

Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo

José Saura Llamas

Introducción

Los tutores de medicina de familia no han sido suficientemente preparados para ejercer su profesión como docentes, por lo que se precisa una formación específica en esta área que, además, es una necesidad sentida por los tutores y expresada en multitud de foros profesionales. Al mismo tiempo, la aprobación del nuevo programa docente de la especialidad ha aumentado las exigencias que los tutores deben cumplir como docentes y puede suponer un aumento de su carga de trabajo. Como los tutores habitualmente tienen poco tiempo y recursos de todo tipo, ser efectivos como docentes, es decir, alcanzar los objetivos docentes, es fundamental.

El objetivo sería mejorar la competencia docente de los tutores (formar a formadores) de medicina familiar y otros docentes partiendo de que la investigación y la docencia son elementos fundamentales para el desarrollo futuro de la medicina de familia¹, haciendo más fácil y más efectiva la tarea formativa del tutor.

Concepto de efectividad docente

El concepto de efectividad (eficacia) se recoge de las experiencias y los trabajos sobre calidad. A partir de éste, y por similitud, se propone el concepto de efectividad docente, que sería conseguir el efecto que se persigue, en este caso que se produzca un aprendizaje efectivo.

En realidad, desde el punto de vista de la evidencia hay muy pocas referencias que nos permitan referirnos a la efectividad docente, por lo que vamos a utilizar este concepto como excusa argumental para la exposición. Así, va-

mos a trabajar sobre datos de proceso, con la hipótesis de que llevando a cabo un proceso docente de calidad vamos a obtener buenos resultados formativos, es decir, unos buenos especialistas.

Cómo llegar a ser un tutor efectivo

Un buen tutor es el que es un docente efectivo, es decir, es el que hace que el residente aprenda, no el que enseña o intenta enseñar. Se trataría de responder a las preguntas: ¿cómo puede el tutor hacer efectiva su actividad docente?, ¿cómo puede mejorar sus resultados formativos?

El aprendizaje efectivo debe ser individualizado, debe contar con el imprescindible interés y la motivación del aprendiz a través de un proceso activo, centrado en el aprendizaje significativo, basado en la realidad y con verificación de los resultados.

Vamos a seguir la idea de que puede ser un tutor efectivo el que tiene respuestas a la mayoría de las preguntas que se hacen los médicos de familia que quieren ser tutores, por lo menos a las primeras (modificado de Sheets, 1996):

1. ¿Por qué quiero ser tutor?
2. ¿Cuáles son las características de un buen tutor?
3. ¿Qué pueden aprender los residentes de mí?
4. ¿Cómo puedo llevar a cabo el proceso docente? El *leitmotiv* docente.
5. ¿Con qué herramientas e instrumentos docentes cuento?

¿Por qué soy o quiero ser tutor?

El tutor efectivo es el que sabe por qué quiere ser tutor (o en ciertos casos: por qué quiero seguir siendo tutor). En general, todos tenemos motivos para hacer las cosas, y dentro de éstos hay unos motivos que queremos divulgar que serían los socialmente correctos, «los bonitos», los que nos hablan de la actividad desinteresada, etc.

También es cierto que todos sabemos por qué queremos ser tutores, al menos de forma implícita. Sería una buena manera de empezar a trabajar como docente el que cada tutor hiciera el esfuerzo de hacer explícitas esas motivaciones, poniéndolas por escrito.

¿Cómo es el buen tutor?

Un buen tutor debe al menos cumplir con los siguientes requisitos²: ser un buen clínico, es decir, ser un médico de

Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de Medicina de Familia. Servicio Murciano de Salud. Unidad Docente GAP Murcia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. España.

Correspondencia: Dr. J. Saura Llamas.
Atenea, 21. El Palmar. 30120 Murcia. España.
Correo electrónico: j.saurall@tiscali.es

Manuscrito recibido el 27-6-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 4-10-2006.

Este artículo está libremente inspirado en parte del taller docente: «Cómo se puede convertir a un tutor en un docente eficiente: manso como cordero pero astuto como serpiente». Aula Docente. XXV Congreso Nacional semFYC. Santiago de Compostela. Noviembre de 2005.

Palabras clave: Medicina de familia. Formación posgrado. Tutor. Estrategias formativas. Métodos docentes.

familia con una adecuada competencia clínica que se va a documentar con el adecuado proceso de acreditación; ser un buen docente, con una adecuada competencia docente que se debe documentar con el pertinente proceso de acreditación; y debe ser capaz de mantener una buena relación con el residente².

Características que debe tener un tutor competente

1. Debe conocer diferentes métodos docentes y saber cómo y cuándo aplicarlos³.
2. Debe tener habilidades docentes, como proporcionar el *feedback* adecuado al residente, la observación y el análisis, así como mantener una relación fluida con el residente y la capacidad de hacer reflexionar al residente sobre el proceso formativo y la práctica asistencial³.
3. Debe demostrar una adecuada actitud docente: con capacidad de autocrítica e interés y respeto por el residente. Debe proporcionar al residente un ambiente de libertad para que descubra su propio estilo y pueda desarrollar sus habilidades de práctica profesional, pero supervisando su aprendizaje. Será capaz de desarrollar su trabajo manejando el estrés que genera su posición dual, entre las necesidades del paciente, por un lado, y las del residente, por otro³.
4. Debe tener determinados rasgos de personalidad, como la capacidad de introspección y reflexión, la flexibilidad, la integridad y, sobre todo, el entusiasmo por su trabajo y la capacidad de transmitirlo³.

El tutor efectivo es el que conoce lo que necesita para formar residentes

¿Qué necesito yo para poder formar a residentes? Se trata de un proceso de reflexión fundamental para un tutor, y que se debe hacer. Se traduce, por ejemplo, en «El Plan Personalizado de Formación de Tutores», en el que se trata de aclarar cuáles son mis necesidades formativas como formador. Se plasmaría en elaborar un listado de necesidades, déficit o problemas en la faceta de docente para luego poder abordarlos. Ya hay un modelo en la Unidad Docente de Valencia⁴ adoptado y mejorado por la Comisión Nacional de la Especialidad.

¿Qué pueden los residentes aprender de mí (y qué no)?

Se trata de un proceso de reflexión fundamental para un tutor, que se debe hacer. Podría ser equivalente a lo que mis compañeros (tutores) que me conocen afirman que el residente puede o va a aprender de mí. Se traduce en «La oferta formativa de cada tutor a su residente». Se trataría de elaborar un catálogo de posibilidades docentes que como tutor puedo ofrecerle, ordenado por tareas. Puede tener el formato de «una ficha para cada tarea docente». Hay una propuesta ya publicada⁵.

¿Cómo puedo llevar a cabo el proceso docente?

El tutor efectivo es el que conoce bien y utiliza los principios de la formación de adultos

Los principios básicos de la enseñanza de adultos (Brookfield, 1991) son:

- La participación en el aprendizaje es voluntaria.
- Debe haber respeto mutuo.
- El alumno debe colaborar en su formación.
- El proceso de aprendizaje va continuamente de la acción a la reflexión, y viceversa.
- Los docentes facilitan el autoaprendizaje de los alumnos.

Para que el tutor lleve a cabo el proceso formativo también puede ser una ayuda conocer su misión, tener una visión de ésta, así como tener un *leitmotiv* formativo⁶.

Es un tutor efectivo el que conoce y utiliza adecuadamente el proceso docente

Sin duda, será un docente efectivo el que sepa cómo llevar a cabo la tutorización de los residentes⁷ y el desarrollo del proceso formativo de los médicos de familia⁸.

Para formar a residentes hace falta conocer los objetivos formativos:

- Objetivos generales: el perfil profesional, especialista en medicina familiar y comunitaria.
- Objetivos intermedios: conocimientos, habilidades y actitudes.
- Objetivos específicos: tareas y actividades formativas.

Los objetivos especifican lo que queremos, adónde queremos llegar, ya que «si no está usted seguro del lugar al que quiere ir... ¡corre el riesgo de encontrarse en otra parte! (y no darse cuenta)» (Mager).

¿Qué vamos a enseñar? El programa docente, cuya última versión ha sido recientemente aprobada y publicada⁹.

¿Quiénes lo van a hacer? Los tutores, tal como indica el programa docente⁹, apoyado por los técnicos de salud y otros docentes.

¿Con qué infraestructura? La estructura docente, que ya ha sido suficientemente descrita en referencias previas¹⁰.

¿Dónde? Fundamentalmente en el centro de salud docente y en la consulta del tutor, tal como indica y desarrolla el programa docente⁹. El centro de salud y la consulta docente deben tener unas características específicas.

¿Cuál es el proceso? Proceso de enseñanza-aprendizaje: como referencia utilizaremos la pirámide de Miller, buscando el nivel más alto de proceso de aprendizaje, buscando el «hacer».

Es un tutor efectivo el que sabe cómo llevar a cabo el proceso formativo

Se trataría de responder a algunas de las cuestiones: ¿cómo estamos llevando a cabo el proceso formativo de los resi-

¿dentes? ¿Qué sabemos? ¿Tenemos problemas? ¿Cuáles? ¿Tenemos que poner en marcha medidas correctoras? ¿Cuáles? ¿Cómo actúa un buen docente? ¿Cómo puede un tutor llegar a ser un buen profesional de la docencia? ¿Cómo compatibilizar la asistencia con la docencia? ¿Cuáles son nuestras fortalezas formativas? ¿Cuáles son nuestras debilidades? ¿Cómo podemos formar a residentes en el contexto actual? ¿Cómo podemos adaptarnos a las nuevas necesidades en el futuro?

Todas ellas son preguntas que se plantean para el debate más que para responderlas todas.

Principios del proceso formativo de los médicos de familia

Tal como se describe en el programa de la especialidad¹¹, es una formación curricular. Está basada en perfil profesional, por lo que pretende la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. Es tutorizada, es decir, dirigida por un tutor de forma continuada durante 4 años. Se imparte de forma individualizada, ya que cada tutor forma a un residente y personalizada, puesto que el tutor debe adaptarla a una persona determinada. Dentro del proceso formativo, la motivación es fundamental. Parte de unos objetivos docentes para, por medio del diseño de unas tareas formativas, realizar unas determinadas actividades docentes. Se realiza de forma programada, ya que debe cumplir unos períodos y unos cronogramas determinados. Se basa en alcanzar y cumplir unos mínimos niveles formativos. Pretende que el residente adquiera una responsabilidad progresiva, «en pequeñas dosis», y busca no gobiar.

Además de todo lo anterior se puede destacar que es un viaje que van a realizar juntos el tutor y el residente¹¹, y que en ese viaje todos los momentos o tiempos no son iguales; destacan algunos momentos clave del proceso formativo¹² que pueden repercutir de manera positiva o negativa en sus resultados.

Cambio de comportamiento de los médicos

Se puede atribuir en una tercera parte a la formación médica continuada, en otra tercera parte a la organización para la que trabaja, que enseña y trasmite unos mensajes y valores (según su estructura y funcionamiento), y por fin, en otra tercera parte, a la influencia de las relaciones y modelos de los colegas¹³. Por esto es fundamental crear un buen clima docente y establecer unas relaciones basadas en los valores y la competencia docente, y en este aspecto son básicos tanto la elección de los tutores como su entrenamiento, su motivación y su continua actualización¹³.

Para asegurar las necesidades formativas del discente, éstas no deben ser detectadas exclusivamente por el alumno, dado el sesgo de selección hacia áreas «cómodas» (que ya maneja) de la competencia: identificar los factores de cambio que relacionan el entorno de traba-

jo con los nuevos conocimientos y habilidades; reforzar las nuevas conductas con recordatorios y dando *feedback*; utilizar una combinación de varias intervenciones formativas que es mejor que utilizarlas de manera aislada; tener en cuenta que las actividades formativas son más efectivas si están impulsadas por la dirección y la institución¹³.

¿Con qué herramientas e instrumentos docentes cuento?

¿Cómo lo vamos a enseñar? Las estrategias y los métodos docentes

También en este caso debemos tratar de responder a una serie de cuestiones importantes: ¿cómo estamos llevando a cabo el proceso formativo de nuestros residentes? ¿Qué método docente estamos utilizando? ¿Conocemos los que hay? ¿Qué técnicas docentes estamos utilizando? ¿Dan buenos resultados? ¿Las utilizamos intencionalmente? ¿Hay que cambiarlas?

Debemos partir del principio de que, por desgracia, la buena voluntad del tutor no es suficiente para formar residentes de una forma adecuada.

¿Somos docentes sin método? ¿Es posible que estemos formando a residentes sin saber cómo? Si no sabemos lo que estamos haciendo, ¿cómo sabemos nuestros resultados y cómo podemos cambiar?

En realidad, la situación real más optimista, porque varios datos a nuestro favor indican que estamos formando a profesionales con un alto nivel de calidad, por lo que probablemente sea el desconocimiento de los métodos disponibles, y de la denominación de los que estamos utilizando, la causa de esta aparente contradicción.

Ya se está trabajando en este proceso de elaboración de clasificaciones, en un intento de aproximación y de aclaración de estos conceptos para facilitar su utilización por el médico de familia¹⁴.

¿Con qué herramientas vamos a enseñar? Las técnicas y los instrumentos docentes

¿Cuáles son las herramientas e instrumentos docentes que puede utilizar el tutor?

Hay un gran ámbito que es la formación de adultos y en él podemos distinguir varios grandes grupos de conceptos: los modelos formativos, las estrategias formativas, los métodos docentes, las herramientas e instrumentos docentes (como el Manual del tutor^{15,16}), las técnicas e instrumentos docentes, los medios o recursos docentes y las tareas y actividades docentes¹⁷⁻¹⁹.

Para tratar de aportar algo de luz a este panorama se incluyen a continuación los resultados obtenidos en varias búsquedas bibliográficas en un intento de aumentar la efectividad en la formación. De la revisión bibliográfica de los estudios de intervención educativa²⁰⁻²⁴ se deducen las siguientes conclusiones:

- El principal objetivo de la formación médica debe ser la adquisición y el mantenimiento de la competencia clínica²⁴⁻²⁸.
- Conocer las necesidades de aprendizaje es importante en la formación médica, pero su detección no se puede dejar sólo en las manos del discente²⁴⁻²⁸.
- La formación médica debe basarse en el trabajo que hacen los médicos²⁴⁻²⁸.
- El efecto de los cambios del comportamiento médico, la reacreditación y los programas de calidad están incrementando las evaluaciones sistemáticas de los programas educativos²⁴⁻²⁸.

Las estrategias formativas más efectivas son:

- Los áudits estandarizados, el análisis de los incidentes críticos.
- El *feedback* reglado, personalizado y solicitado, y añadir a los planes formativos actividades de refuerzo.
- Y recordatorio por ordenador, entre las que destacan las guías clínicas informatizadas¹³.
- Las actividades educativas deben basarse en el trabajo que hacen los médicos habitualmente¹³.

Los métodos docentes más eficaces son:

- El trabajo en equipo (las actividades docentes en grupo).
- La revisión por pares^{13,24-28}.
- Se recomienda incorporar los principios del aprendizaje de adultos, aunque alguno de ellos no ha sido adecuadamente probado¹³.
- El aprendizaje en grupo y los recordatorios por ordenador²⁴⁻²⁸.
- También se han mostrado útiles el método de dar instrucciones concretas y los métodos de enseñanza en presencia del paciente^{29,30}.
- El método de dar instrucciones concretas se ha validado mediante la técnica llamada *One minute teaching*, que consiste en que antes de la entrevista con los pacientes, de forma previa a la consulta, se comentan los pacientes citados entre el tutor y residente. En este caso, un estudio ha demostrado que mejora la satisfacción y la competencia de los residentes^{29,30}.
- El método de la enseñanza en presencia del paciente, a través de las observaciones clínicas estructuradas (SCO), ha demostrado en un estudio con 63 estudiantes que mejoran las habilidades clínicas²⁹.

Comentario

Un tutor efectivo será el que utilice preferentemente los métodos y técnicas que se han demostrado más eficaces, pero no dejará de utilizar otros métodos que puedan resultar útiles, simplemente porque todavía no haya evidencia sobre su efectividad debido a que aún no se han realizado investigaciones al respecto. Ésta es una opción ya conocida por el médico de familia en la clínica cuando no hay datos científicos de calidad que avalen su toma de decisiones

en la consulta con sus pacientes. Pero esta realidad pone de manifiesto la necesidad imperiosa de hacer investigación en la docencia de posgrado aplicada a los médicos de familia.

Agradecimientos

A nuestro amigo y compañero Juan Antonio Sánchez Sánchez, que generosamente nos permitió acceder a la búsqueda bibliográfica que realizó para el III Encuentro de Tutores de la Región de Murcia.

Bibliografía

1. Saura Llamas J. La docencia y la investigación, elementos clave para el futuro de la medicina de familia/medicina general. *JANO*. 1995;49:1663-72.
2. Saura Llamas J. El tutor de atención primaria. *Aten Primaria*. 1993;11:273-4.
3. Boendermaker PM, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP, Metz JCM Et al. ¿Cuáles son las características de un tutor de medicina de familia competente? *Fam Practice*. 2000;17:547-53.
4. Fernández Casalderrey C, Gosalbes Soler V, Gutiérrez Sigler MD. Plan personalizado de formación de tutores en la Unidad Docente de Valencia. *Tribuna Docente*. 2003;4:55-63.
5. Saura-Llamas J. La oferta formativa individualizada por tareas de cada tutor a su residente. *Tribuna Docente*. 2003;4:56-9.
6. Saura Llamas J. Cómo ayudar al tutor de medicina familiar a formar residentes: la «misión», la «visión» y el «leitmotiv» como guías. *FMC*. 2003;10:684-93.
7. Saura Llamas J, Quirós Bauset C, Molina Durán F. Docencia posgrado: ¿cómo llevar a cabo la tutorización de residentes en medicina familiar y comunitaria? *Aten Primaria*. 1994;13:103-4.
8. Saura Llamas J. Desarrollo del proceso formativo de los médicos de familia en AP. *Tribuna Docente*. 2002;3:61-72.
9. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas. Comisión de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: semFYC; 2005.
10. Saura Llamas J. Avances en la formación de los especialistas de medicina familiar en España: (I) La estructura docente. *Tribuna Docente*. 2000;1:7-16.
11. Saura Llamas J. Formar médicos de familia: ¿un *rafting* docente? *JANO*. 1999;57:34.
12. Saura Llamas J. Momentos clave en la formación del médico de familia. *Dimens Hum*. 1998;2:53-7.
13. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*. 1999;318:1276-9.
14. Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Sánchez E. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *FMC*. En prensa.
15. Saura Llamas J. «El Manual del Tutor» de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;17:177-8.
16. Saura Llamas J. Manual del Tutor. Cómo enseñar y aprender a ser médico de familia. Barcelona: semFYC; 1997.
17. Saura-Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria*. 2005; 35:318-24.
18. Saura-Llamas J, Puebla-Manzanos L. «La receta docente»: una herramienta divertida para formar residentes. *Aten Primaria*. 2006;37:164-6.
19. Saura Llamas J. La evaluación de los residentes de medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria*. 1995;16:179-80.

20. Turabian Fernández JL, Pérez Franco B. El perfil del médico de familia y las estrategias formativas en el posgrado. *Tribuna Docente*. 2002;3:51-7.
21. Gálvez Ibáñez M. Metodología docente en el período de especialización en medicina de familia. *Tribuna Docente*. 2003;4:52-61.
22. Echauri Ozcoidi M, Pérez Jarauta MJ. Técnicas docentes en la formación de profesionales. *Tribuna Docente*. 2002;3:29-43.
23. Tandeter H, Loayssa Lara JR. El desarrollo del profesorado en medicina de familia. *Tribuna Docente*. 2003;4:34-9.
24. Sobrino López A. Revisión bibliográfica de las estrategias y métodos educativos más eficaces en la formación de los médicos generales. *Tribuna Docente*. 2001;2:57-60.
25. Davis D. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance on health care outcomes. *Int J Psychiatry Med*. 1998;28:21-39.
26. Lomas J. Teaching old (and no so old) does new tricks: effective ways to implement research findings: En: Dunn EV, Norton PV, Stewart M, editors. *Disseminating research, changing practice*. Newbury Park: Sage; 1994.
27. Jolly B, Grant J. *The good assessment guide*. London: Joint Centre for Education in Medicine; 1997.
28. Grant J. *The good CME guide*. London: Joint Centre for Education in Medicine; 1998.
29. Heidenreich C, Lye P, Simpson D, Lourich M. The search for effective and efficient ambulatory teaching methods through the literature. *Pediatrics*. 2000;105:231-7.
30. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med*. 1995;70:898-931.