



DE LA PIRÁMIDE DE KEOPS A LA PIRÁMIDE DE MILLER

ALEJANDRO OLIVÉ
Director de Seminarios

El aprendizaje en reumatología es actualmente de gran importancia en reumatología. Ni que decir tiene que jefes de servicio, tutores, *staff* y residentes “viajan en un mismo barco”. El compromiso en la docencia de todos los miembros del servicio debe ser total, la falta de cumplimiento de alguno de los miembros del equipo puede poner en peligro el plan formativo. La auténtica unidad formativa es la asistencial, pero ésta debe ser complementada por métodos modernos de aprendizaje en aras de alcanzar la excelencia clínica. Hoy comentaré acerca de las pirámides; los reumatólogos sabemos mucho de pirámides, ya que el tratamiento de la artritis reumatoide fue durante años escalonado, piramidal. Hablaré sobre la pirámide de Miller, que es un modelo aleccionador del aprendizaje en medicina.



Figura 1>
Pirámide de Miller.

En 1990 el psicólogo George Miller propuso un escenario para valorar la competencia clínica (fig. 1). En el nivel más bajo de la pirámide está el conocimiento (sabe), seguido de la competencia (sabe cómo), interpretación (muestra cómo) y de la acción (hace). La acción –en el vértice de la pirámide– es lo que ocurre en la práctica médica, y los métodos formativos siempre deben ir dirigidos hacia a este fin¹.

Imaginemos que un estudiante de pregrado de una hipotética universidad ideal aprende, pero ¿cómo aprende? ¿Aprende de forma activa y no siendo un mero oyente de las clases que imparten los profesores? ¿Aprende por ósmosis? ¿Aprende por inercia o sólo le enseñan? (que es diferente de aprender). En ese escenario hipotético el aprendizaje debería ser escalonado; en primer lugar, y cuando se dispone a aprender y estudia: “sabe”, poco a poco “sabe cómo”, después “muestra cómo” y finalmente “hace”. Es decir, si el estudiante de pregrado tiene que aprender una artrocentesis, primero estudia la técnica (“sabe”), después posee el conocimiento perfecto para ponerla en marcha (“sabe cómo”), posteriormente comenta con su profesor cómo hace la técnica (“muestra cómo”) y por último la efectúa (“hace”). Éste sería el método fundamental para adquirir un conocimiento.

En el caso de la formación de posgrado, es decir, los residentes, debería mantenerse esta estructura, pero en muchas ocasiones la pirámide de aprendizaje se invierte. Es decir, primero “hace”, después “muestra cómo lo hace”, después “sabe cómo”, y por último “sabe”. Frente a un problema médico en muchas ocasiones primero “hace” y luego escalonadamente, pero al revés, sigue con la escalera de aprendizaje. En otras palabras, “empieza la casa



por el tejado”. Este escenario ocurre en servicios tales como en las guardias de medicina y probablemente también en otros servicios donde la carga de trabajo es desmesurada y donde la supervisión es

escasa. La inversión de la pirámide no es buena para el aprendizaje de los residentes, es perniciosa. Implementar medidas para que esto no ocurra es tarea de los tutores.

Bibliografía

1. Norcini JJ. Work based assesment. En: Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, editores. ABC of learning and teaching in Medicine. Londres: BMJ Books; 2003. p. 36-8.