



AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

El *feedback* como herramienta docente en la formación clínica. 1.^a parte



Juan José Rodríguez Salvador^{a,*} y Juan Carlos Arboniés Ortiz^b

^a Medicina de familia, Centro de Salud de Ortuella, Ortuella, Bizkaia, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, España

^b Medicina de familia, Centro de Salud de Gros, Donostia-San Sebastián, Gipuzkoa, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, España

Recibido el 22 de febrero de 2018; aceptado el 23 de febrero de 2018

Disponible en Internet el 30 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Formación de tutores;
Educación médica;
Feedback;
Residencia y
rotaciones médicas

KEYWORDS

Preceptor
development;
Medical education;
Feedback;
Internship and
residency

Resumen Las 2 preocupaciones más importantes de los tutores y los docentes clínicos son cómo hacer que los residentes y los alumnos se motiven, y cómo ofrecerles *feedback* de manera constructiva. Además, los docentes clínicos sienten que no tienen conocimientos ni entrenamiento suficiente sobre cómo dar *feedback*. En este artículo describimos cómo utilizar el *feedback* de forma que la supervisión resulte una experiencia productiva y estimulante tanto para el aprendiz como para el docente. Revisamos las características básicas que debe poseer un *feedback* a la vez constructivo y centrado tanto en el que aprende, como en su programa docente; proponemos una sistemática para dar *feedback* informal en 4 pasos y ofrecemos unos ejemplos para su puesta en escena.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Feedback as a teaching tool in clinical training. 1st part

Abstract The 2 most important concerns of tutors and clinical teachers are how to get residents and students motivated and how to offer *feedback* constructively. In addition, clinical teachers feel that they do not have enough knowledge or training on how to give *feedback*. In this article, we describe how to use *feedback* so that supervision is a productive and stimulating experience for both the learner and the teacher. We review the basic characteristics that a *feedback* should have to be constructive and focused on the learner and their teaching program at the same time. We propose a systematic structure for giving informal *feedback* in 4 steps and we offer some examples for its staging.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanjoortuella@gmail.com (J.J. Rodríguez Salvador).

«Es imposible: ¡Tienes que saber hacerlo bien a la primera o solo ves malas caras!». Una residente frustrada, 2017

Introducción

Aunque la actividad clínica nos absorbe prácticamente todo el tiempo, los clínicos tenemos que asumir nuestra parcela de responsabilidad en la formación de los profesionales noveles y de los estudiantes. El *feedback* es la herramienta docente básica que utilizan los profesionales con responsabilidades de formación. Para los estudiantes y los residentes es importante recibir *feedback*, ya que lo identifican como un signo de calidad docente¹. El problema es que mientras los docentes clínicos creen que dan suficiente *feedback* a los residentes, estos piensan que el que reciben es más bien escaso. Normalmente reciben un *feedback* rápido e inespecífico —quizás un «*muy bien*» o «*de acuerdo*». A veces perciben que tan solo se les da, simplemente, un *feedback* negativo como: «*esto no me gusta*» o «*no deberías haberle mandado tal cosa a este paciente*». Y esto les deja realmente desanimados. Las razones más esgrimidas para dar un *feedback* mínimo, o no darlo, son: la ausencia de habilidades por falta de entrenamiento y el temor a ofender o molestar al alumno de forma que la relación con el alumno/residente se vea afectada. Lo cierto es que los tutores están preocupados por saber cómo hacer para que los residentes y los alumnos se motiven y por cómo ofrecerles *feedback* de manera constructiva.

En este artículo pretendemos describir cómo utilizar el *feedback* de forma que la supervisión resulte una experiencia productiva y estimulante tanto para el aprendiz como para el docente.

El *feedback* docente eficaz: elementos esenciales

Los requisitos para que el *feedback* cumpla su función, resulte eficaz y aceptado por el estudiante/residente, son (tabla 1)^{2,3}:

- **Oportuno:** el *feedback* es más eficaz cuando la situación es reciente. El residente suele estar en mejor disposición cuando ha detectado un problema o ha realizado cualquier intervención relevante. Cuanto más demoremos el *feedback*, más difícil es recordar los detalles y vivencias. En el contexto clínico, la prioridad es la atención a los pacientes y suele ser mejor evitar dar *feedback* delante de los pacientes (a no ser que sean los propios pacientes los que den el *feedback*).

Tabla 1 Elementos esenciales del *feedback* docente

Oportuno
Concreto
Veraz
Respetuoso con la autoestima del aprendiz
Suficiente
Constructivo
Centrado en las necesidades del que aprende

- **Concreto:** el aprendiz ha de tener bien claro sobre qué está recibiendo *feedback*. Cuando decimos «*has estado genial*» sin especificar en qué ha consistido la genialidad, seguramente halagamos al residente pero estamos perdiendo una oportunidad de oro para reforzar un comportamiento que interesa potenciar. Por ejemplo: «*Ha sido genial ver la determinación con la que has seguido los pasos del protocolo de actuación ante un paciente crítico*» concreta mucho más sobre su actitud y sobre su esfuerzo por conocer y poner en acción el protocolo guía.
- **Veraz:** los hechos sobre los que se da *feedback* deben ser reales. Si nos equivocamos y pretendemos darlo sobre algo que no ha sucedido, podemos vernos desautorizados como docentes y menoscabar la motivación del estudiante o del residente. Podemos estar ante una residente de la que sospechamos que las exploraciones físicas que hace a los pacientes dejan mucho que desear y hoy estamos dispuestos a «darle *feedback*»; si le decimos algo como «*seguro que no has explorado los pares craneales*» y, precisamente hoy lo ha hecho... entonces... ¡Nuestra legitimidad queda en entredicho! Es preferible dar *feedback* sobre hechos que hayamos observado e incluso tomar notas que nos faciliten esta tarea.
- **Respetuoso con la autoestima del aprendiz:** el *feedback* debería respetar a la persona en todo momento. Es fácil si nos centramos en el comportamiento concreto que hemos observado. En vez de espetarle al residente «*¡Cómo puedes ser tan inhumano con los pacientes!*», el *feedback* podría haber comenzado con un «*La paciente se ha quedado desolada al tener que decidir tan bruscamente sobre una intervención quirúrgica que, quizás, no llegaba a comprender del todo. ¿Qué te ha llevado a dejar toda la responsabilidad en sus manos?*». No se trata de juzgar a la persona («*Eres...*»), sino de corregir actuaciones que hemos podido observar.
- **Suficiente:** la cantidad de *feedback* que damos debe ajustarse a las necesidades del aprendiz. Al principio, suele ser necesario proporcionar un *feedback* más básico y frecuente, mientras que, a medida que las habilidades y la experiencia de los estudiantes y residentes son mayores, probablemente será más espaciado y sofisticado. En general, se aconseja limitarlo a uno o 2 puntos en cada ocasión. Los docentes podemos estar tentados de señalar un cúmulo de comportamientos a corregir pero, si nos excedemos, corremos el riesgo de agobiar y bloquear al aprendiz.
- **Constructivo:** «El *feedback* debe ser constructivo y no destructivo». ¡Fácil de decir pero muy difícil de poner en práctica! Lo mejor es buscar un equilibrio reforzando lo que ya hace bien el residente y reorientando aquellos aspectos en los que podría mejorar. Se empieza reconociendo y reforzando el comportamiento que es adecuado. Así respaldamos las buenas prácticas, motivamos al residente para que repita su actuación y facilitamos su disposición a recibir más *feedback*. Después, se pueden aportar las sugerencias que vengan al caso para mejorar, que sean concretas y que pueda llevar a cabo el residente. Por ejemplo, a una residente que acaba de presentar una sesión de revisión sobre el tratamiento de las infecciones urinarias se le puede dar *feedback* constructivo de la siguiente forma: «*La información que has recopi-*

lado me ha impresionado por su calidad y porque ha cubierto todos los aspectos realmente relevantes». En este momento es importante dejar un espacio para que la residente cuente todo lo que le ha costado y cómo lo ha hecho. A continuación, estará en disposición de recibir una «crítica constructiva» del tipo: «Si tuviera que hacerte una sugerencia para mejorar su utilidad, te diría que es importante permitir que los asistentes contrasten la nueva información con su experiencia previa. Por ejemplo, dejando un tiempo para la discusión. ¿Qué te parece?».

- *Centrado en las necesidades del que aprende:* a los estudiantes y a los residentes les interesa recibir el *feedback* que venga al caso en el que quieren mejorar su actuación. Todo lo que se aleje de sus intereses corre el riesgo de caer en saco roto, por muy importante que le parezca al docente clínico en ese momento. Lo ideal sería conseguir siempre que el aprendiz nos «lo pida» sobre una actuación concreta. Muchas interacciones comienzan con una pregunta abierta como puede ser: «¿Qué tal? ¿Cómo te ha ido con esa paciente?». El aprendiz habitualmente responde hablando de los aspectos con los que está más satisfecho o, más frecuentemente, compartiendo sus temores o los escollos que ha encontrado. De esta forma, el residente brinda al docente una oportunidad de oro para reforzar «lo que ha hecho bien», pero, sobre todo, para detectar aquellos aspectos de su competencia profesional que reconoce deficientes y que está dispuesto a cambiar, ¡incluso aunque tenga que recibir consejos!

La tarea de dar *feedback* involucra a docentes y aprendices en una relación de respeto y confianza. Aunque hablamos de «dar *feedback* al residente», lo cierto es que se trata de un diálogo bidireccional que solo es eficaz si se tienen en cuenta las necesidades del que lo recibe y se atiende a sus reacciones. Solo de esta forma se podrá establecer una relación en la que el *feedback* sea recibido positivamente.

Pasos para estructurar el *feedback*

Cualquier oportunidad es buena para dar *feedback*. Sin embargo, por muy informal que este sea, para que resulte más eficaz, conviene estructurarlo en pasos (tabla 2).

Primero señalaremos las competencias que ha realizado correctamente (paso 2) y posteriormente lo que queda por mejorar, de una forma concreta y constructiva (paso 3). Por ejemplo, tras observar a Javier —residente de cirugía general—, Aurora —su adjunta— le comenta que le ha gustado mucho como prepara el campo quirúrgico y la precisión que tiene cuando realiza las incisiones. A continuación, le indica que debe de mejorar en la forma de realizar las sutu-

ras. En estos 2 pasos básicos el docente dirige y señala las competencias que se tienen que mantener y las que quedan por adquirir.

Pero es necesario un paso previo (paso 1: «fomentar la autoevaluación»), que consiste en mostrar confianza en el propio aprendiz y facilitar que el alumno descubra soluciones a sus propias necesidades de aprendizaje. En el ejemplo anterior, Aurora podría haber comenzado con un: «Bueno, Javier, ¿cómo ha ido la intervención? ¿Se te ocurre algo que podrías haber hecho de forma diferente?». De esta forma tan sencilla, la docente está entrenando a su aprendiz para aprender de su propia experiencia. Es el momento en que los docentes dan muestra de su generosidad, realizando un esfuerzo para «morderse la lengua», abandonando el papel de experto —el que sabe y dirige hacia lo hay que hacer— para convertirse en un facilitador que permite que su alumno realice descubrimientos verdaderamente significativos para él. En palabras atribuidas a Piaget: «Cada vez que enseñamos algo a un alumno impedimos que lo descubra».

El *feedback* constructivo se completa con un plan de seguimiento de las acciones de aprendizaje acordadas y mostrando apoyo al aprendiz: «plan de mejora» (paso 4). La docente podría acabar de la siguiente forma: «Vale; entonces quedamos en que vas a ver esos vídeos sobre técnicas de sutura y que vas practicar en el laboratorio de habilidades... En la próxima intervención que realicemos volveremos a fijarnos en cómo haces las suturas y después, si te parece, te ofrezco mi *feedback*».

El *feedback* se da y se recibe mucho más confortablemente si se produce en un clima de confianza y respeto mutuos. El camino más corto para conseguir una relación de confianza es mostrar empatía a lo largo de todo el proceso; si logramos entender las dificultades del aprendiz y le mostramos nuestra comprensión (empatía), seremos capaces de allanar el camino de su desarrollo profesional mucho más eficazmente. Este *feedback* constructivo lo podemos realizar en diferentes momentos de nuestro trabajo diario, de forma breve, rentabilizando el tiempo siempre escaso. A continuación, mostramos algunos ejemplos prácticos de utilización.

Feedback entre paciente y paciente

Ion Ander, estudiante de 6.º curso de medicina, ha asistido como observador a la consulta con Milagros, una mujer de 53 años que ha venido por un cuadro de bronquitis. Antes de hacer entrar a la siguiente paciente, su docente clínico le pregunta: «¿Cómo ha ido la consulta?».

Ion Ander: *Me ha gustado lo cómoda que se encontraba Milagros... Nos ha contado lo que le pasaba casi sin preguntarle nada...*

Docente clínico: *¿Te acuerdas cómo lo hemos hecho?* (paso 1).

Ion Ander: *Sí... Le hemos saludado y llamado por su nombre, nos hemos presentado y luego tan solo has dicho: «Cuéntame»... Tras lo cual, le has escuchado, dejándole hablar...*

Docente clínico: *¡Excelente! Has observado y señalado de forma muy concreta lo que hemos hecho. Y me ha gustado mucho cómo te has presentado a Milagros... (paso 2) ¿Alguna dificultad que hayas tenido?* (paso 3).

Tabla 2 El *feedback* constructivo en 4 pasos + empatía

Paso 1: fomentar la autoevaluación
Paso 2: destacar los aspectos positivos a mantener
Paso 3: valorar los aspectos mejorables
Paso 4: realizar un plan de mejora
Empatía y respeto a lo largo de todo el proceso de <i>feedback</i>

Ion Ander: *Sí... Me ha costado auscultarle... No oía bien... Bueno, no sabría decir qué es lo que estaba oyendo.*

Docente clínico: *Ya... al principio puede ser complicado darse cuenta de todos los sonidos... (empatía). ¿Tienes alguna forma de profundizar en el tema? (paso 4).*

Ion Ander: *Bueno... repasar el tema de semiología sobre la auscultación pulmonar; también oír grabaciones sobre auscultación pulmonar...*

Docente clínico: *¡Perfecto! Además, cada vez que auscultemos algo juntos, yo te señalaré la zona en que oigo algo diferente y tú lo identificarás... ¿Ok? (paso 4).*

Feed-café-back

Un momento de descanso breve. Inés —tutora experimentada— y Arantza —residente de cuarto año de Medicina de Familia— conversan sobre cómo va la consulta. Veamos a continuación 2 maneras de abordar la misma situación:

Escena 1

Inés: *¿Qué tal va la consulta, Arantza?*

Arantza: *Bien... Me han venido muchos lumbagos... Y te vienen pidiendo radiografías... Y no sé si hay que pedirse-las o no... (¡La residente, también muy experimentada, va directamente al grano!).*

Inés: *Bueno, ya sabes que el protocolo no deja lugar a dudas en este aspecto. Si no tiene signos de alarma y la clínica es compatible... ¡La evidencia nos dice que no hay que pedirle ninguna radiografía! Si, por el contrario, el paciente tiene...*

Arantza: *Está claro, lo tendré en cuenta... ¡Lo que pasa es que acabas muy cansada de pelear una y otra vez!...*

Aquí, lo más probable es que la conversación cambie de tema. La tutora habrá reforzado su propia autoestima y su autoridad... pero ¡habrá perdido la oportunidad de detectar las verdaderas necesidades formativas de su residente y de proporcionarle un *feedback* significativo!

Escena 2

Inés: *¿Qué tal va la consulta, Arantza?*

Arantza: *Bien... Últimamente he visto muchos lumbagos... Y te vienen pidiendo radiografías... Y no sé si hay que pedirselas o no... (¡Al grano!).*

Inés: *Sí, la verdad es que puede llegar a ser complicado... (empatía). ¿Cuál es tu dilema? (paso 1).*

Arantza: *Tengo muy claro cómo es el protocolo y cuándo necesito una radiografía para completar el estudio, pero parece que los pacientes no lo tienen tan claro y vienen porque a otros «siempre les hacen radiografías cuando tienen lumbago».*

Inés: *Y tú te sientes entre la espada y la pared... (empatiza).*

Arantza: *¡Es muy duro estar peleando todo el día!*

Inés: *Ya... Puedes acabar rendida de cansancio (más empatía). ¿Qué has probado? (paso 1).*

Arantza: *Si les pido la radiografía, ¡mal! Porque no cumple criterios. Si no se la pido, también me siento mal porque salen de la consulta disgustados, pensando que tienen algo que no estamos teniendo en cuenta... ¡Y el tratamiento entonces siempre va mal!*

Si la tutora ha conducido la conversación en este sentido, las necesidades de *feedback* habrán dado un cambio radical. La residente probablemente necesitará refuerzo en su actitud de interés por los pacientes y por aliviar sus síntomas para, posteriormente, recibir orientación sobre la forma de abordar este tipo de situaciones. Desde luego, en este momento, ¡lo último que necesita es que le hablen más del protocolo! La conversación, por poner un ejemplo, podría haber continuado de la siguiente forma.

Inés: *Ya... Entiendo que estas situaciones son tan complicadas que te dejan alterada para todo el día (empatía). Bueno, es evidente que tú mantienes un gran interés por estos pacientes; por eso le sigues dando tantas vueltas al tema (paso 2). Con estos pacientes, además, yo suelo interesarme por sus expectativas; es decir, ¿qué esperan que hagamos por ellos y por qué? Si les escucho con respeto y sin juzgarles, en cuanto lo cuentan, tenemos la oportunidad de valorarlo entre los 2 y tomar decisiones que, generalmente, son muy sensatas (paso 3). ¿Qué te parece?*

Arantza: *Y eso... ¿Cómo se hace?*

Inés: *Si quieres, podemos atender a un paciente juntas y después hablamos de cómo lo hemos hecho... (paso 4).*

Feedback tras una sesión clínica realizada por el residente

Mario ha presentado en su servicio una sesión clínica sobre el manejo de la osteoporosis. María, reumatóloga y tutora en su rotación, le pregunta si quiere que le dé un pequeño *feedback* sobre la sesión que ha realizado. Mario contesta afirmativamente.

María: *¿Qué tal ha ido la sesión?*

Mario: *Bien... Igual me hubiera gustado que la gente fuera «más participativa».*

María: *¿Qué quieres decir? (paso 1).*

Mario: *Es que han estado muy pasivos...*

María: *Ya... ¿Y con qué te has quedado más satisfecho? (paso 2).*

Mario: *Creo que la actualización sobre las pruebas diagnósticas y sobre el tratamiento ha sido exhaustiva.*

María: *Bien... Yo también creo que ha sido muy completa y, además, lo has reflejado muy bien en el resumen final (paso 2). Dices que te hubiera gustado que la gente participara más... ¿Se te ocurre alguna forma para estimular más su participación? (paso 3).*

Mario: *No sé... Igual haciendo unas preguntas al inicio para que ellos las contesten... O igual poniendo varios casos clínicos representativos que se discutan por grupos...*

María: *¡Qué buena idea! Cuando presentes la próxima sesión, además de dedicar un tiempo a la revisión de conocimientos, puedes incluir lo de las preguntas o lo de los casos clínicos... (paso 4). ¿Qué te parece?*

Mario: *Vale... Lo preparo.*

María: *Si quieres, podemos comentarlo unos días antes de la sesión... Aunque solo sean unos minutos (paso 4).*

Mario: *De acuerdo.*

Formarse para dar *feedback*

La razón más importante por la que los docentes clínicos no dan suficiente *feedback*, o lo dan de forma inadecuada,

a pesar de estar realmente interesados en hacerlo, quizás sea la ausencia de habilidades por falta de entrenamiento⁴. La mayor parte de los docentes clínicos, especialmente en nuestro país, se enfrentan a esta tarea bastante desorientados, bien porque no han tenido un modelo apropiado o bien porque muy pocos han sido formados específicamente en habilidades docentes. Conseguir que los docentes dominen los principios técnicos para proporcionar *feedback* con profusión y servir de modelos para futuros médicos y docentes se puede considerar, por tanto, una tarea prioritaria en el ámbito clínico docente.

La evidencia muestra que dar *feedback* es una habilidad que se puede aprender mediante la realización de muy diversas actividades individuales (como la reflexión tras dar *feedback* a un residente) o grupales (como cursos y seminarios). Lo importante es dedicar tiempo y esfuerzo a desarrollar esta habilidad esencial para tutores y docentes clínicos.

Por último, no podemos olvidar que dar *feedback* es esencialmente una habilidad y, como tal, solo «con la práctica se consigue la perfección». Es decir, por mucho que aprendamos y ensayemos la metodología en los mejores «talleres de *feedback*», solo la puesta en práctica diaria de estas estrategias con nuestros residentes y estudiantes nos permitirá dominarlas y utilizarlas de forma realmente eficaz.

Recuerda

- Los docentes clínicos habitualmente dan *feedback* a los estudiantes, residentes y otros aprendices mientras continúan realizando su labor asistencial.

- La tarea de dar *feedback* involucra a ambos, docente clínico y aprendiz, en una conversación donde imperan el respeto y la confianza por ambas partes.
- Cualquier oportunidad es buena para dar un *feedback* constructivo; sin embargo, por muy informal que sea el *feedback*, conviene que se estructure en pasos.
- Los 4 pasos fundamentales del *feedback* son: 1) autoevaluación; 2) reforzar lo positivo; 3) valorar lo mejorable, y 4) plan de mejora.
- El *feedback* es más eficaz si primero señalamos lo que el aprendiz ha realizado correctamente y le remarcamos posteriormente lo que le queda por mejorar de una forma concreta y constructiva.
- Entender las dificultades del aprendiz y mostrar nuestra comprensión (empatía) facilita enormemente la labor de dar *feedback*.
- Dar *feedback* es una habilidad que se puede aprender, aunque solo «con la práctica se consigue la perfección».

Bibliografía

1. Torre DM, Sebastian JL, Simpson DE. Learning activities and high-quality teaching: Perceptions of third-year IM clerkship students. *Acad Med*. 2003;78:812–4.
2. Rodríguez Salvador JJ. El Feedback docente. En: Ruiz Moral R, editor. Educación médica. Manual práctico para clínicos. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
3. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250:777–81.
4. Dobbie A, Tysinger JW. Evidence-based strategies that help office-based teachers give effective feedback. *Fam Med*. 2005;37:617–9.