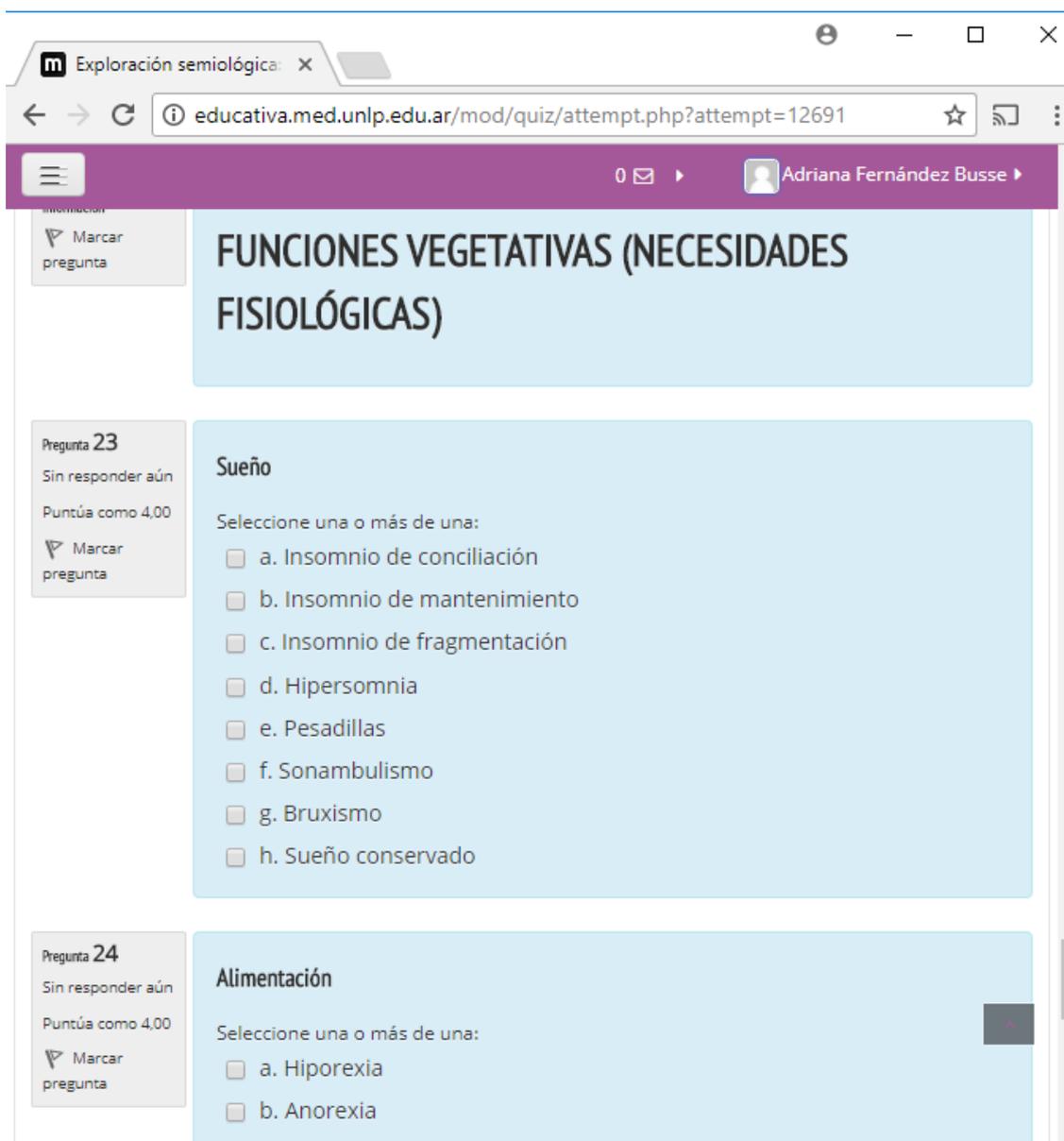


Figura 22: Algunas preguntas del cuestionario de la AA de la CI de la UD “Duelo” – Parte 3. (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo).

8° aporte: Parcial 2 con su devolución presencial (DP)

Si ya las preguntas del parcial 1 dan lugar a interesantes intercambios de ideas para resolver problemas en forma colaborativa, más aún lo harán las preguntas del parcial 2. En la Tabla 20 puede apreciarse un ejemplo de caso clínico y preguntas sobre la UD “Duelo” de este parcial, con sus pautas de corrección. Todos los parciales son elaborados de esta forma. Luego se quitan las pautas, para armar el modelo de examen que se les entregará a los alumnos, quedando sólo el caso y sus preguntas. El modelo con las pautas incluidas es el que utilizará el docente para organizar la devolución del parcial.

Ramiro, de 45 años de edad, concurre por consultorios externos para que le retiren los puntos de una sutura que le realizaron hace quince días en el hospital. Sufrió heridas leves por un accidente de tránsito, en el que su esposa, quien lo acompañaba, falleció por salir despedida del auto, al no llevar puesto el cinturón de seguridad (a diferencia de él).

Ramiro le comenta que está muy angustiado por lo que le ocurrió. Se siente culpable por no haber advertido que su esposa no llevaba puesto el cinturón de seguridad. También está bastante abrumado por todas las cosas de las que debe ocuparse, solo, como organizar las tareas del hogar y atender a sus hijos, que extrañan a su mamá y lloran. Aunque lo incomoda un poco, manifiesta sentirse acompañado por la colaboración de sus padres y sus suegros, quienes se turnan para llevar a los niños a la escuela y colaboran con algunas actividades en las que él aún no ha podido organizarse. La vuelta al trabajo, hace pocos días, le resultó difícil, siente que le cuesta concentrarse y se siente cansado porque a la noche tarda en conciliar el sueño. Le pregunta si puede tomar algo para dormir.

Pregunta 1

Ramiro está atravesando un proceso de duelo por la muerte de su esposa. Ahora bien, ese duelo: ¿es normal o patológico? Justifique:

Reconoce que es un duelo normal (+1)

Advierte que las manifestaciones que menciona el paciente (angustia, ideas de culpa por omisión) no tienen una intensidad suficiente como para provocar un deterioro significativo a nivel familiar y laboral (+0.5) y se encuentran aún dentro del período de tiempo que puede considerarse normal.(+0.5)

Pregunta 2

¿Presenta Ramiro factores de riesgo para la complicación de su duelo? ¿Cuáles?

Detecta al menos dos de los siguientes: Pérdida inesperada y repentina, situaciones catastróficas alrededor de la pérdida y sentimientos de responsabilidad por la pérdida.
(+1 por c/u)

Tabla 20: Modelo de caso clínico y preguntas para el parcial 2, sobre la UD "Duelo", con sus patas de corrección.

Es posible advertir que estas pautas son similares a las que se usaron en la guía de evaluación de la actividad ampliatoria, por lo que los alumnos, al momento de realizar el parcial, ya están familiarizados con la forma de corregir los exámenes. Por lo tanto, se reduce el umbral de incertidumbre y es esperable que los alumnos se encuentren mejor preparados para rendir el parcial 2. Luego del mismo, al igual que en el parcial 1, se realiza una discusión

colaborativa sobre las respuestas posibles, lo que da lugar a interesantes debates, en función de la experiencia obtenida hasta la fecha.

9º aporte: Devolución virtual (DV)

Esta devolución se realiza mediante un glosario. El mismo estará en permanente crecimiento, en la medida en que se sigan detectando, en los parciales, errores que se repiten o que implican una confusión tal que merecen ser aclarados para todos los alumnos, no sólo para quienes los cometieron. De esta forma, otros estudiantes podrían aprovechar estas aclaraciones y resolver las dificultades antes de que se conviertan en errores.

En la Figura 25 se muestra una imagen del glosario, con los errores recurrentes detectados a la fecha, presentados en la vista alfabética:

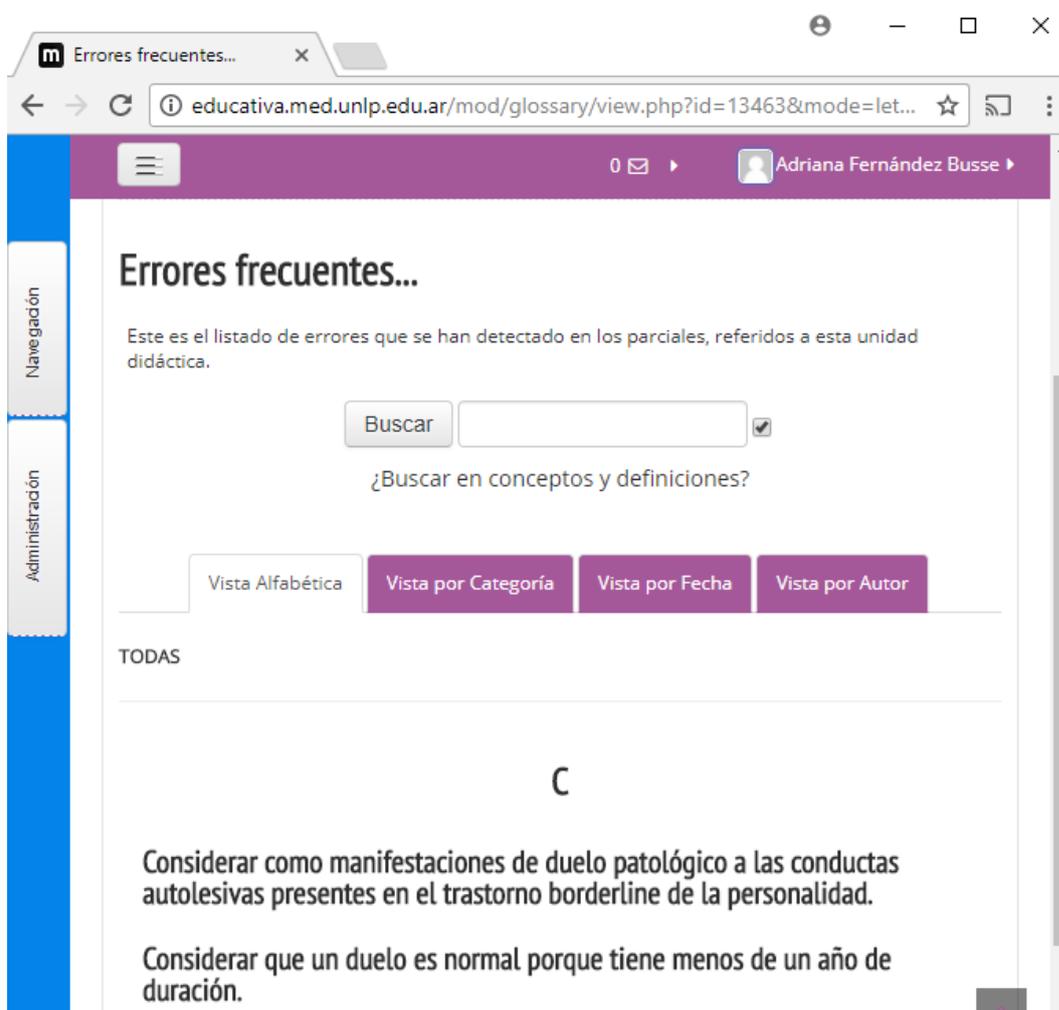


Figura 25: Listado de errores frecuentes de la UD "Duelo". (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

En la Figura 26 puede observarse la explicación que se presenta al alumno para el primero de los errores listados. La misma consta de la descripción del error, el ejemplo tomado del parcial (en forma resumida y con algunas modificaciones, para que sea más conciso) y la corrección del error, con su fundamento teórico.

The screenshot shows a web browser window with the URL `educativa.med.unlp.edu.ar/mod/glossary/showentry.php?courseid=140&...`. The page title is "Psiquiatría_I_FyH_2017". The user is logged in as "Adriana Fernández Busse". The page content is a glossary entry with the following structure:

- Section Header:** **Considerar como manifestaciones de duelo patológico a las conductas autolesivas presentes en el trastorno borderline de la personalidad.**
- Text:** Es común que los pacientes con trastorno borderline de la personalidad se autolesionen ante situaciones de estrés. A veces, esas situaciones son desencadenadas por conflictos vinculares. Recordemos que las personas con trastornos de la personalidad tienen intensas dificultades en los vínculos interpersonales. Veamos un ejemplo:
- Example:** *Una paciente con trastorno borderline discute mucho con su pareja y por eso su esposo ha pensado en separarse, ya que la relación entre ambos es insostenible. Pero, cada vez que él se lo plantea, cansado de los conflictos, las discusiones se agravan y ella termina cortándose los brazos con una tijera. Ante esto, él la lleva a una guardia para que la atiendan.*
- Text:** Algunos alumnos confunden estas manifestaciones con las de un duelo patológico. Sin embargo, aquí no hay una clara pérdida, de hecho, la paciente no se ha divorciado. Estas conductas se explican claramente por su trastorno de la personalidad. A continuación, transcribimos la fundamentación tomada de los criterios diagnósticos del DSM IV:
- Text:** Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio 1). La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (p. ej., reacción de desesperación brusca cuando el clínico les anuncia el final de su tiempo de visita, angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sea sólo unos minutos o cuando tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este «abandono» implica el ser «malos». Estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos de automutilación o suicidas, que se describen separadamente en el Criterio 5.
- Link:** [» Errores frecuentes...](#)

Figura 26: Fundamentación del primer error frecuente presentado para la UD "Duelo". (Captura de pantalla tomada del Entorno Educativo)

7. Modalidad de seguimiento y evaluación

Al momento de implementar la propuesta diseñada, será necesario evaluar su utilidad mediante diversas fuentes de información:

7.1. Información proveniente de los alumnos

Se obtendrá la opinión de los alumnos a través de una encuesta de satisfacción. El modelo se presenta en las Tablas 21 y 22. La misma tendrá por finalidad conocer su opinión sobre las estrategias didácticas utilizadas, los materiales presentados, la modalidad de cursada y la percepción de los conceptos y competencias adquiridos.

7.2. Información proveniente de los docentes

A lo largo de cada ciclo lectivo se realizan tres reuniones de equipo docente. Durante las mismas, más allá de cuestiones organizativas, se priorizará la evaluación de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Con la implementación de este proyecto, se discutirán las apreciaciones de sus integrantes en cuanto al progreso de la propuesta.

7.3. Información proveniente de las evaluaciones parciales

Una vez realizada la corrección de los parciales, siguiendo las pautas elaboradas a tal fin, podrá realizarse una comparación entre el rendimiento de los alumnos en los temas abordados con esta propuesta de innovación, versus los trabajados con la modalidad habitual. El hecho de que este cotejo se realice con el mismo grupo de alumnos, elimina la aparición de sesgos que podrían darse si se toma un grupo control integrado por otros.

También podrán realizarse análisis comparativos de los temas abordados por esta propuesta, para detectar rendimientos dispares entre los mismos, lo que llevaría a los docentes a reflexionar sobre los motivos de estas diferencias e intentar remediarlas, haciendo las modificaciones que se consideren pertinentes.

Encuesta sobre las actividades prácticas de Psiquiatría I – Sede Facultad/Hospital

Estimados alumnos: Nos será de mucha utilidad si se toman unos minutos para responder esta encuesta. De esta manera podremos mejorar nuestra actividad docente.

Quisiéramos saber tu opinión sobre los siguientes ítems. Valorálos con la siguiente escala:

Escala:	1=Nada	2= Poco	3= Más o menos/No sé	4= Bastante	5= Mucho
---------	--------	---------	----------------------	-------------	----------

Por favor, justificá tu puntuación.

A. ¿Cuán preparado te sentiste para rendir el parcial 2 con lo trabajado en las clases prácticas?

Puntaje: Justificación:

B. ¿En qué medida te resultaron útiles para estudiar para el parcial 2 las siguientes actividades realizadas?:

1) Entrevistas a pacientes del hospital: Puntaje:
 Justificación:

2) Uso de videos a modo de casos clínicos: Puntaje:
 Justificación:

3) Actividad de simulación clínica en el HOSIC: Puntaje:
 Justificación:

4) Role playing con los docentes de la cátedra: Puntaje:
 Justificación:

5) Bibliografía ampliatoria en Entorno Educativo: Puntaje:
 Justificación:

6) Discusión sobre el tema del día en cada TP: Puntaje:
 Justificación:

7) Actividades de autoevaluación: Puntaje:
 Justificación:

Tabla 21: Modelo de encuesta de satisfacción. (Primera parte)

8) Devoluciones del parciales:

Puntaje:

Justificación:
.....

9) Actividades ampliatorias virtuales:

Puntaje:

Justificación:
.....

C. En relación a los TP en los que estuviste presente, expresá cuánto considerarás que aprendiste en cada uno de ellos:

Tema del TP	1=Nada	2= Poco	3= Más o menos	4= Bastante	5= Mucho
Semiología psiquiátrica					
Relación médico - paciente					
Personalidad					
Duelo					
Sexualidad					
Trastornos del sueño y de la conducta alimentaria					
Trastornos somatomorfos					
Trastornos de ansiedad					
Retraso Mental					
Violencia					

¿Podés mencionar algunos aspectos positivos de los TP en los que aprendiste más?

.....
.....
.....
.....

¿Podés mencionar algunos aspectos negativos de los TP en los que aprendiste menos?

.....
.....
.....
.....

D. ¿Sugerencias? ¿Comentarios? ¿Quejas?

.....
.....
.....

¡¡Muchas gracias por tu colaboración!!

Tabla 22: Modelo de encuesta de satisfacción. (Segunda parte)

7.4. Información proveniente de las TICs

Una vez que se implemente la propuesta, será posible obtener datos estadísticos y calificaciones del entorno virtual de aprendizaje en relación a la participación de los alumnos en la plataforma. Moodle ofrece distintas alternativas útiles para este fin:

Todas las actividades pueden recibir una calificación, que el docente puede consultar, además de saber quiénes son los alumnos que no las realizaron. Por otra parte, en los casos en que se permite repetirlas, puede advertirse si los alumnos lo hicieron o no, si esto tiene alguna correlación con el rendimiento que tuvieron en el primer intento, cuál fue su progreso en las ocasiones subsiguientes, etc.

En cuanto a los recursos, es posible detectar si los alumnos los han consultado no y en qué momento lo hicieron. Las actividades también informan el momento de su realización.

El análisis de esta información, entrecruzado con otros datos obtenidos a partir de las evaluaciones parciales y las encuestas de satisfacción de los alumnos, permitirá sacar conclusiones de interés sobre el funcionamiento de la propuesta, que podrán ser analizadas por los docentes en pos de implementar las modificaciones que fueran necesarias.

8. Conclusiones

No caben dudas de que la formación de los futuros médicos debe estar orientada al ejercicio de su profesión. Durante ese ejercicio, la necesidad de combinar conocimientos con procedimientos y actitudes para un adecuado desempeño profesional es ineludible, lo que lleva a la imposición del enfoque basado en competencias para la enseñanza de la Medicina, que es avalado a nivel mundial. El egresado de nuestra Facultad deberá estar preparado para dar este tipo de respuestas ante las patologías más prevalentes. En ese sentido, la enseñanza de la Psiquiatría debe convertirse en uno de los pilares de su formación, por la alta prevalencia de los trastornos mentales. Es necesario, entonces, implementar una propuesta pedagógica que permita lograr estos objetivos, incluyendo las innovaciones que se consideren convenientes.

El docente, como mediador entre esas competencias y el alumno, toma protagonismo al momento de decidir cómo orientar la enseñanza para una adecuada formación basada en competencias. Los modelos centrados en la enseñanza, con transmisión unidireccional de conocimientos, focalizados únicamente en los contenidos, son inadecuados para ello. Por lo tanto, resulta necesario reemplazarlos por estrategias centradas en el aprendizaje, que posicionen a los alumnos como protagonistas de su propia formación y a los docentes desempeñando un rol tutorial, con una postura reflexiva sobre sus propias prácticas, desde un enfoque crítico progresista.

Convertir a los alumnos en protagonistas de su propio aprendizaje implica sacarlos de los lugares pasivos en los que pueden acomodarse con facilidad en los modelos tradicionales. Las estrategias de aprendizaje basado en la resolución de problemas, aprendizaje colaborativo y simulación clínica, seleccionadas para esta propuesta, son sumamente adecuadas para ese fin y su combinación potencia aún más su utilidad, siendo muy apropiadas para el enfoque basado en competencias. Esto permite formar a los futuros médicos en la búsqueda de alternativas para solucionar problemas similares a los que deberán enfrentar durante su ejercicio profesional, desde la formación de grado, implicándolos en la responsabilidad de su propio aprendizaje, a los fines de que desarrollen no sólo competencias específicas, sino también genéricas. Para ello, se hace necesario contar con materiales clínicos diversos, acompañados de otros recursos didácticos de diversa índole, que acerquen a los alumnos a la realidad de las prácticas y los preparen para el futuro contacto con pacientes.

Asimismo, siguiendo este enfoque didáctico, los docentes deben salir de los lugares tradicionales, que también pueden resultarles cómodos, e involucrarse activamente en facilitar el aprendizaje de sus estudiantes. Las estrategias de enseñanza como las seleccionadas para este trabajo, así como los recursos necesarios para implementarlas, implican, como ha quedado en evidencia a lo largo de esta propuesta, una intensa labor por parte del docente. La evaluación de los alumnos, más allá del sentido tradicional del término, vinculado sólo con la acreditación para conseguir la promoción, sino entendida como parte del aprendizaje, también implica un gran esfuerzo por parte del docente. En este sentido, la evaluación permite proveer a los alumnos del

feedback que necesitan, indefectiblemente, para avanzar en sus logros, aprendiendo de sus propios errores en forma constructiva, con la guía del tutor. La tarea del docente se vuelve, por lo tanto, muy ardua, pero altamente satisfactoria.

En este contexto, el uso de las TICs ocupa un lugar primordial. Por sí mismas, no aseguran necesariamente una adecuada formación profesional, sino que deben contar con el respaldo de adecuadas estrategias de enseñanza. De nada serviría implementar en el entorno virtual estrategias vinculadas a las modalidades tradicionales, con transmisión unidireccional de contenidos. Esto no solo no implicaría ningún tipo de innovación, sino que se opondría a la esencia misma de las TICs, más centradas en modelos colaborativos, ofreciendo una variedad de herramientas de trabajo creativas, siempre que el docente esté dispuesto a utilizarlas.

Lamentablemente, la Psiquiatría ha quedado en un lugar relegado para muchos médicos. Los trastornos psiquiátricos y otros problemas ligados a la salud mental pueden abundar en sus consultorios, sin que sean capaces de advertirlos, con los consecuentes perjuicios para los pacientes que los sufren. Los estudiantes lo saben, pero, de no mediar una adecuada formación en la especialidad, se corre el riesgo de que ellos caigan también en esa misma actitud cuando ejerzan la medicina. Atender a sus necesidades educativas, facilitándoles el descubrimiento del valor de la Psiquiatría para la práctica profesional, será una forma de evitarlo. Esta preparación de los alumnos redundará además, sin dudas, en una mejor atención para sus futuros pacientes.

Bibliografía

- Amaya Afanador, A. (2007) ¿De qué hablamos cuando decimos que enseñamos medicina fundamentado en un currículo por ABP? *Universitas Médica*, 48 (3), 249-260
- Anijovich, R. (2010) La retroalimentación en la evaluación. En Anijovich, R. (Comp) *La evaluación significativa* (pp 129-149) Buenos Aires: Paidós
- Bacigalupe, M. A., Dal Bello, M., León Mayer, E., Moore, M, Ruiz, V., Folino, J. (2010) *Expectativas de los alumnos de Ciencias Médicas respecto de las*

- clases de Psiquiatría*. Informe respecto de investigación cualitativa en el marco del Proyecto Criterios empíricos de didáctica aplicada a la enseñanza de Psiquiatría del Programa de Incentivos para docentes–investigadores del Ministerio de Educación de la Nación. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP. Período: Enero 2009 – Diciembre 2010.
Director: Folino, Jorge
- Baños, J. E., Pérez, J. (2005) Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educación Médica*, 8 (4), 216-225
- Barraza Macias, A (2005) Una conceptualización comprehensiva de la innovación educativa. *Innovación Educativa*, 5 (28), 19-31
- Barraza Macias, A (2010) *Elaboración de propuestas de intervención educativa*. México: Universidad Pedagógica de Durango
- Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Marty Maletá, M., Siufi, G., Wagenaar, R. (Ed) (2007) *Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe final – Proyecto Tuning – América Latina 2004-2007*. Bilbao: Universidad de Deusto
- Boronat Mundina, J., Castaño Pombo, N., Ruiz Ruiz, E., (2005) La docencia y la tutoría en el nuevo marco universitario. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 8 (5), 69-74
- Calzadilla, M. E. (2002) Aprendizaje colaborativo y tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*. Consultado el 19 de noviembre de 2014 en <http://www.rieoei.org/deloslectores/322Calzadilla.pdf>
- Camilloni, A. (2010) La evaluación de trabajos elaborados en grupos. En Anijovich, R. (Comp) *La evaluación significativa* (pp 151-175) Buenos Aires: Paidós
- Carlino, Paula (2005) *Escribir, leer y aprender en la Universidad. Una introducción a la alfabetización académica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Conde Vides, J. V., García Luna, D., García Rodríguez, J., Hermiz Ramírez, A., Moreno López, J. J., Muñoz Solís, P. L., Osorio Navarro, A. (2016) *Manual de Moodle 3.0 para el profesor*. Consultado el 10 de marzo de 2017 en http://oa.upm.es/42658/1/manual_moodle_3-0.pdf

- CONEAU Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. *Resoluciones de acreditación de carreras de grado*. Consultado el 19 de agosto de 2017 en <http://www.coneau.gov.ar/buscadores/grado/>
- Corvetto, M., Bravo, M. P., Montaña, R., Utili, F., Escudero, E., Boza, C., Varas, J., Dagnino, J. (2013) Simulación en educación médica: una sinopsis. *Revista Médica de Chile*; 141, 70-79
- Davini, MC (2009) Métodos para la acción práctica en distintos contextos. En: *Métodos de enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores*. (pp 113-134) Buenos Aires, Santillana
- Delgado Fernández, M., Solano González, A. (2009) Estrategias didácticas creativas en entornos virtuales para el aprendizaje. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 9 (2) 1-21. Consultado el 26 de junio de 2015 en <http://revista.inie.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/337/336>
- Dieckmann, P., Molin Friis, S., Lippert, A., Ostergaard, D. (2009). The art and science of debriefing in simulation: Ideal and practice. *Med Teach* 31(7), e287-294
- Durán, D. (2009) Aprender a cooperar: Del grupo al equipo. En Pozo, J. I., Pérez Echeverría, M. del P. *Psicología del aprendizaje universitario: La formación en competencias*. (pp 182-195) Madrid. Morata
- Durante Montiel, M. B. I., Martínez González, A., Morales López, S., Lozano Sánchez, J. R., Sánchez Mendiola, M (2011) Educación por competencias: de estudiante a médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 54 (6), 42-50
- FAMFyG Federación Argentina de Medicina General y Familiar *¿Qué es la Medicina Familiar?* Consultado el 18 de agosto de 2017 en <http://www.famfyg.com.ar/institucional/que-es-medicina-familiar>
- FAMG Federación Argentina de Medicina General *¿Qué es un Médico General?* Consultado el 18 de agosto de 2017 en <http://www.famg.org.ar/index.php/institucional/famg/que-es-un-medico-general>
- Franco Corso, S. J., Delgado, M. B., Gómez-Restrepo, C. (2012) Uso de pacientes simulados en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 41 (Suplemento), 52-68

- Galindo López, J., Visbal Spirko, L. (2007) Simulación, herramienta para la educación médica. *Revista Científica Salud Uninorte*; 23 (1), 79-95
- Galli, E., Saavedra, J. E. (1995) Psiquiatría Clínica en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Aplicación de nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje. *Revista de Neuro-Psiquiatría*; 58, 99-111
- García Nieto, N. (2008) La función tutorial de la Universidad en el actual contexto de la Educación Superior. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22, (1), 21-48
- Gómez-Restrepo, C., Reveiz Narváez, Y. (2012) Pacientes virtuales en la enseñanza médica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (suplemento), 37-43
- González, A., Esnaola, F., Martín, M. (Comp.) (2012) *Propuestas educativas mediadas por tecnologías digitales: Algunas pautas de trabajo*. La Plata: EUNLP
- González, J., Wagenaar, R. (Ed.) (2006) *Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia*. Bilbao: Universidad de Deusto
- Graden, J. L., Bauer, A. M. (1999) Enfoque colaborativo para apoyar al alumnado y profesorado de aulas inclusivas. En Stainback, S., Stainback, W. *Aulas inclusivas*. (pp 103-117) Madrid. Morata
- Hanne, C. (Ed.) (2013) *Educación Superior en América Latina: reflexiones y perspectivas en Medicina*. Bilbao: Universidad de Deusto
- Hernández de Cordido G. (2006) Lo psicológico en los estudios médicos una evaluación del nuevo programa de psiquiatría en los estudios médicos de pregrado. *Revista de la Facultad de Medicina* 29 (1) Consultado el 13 de mayo de 2015 en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692006000100001&script=sci_arttext
<http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83rev3.htm>
- Jaramillo, L., Delgado-Sierra, G., Sánchez, R. (2011) Comparación de dos estrategias para la enseñanza de un módulo de entrevista clínica en estudiantes de pregrado de medicina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (2), 251-265
- Lafuente, J. V., Escanero, J. F., Manso, J. M., Mora, S., Miranda, T., Castillo, M. et al (2007) El diseño curricular por competencias en educación

- médica: impacto en la formación profesional. *Educación Médica*; 10(2), 86-92
- Lucarelli, E (2004, junio) *Las innovaciones en la enseñanza, ¿caminos posibles hacia la transformación de la enseñanza en la universidad?* Ponencia presentada en las 3ras Jornadas de Innovación Pedagógica en el Aula Universitaria, Universidad Nacional del Sur
- Martin, E. (2009) Profesorado competente para formar alumnado competente: El reto del cambio docente. En Pozo, J. I., Pérez Echeverría, M. del P. *Psicología del aprendizaje universitario: La formación en competencias*. (pp 199-215) Madrid. Morata
- Martínez Carretero J. M. (2005) Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO). *Educación Médica Internacional*, 8 (suplemento 2) S18-S22.
- Martínez, M.T., Briones; S.M: (2007) Contigo en la distancia: la práctica tutorial en entornos formativos virtuales. *Revista de medios y educación*, 29, 81-86
- Martínez-Clares, P., Martínez-Juárez, M., Muñoz-Cantero, J.M. (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa RELIEVE*, 14 (2), 1-23. Consultado el 19 de mayo de 2015 en: http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm
- Moodle (s.f.) *Acerca de Moodle*. Consultado el 2 de noviembre de 2017 en: https://docs.moodle.org/all/es/Acerca_de_Moodle
- Moreno Olivos, T. (2009) Competencias en educación superior: un alto en el camino para revisar la ruta de viaje. *Perfiles Educativos*, XXXI (124) 69-92
- OMS Organización Mundial de la Salud (1978) *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978*. Consultado el 19 de agosto de 2017 en http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atad-Declaracion-1978.pdf?ua=1
- OMS Organización Mundial de la Salud (2008) *mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la*

- atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.* Consultado el 2 de agosto de 2017 en http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- Padilla Carmona, M. T., Gil Flores, J. (2008) La evaluación orientada al aprendizaje en Educación Superior: condiciones y estrategias para su aplicación en la docencia universitaria. *Revista española de pedagogía*, LXVI (241) 467-486
- Pozo, J. I., Mateos, M. (2009) Aprender a aprender: Hacia una gestión autónoma y metacognitiva del aprendizaje. En Pozo, J. I., Pérez Echeverría, M. del P. *Psicología del aprendizaje universitario: La formación en competencias.* (pp 54-69) Madrid. Morata
- Pozo, J. I., Monereo, C. (2009) Introducción: La nueva cultura del aprendizaje universitario o por qué cambiar nuestras formas de enseñar y aprender. En Pozo, J. I., Pérez Echeverría, M. del P. *Psicología del aprendizaje universitario: La formación en competencias.* (pp 9-28) Madrid. Morata
- Pozo, J. I., Pérez Echeverría, M. del P. (2009) Aprender para comprender y resolver problemas. En Pozo, J. I., Pérez Echeverría, M. del P. *Psicología del aprendizaje universitario: La formación en competencias.* (pp 31-53) Madrid. Morata
- Resolución 1314/07 (2007) Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
- Sanz, C., Zangara, A. (2011, diciembre) *Las e-actividades como elemento central en el diseño de propuestas de educación mediada. Una posible definición y clasificación.* Conferencia presentada en I Jornadas Nacionales de TICs e Innovación en el Aula III Jornadas de Experiencias en EaD de la UNLP. Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/26547>
- Segredo Pérez, A. M., Reyes Miranda, D. (2004) Diseño curricular por competencias. *Correo Científico Médico de Holguín*; 8 (3) Consultado el 19 de junio de 2015 en: <http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83rev3.htm>
- Serdio Romero, E (2002) ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. (III). Montaje y desarrollo de una ECOE. *Medicina de Familia*, 3 (4), 277-281
- Sola Martínez, T., Moreno Ortiz, A. (2005). La acción tutorial en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior. *Educación y Educadores*, 8, 123-143.

- Urrutia Aguilar, M. E., Hamui-Sutton, A., Castañeda Figueiras, S., Fortoul van der Goes, T. I., Guevara-Guzmán, R. (2011) Impacto del aprendizaje basado en problemas en los procesos cognitivos de los estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*, 147, 385-393
- Utili Ramírez, F. (2007) Simulación en el aprendizaje, práctica y certificación de las competencias en Medicina. *Ars Medica Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 36 (2), 152-163
- Wright, A. C., Sirhan, N., Moreno, R. (2007) Educación por competencias: Implicancias para el pregrado de medicina. *Ars Medica Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 36 (2), 141-151