



# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## AULA DOCENTE

### Mesa 1: La formación centrada en el que aprende

#### Moderadora:

**M. Ángeles Bonillo García**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC Gran Capitán, Granada, España. Tutora de Residentes en la UD de MFyC de Granada, Granada, España*

#### Ponentes y contenido:

**Roger Ruiz Moral**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Jefe de la UD de MFyC de Córdoba, Córdoba. Profesor Asociado, Universidad de Córdoba, Córdoba, España*

**Pilar Concha López**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Salvador Caballero, Granada. Tutora de Residentes en la UD de MFyC de Granada, Granada, España. Responsable Docente de la UGC Salvador Caballero-Doctores, Granada, España*

**María Díaz García**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS de Cuevas de Almanzora, Almería. UD de MFyC de Almería, Almería, España*

**M. Isabel Tavira Patón**

*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS Trinidad Jesús Cautivo, Málaga. UD de MFyC de Málaga, Málaga, España*

#### Resumen

El objetivo de cualquier organización es armonizar y compatibilizar los objetivos de sus profesionales con los de la propia organización. De este modo, las organizaciones sanitarias tienen una oportunidad estratégica en el capital intelectual de sus profesionales y, por tanto, en el sistema de formación, desarrollo y gestión de personas, que requiere promover la credibilidad, la motivación y el compromiso del profesional hacia la estrategia formativa y su organización.

Las unidades docentes gestionan formación de adultos y deben articular un modelo formativo moderno e innovador centrado en el “que aprende”, que suponga un recurso clave para el éxito en este tipo de organización. Sin embargo, la bibliografía sobre experiencias que abordan la formación desde esta perspectiva es actualmente escasa.

Tradicionalmente, el proceso de enseñanza-aprendizaje se ha caracterizado por estar basado en un modelo centrado en “el que enseña”, en el cual predomina la transmisión de información del docente al discente. La formación centrada en el residente integra la relación previa tutor-residente –“viendo hacer” e “iniciar el hacer” bajo tutela–, pero se amplía al tener como elemento central la integración y participación del residente en el rediseño y desarrollo de los procesos de aprendizaje, así como en la evaluación y control de calidad de su formación. Se pretende promover la reflexión y autonomía de los residentes en su propio proceso de aprendizaje, dándole los elementos necesarios para que puedan autogestionar este proceso a lo largo de toda su vida profesional, una cuestión crucial en el contexto de la evolución constante del conocimiento científico.

Esta Mesa pretende abordar el enfoque del aprendizaje centrado en el residente al tener en cuenta las siguientes características:

1. Sujeto que da significado a la existencia de la organización formativa.
2. Capital intelectual, sin cuya participación la organización no podrá tener éxito.
3. Agente cualificado en la experiencia y vivencia formativa de posgrado y, por tanto, portador de valiosa información para la organización.
4. Agente objeto de resultados y con gran influencia en ellos.

Esta Mesa se plantea como un foro de discusión y debate sobre la implantación de este modelo formativo en la formación de posgrado de los residentes de MFyC, para lo que se invita a 4 ponentes, que desde sus diferentes roles y experiencias dentro de la organización, nos ayuden a realizar un análisis de la situación actual y a buscar áreas de mejora para el futuro.

## Introducción

### M. Ángeles Bonillo García

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC Gran Capitán, Granada. Tutora de Residentes en la UD de MFyC de Granada, Granada, España*

El objetivo de cualquier organización es armonizar y compatibilizar los objetivos de sus profesionales con los de la propia organización. De este modo, las organizaciones sanitarias tienen una oportunidad estratégica en el capital intelectual de sus profesionales y, por tanto, en el sistema de formación, desarrollo y gestión de personas, que requiere promover la credibilidad, la motivación y el compromiso del profesional hacia la estrategia formativa y su organización.

Las unidades docentes gestionan formación de adultos y deben articular un modelo formativo moderno e innovador centrado en el “que aprende”, que suponga un recurso clave para el éxito en este tipo de organización. Sin embargo, la bibliografía sobre experiencias que aborden la formación desde esta perspectiva es actualmente escasa.

Tradicionalmente, el proceso de enseñanza-aprendizaje se ha caracterizado por estar basado en un modelo centrado en el que enseña, en el cual predomina la transmisión de información del docente al discente. La formación centrada en el residente integra la relación previa tutor-residente —“viendo hacer” e “iniciar el hacer” bajo tutela—, pero se amplía al tener como elemento central la integración y participación del residente en el rediseño y desarrollo de los procesos de aprendizaje, así como en la evaluación y control de calidad de su formación. Se pretende promover la reflexión y autonomía de los residentes en su propio proceso de aprendizaje, dándole los elementos necesarios para que puedan autogestionar este proceso a lo largo de toda su vida profesional, una cuestión crucial en el contexto de la evolución constante del conocimiento científico.

Esta Mesa pretende abordar el enfoque del aprendizaje centrado en el residente al tener en cuenta las siguientes características:

1. Sujeto que da significado a la existencia de la organización formativa.
2. Capital intelectual sin cuya participación la organización no podrá tener éxito.

3. Agente cualificado en la experiencia y vivencia formativa de posgrado y, por tanto, portador de valiosa información para la organización.
4. Agente objeto de resultados y con gran influencia en ellos.

Se planteará un foro de discusión y debate acerca de la implantación de este modelo formativo en el posgrado de los residentes de MFyC, para lo que se ha invitado a 4 ponentes que, desde sus diferentes roles y experiencias dentro de la organización docente (jefes de estudios, tutores, jóvenes médicos de familia y residentes), nos ayuden a realizar un análisis de la situación actual sobre las metodologías formativas implantadas en los programas docentes de MFyC desde su abordaje como adultos y a la búsqueda de áreas de mejora para el futuro.

### Bibliografía recomendada

- Dolmans D, De Grave W, Wolfhagen I, Van Der Vleuten C. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*. 2005;39:732-41.
- Fornells JM, Julià X, Arnau J, Martínez-Carretero JM. Feedback en educación médica. *Educ Med*. 2008;11:7-12.
- Sánchez Marín FJ, Molina Durán F, Romero Sánchez BE. Capacidad y necesidades del residente. Recursos docentes para ayudar al tutor en una situación de cambio. *Aten Primaria*. 2007;39:535-9.
- Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Sánchez E. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. *FMC*. 2006;13:435-46.

## Experiencia desde las unidades docentes de MFyC

### Roger Ruiz del Moral

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Jefe de Estudios de la UD de MFyC de Córdoba, Córdoba. Profesor Asociado, Universidad de Córdoba, Córdoba, España*

Para hablar de formación centrada en el residente (FCR) creo de utilidad el plantearse y tratar de responder a un par de preguntas:

1.<sup>a</sup> pregunta. *Clarificar el término, ¿qué queremos decir con FCR?:* al igual que “atención centrada en el paciente”, este término, FCR, es equívoco. Aunque tal vez la mayoría de las personas estaría de acuerdo en la idea que se trata de un tipo de formación que toma en cuenta las necesidades de aprendizaje que individualmente tiene cada residente.

1.<sup>a</sup> respuesta provisional. Propondré una aproximación que, en principio, parece simple, aunque presumo que a la larga puede requerir movilizar recursos importantes, se trata de empezar por intentar considerar a la FCR como un enfoque educativo que tiene como objetivo *ayudar al residente a “pensar por sí mismo”*. En el medio en el que nos movemos, formación MIR y estructura de unidades docentes (UD)/jefaturas de estudio/servicios muy jerarquizados, este enfoque requiere un cambio de actitud, tanto en los residentes como, sobre todo, en los médicos que acompañan al residente en su aprendizaje y, en especial, los tutores como responsables docentes.

2.<sup>a</sup> pregunta. *¿Una FCR precisa de estrategias metodológicas diferentes a las que habitualmente utilizamos en la formación MIR de nuestros médicos?, o al menos ¿requiere de ciertas modificaciones más o menos profundas?:* casi de manera intuitiva pensamos que, efectivamente, atender a las necesidades particulares de cada residente requiere de otro tipo de enfoques docentes más personalizados, aun de los que hasta ahora usamos tanto de procedimiento como de capacitación de los docentes para llevar esto a cabo. Si estamos hablando de individualizar, ¿esto quiere decir que ya no vale “el café para todos”?, ¿ya no vale hacer una planificación de las actividades que cada año los residentes de una UD deben seguir y que básicamente se pueden resumir en adscripción a un tutor, programación de rotatorios estandarizada en función del programa de la especialidad y de las condiciones locales de la unidad, paquete de actividades complementarias más o menos estandarizado, y poco más? Lo que quiera que esto requiera parece que exigiría de esfuerzos e inversiones adicionales por parte de docentes, responsables educadores e instituciones.

2.<sup>a</sup> respuesta provisional. Ante algo tan complejo, solo se me ocurre aplicar la “navaja de Occam”: *no es tanto replantear toda la estructura (por otra parte inviable) como utilizar lo que ya venimos usando solo que con otro enfoque*. Las UD y sus tutores y colaboradores docentes deben dirigir sus esfuerzos a ayudar al alumno a desarrollar su capacidad para “regular y monitorizar su propia experiencia y, así, promover el aprendizaje futuro y la mejora continuada en la calidad de su atención clínica”. Este enfoque supone hacer énfasis en la *metacognición* (la capacidad para pensar sobre los propios pensamientos y sentimientos), lo que decía antes de “pensar por sí mismos”. Para llevar a cabo este enfoque, la teoría educativa disponible nos dirige a algunos enfoques prácticos:

1. *El aprendizaje autodirigido:* que ve al residente como participante activo y fomenta el desarrollo de un enfoque profundo del aprendizaje. Esta se considera la estrategia educativa con más probabilidades de producir médicos preparados para el aprendizaje permanente y

capaz de satisfacer las necesidades cambiantes de sus pacientes

2. *Aprendizaje basado en problemas y aprendizaje por descubrimiento guiado:* son 2 estrategias educativas que aprovechan las ventajas del enfoque centrado en el residente.

- El aprendizaje basado en problemas está ganando popularidad, tanto como un método educativo y una filosofía curricular especialmente adecuada en los contextos de aprendizaje como el que tiene lugar en el MIR.
- En el descubrimiento guiado, el aprendizaje de un enfoque de economía mixta en la que se utiliza el mejor de los métodos tradicionales se combinan con enfoques más innovadores para proporcionar un ambiente de aprendizaje propicio para el aprendizaje profundo.

Estos enfoques teóricos exigen priorizar ciertas estrategias prácticas: promover en el residente su capacidad para planificar y para reflexionar (estrategias reguladoras), que se utilizan para ayudar a controlar los pensamientos y sentimientos.

Fomentar que los residentes se conozcan mejor como personas y sepan utilizar este conocimiento (maximizar el estilo de aprendizaje y adquirir perspectiva sobre los problemas) (estrategias de conocimiento).

Y estas se concretan en actividades puntuales, por ejemplo:

- Promover lectura y escritura reflexiva.
- Promover la perspectiva narrativa de la dolencia (tratar de comprender las experiencias de los *otros*).
- Adoptar estilos docentes interactivos, facilitadores (que favorezcan la reflexión, la autoevaluación y la adquisición de perspectiva).
- Ofrecer *feedback* (para mejorar la autoevaluación y la actuación).
- Modelar la reflexión y la autoevaluación mediante una conducta apropiada por su parte (servir de modelo).

Considerando lo que en teoría ya se debe de venir haciendo hoy día en las UD, esto puede suponer (entre distintas estrategias educativas) el reorientar el desarrollo y la puesta en práctica de actividades ya existentes del tipo de:

- Dar sentido y contenido real y significativo para tutor y residente a elementos como el “*plan individualizado de formación*” y que este sea la piedra angular de las actividades prácticas del residente.
- Promover en los rotatorios clínicos una serie de actividades concretas (la observación de lo que hace el residente y el *feedback* constructivo, la delegación de responsabilidad en el cuidado de los pacientes responsables, etc.).
- Reenfocar las actividades complementarias (en especial, por su importancia y frecuencia, las sesiones clínicas y bibliográficas).
- Ampliar en los encuentros con pacientes y compañeros las perspectivas experienciales de estos para poder así

compararlas con las suyas y enriquecerlas (mediante la creación y mantenimiento de grupos de reflexión permanentes).

- La implementación de portafolios docentes/diarios.
- Selección y formación de sus docentes.

Con relación al último punto, desde mi perspectiva, hoy día, en nuestro medio, la condición de posibilidad fundamental para poner en práctica este tipo de estrategias centradas en el que aprende es la sensibilización y formación de los tutores y colaboradores docentes como piezas clave de este proceso. Los enfoques centrados en el estudiante o residente desafían la visión tradicional del profesor como la persona que determina qué, cuándo y cómo los alumnos aprenderán, con la enseñanza didáctica como el método predominante. En las referencias aportamos 3 ejemplos de actividades de este tipo realizadas en UD. El desafío para las UD es crear un ambiente en el cual sus tutores se impregnen de esta filosofía y adquieran habilidades educativas prácticas para llevarla a cabo, algo más que el que los tutores sean expertos en sus campos, y que requiere que sepan como aprenden los adultos y cómo se les puede ayudar en este viaje: nuestros tutores deberían ser auténticos mentores y hasta *coachers*, y en este sentido debe de ir dirigida su formación.

Cualquier cambio en los programas formativos a nivel de las comisiones nacionales o ambiciosos diseños desde la Administración de incorporar a su sistema sanitario autonómico “planes de formación para sus especialistas”, es poco probable que sean eficaces si los tutores no son reconocidos como ejes fundamentales adecuadamente incentivados y formados para asumir esos nuevos roles. Este desarrollo debe llevarse a cabo en todos los niveles, desde el institucional al individual. Las barreras incluyen los eternos problemas de conflicto con la prestación de servicios y la cultura que prevalece en la mayoría de las facultades de medicina, y en estos momentos de crisis, la ausencia de recursos suficientes para programas de desarrollo del profesorado de auténtico calado,... pero en esto nos va el conseguir profesionales maduros y responsables.

## Bibliografía recomendada

- Arbonies JC, Azcárate J. Las comidas de tutorización: *feed back* en el menú & el Guiso del Residente. Bol Doctutor Edu Med. Febrero 2011. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2011/02/01/experiencias-docentes-febrero-2011/>
- Arillo Crespo A, Zabalegui Ardaiz M, Ayarra Elia M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara J, Pascual Pascual P. Experiencias con grupos Balint. Bol Doctutor Edu Med. Diciembre 2010. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2010/12/01/experiencias-docentes-diciembre-2010-2/>
- Leiva F, Prados D. Desarrollo de un programa de actividades docentes centrado en el residente en la UD de Medicina de Familia de Málaga. Bol Doctutor Edu Med. Enero 2011. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2011/01/01/experiencias-docentes-enero-2011/>
- Ruiz Moral R. Educación médica. Manual práctico para clínicos. Madrid: Panamericana; 2010.
- Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. BMJ. 1999;318:1280-3.

## Experiencia desde la tutorización de residentes de MFyC

### Pilar Concha López

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC Salvador Caballero, Granada. Tutora de Residentes en la UD de MFyC de Granada, Granada, España*

Desde el inicio de nuestra especialidad, la formación del especialista ha tenido un plus especial de diferencia y calidad: la tutorización personalizada e individual de los residentes. Con años se han producido profundos cambios ambientales, sociales, tecnológicos, etc., que han dado lugar a una transformación en la sociedad a la que pertenecemos y a la que atendemos, en nuestra forma de práctica clínica, en nuestra cartera de servicios redefiniéndose progresivamente nuestro perfil como profesionales (como médicos y tutores) y en los residentes.

Entre todos, médicos de familia, tutores, residentes, sociedades científicas, administraciones, etc. hemos desarrollado metodologías docentes produciéndose un punto de inflexión y cambio en los últimos años.

Los puntos clave que provocan este cambio son:

- La definición de la figura y del perfil competencial del tutor de residentes.
- La incorporación del concepto “aprendizaje centrado en el que aprende”.
- La adquisición de herramientas y metodología docentes.
- La aparición de nuevas tecnologías y medios de comunicación.

La definición del perfil profesional del tutor de residentes ha sido fundamental como elemento en este cambio. En la Comunidad Autónoma de Andalucía disponemos, desde diciembre de 2004, de un mapa de competencias del tutor de los especialistas en formación (EIR) en ciencias de la salud.

En la formación centrada en el que aprende, este es el protagonista de su propia formación y el papel fundamental del tutor es ayudarlo a que alcance sus objetivos competenciales en los plazos previstos según el programa oficial de la especialidad, pero adaptándose a las características de este y consensuando un plan de acción como un traje a medida (plan formativo individual [PFI]).

Los tutores hemos tenido que comprender cómo es el aprendizaje en los adultos: por decisión propia, movido por la motivación, el interés, la necesidad de utilidad, la responsabilidad, la emotividad; la curiosidad es limitada y solemos ser impacientes, necesitando alcanzar resultados y verificarlos (evaluación/*feedback*). El aprendizaje se produce desde el conocimiento y la experiencia previa, y suele ser normal que aparezcan resistencias.

Cuando el tutor se plantea cómo conseguir que su residente aprenda ha de tener en cuenta que hay diferentes formas de aprender (estudiando, observando, imitando, etc.), pero

que los adultos fundamentalmente aprendemos “haciendo” y “reflexionando”, por lo que la metodología del “aprendizaje por resolución de problemas” y la autorreflexión es la mejor de aprendizaje para los especialistas en formación.

Nuestro papel es ayudar en el proceso de aprendizaje: orienta, facilita, motiva, supervisa, evalúa y fomenta la autorresponsabilización a través de la elaboración del PFI, con la orientación, el apoyo y la facilitación, el seguimiento y la evaluación formativa.

Para que sea realmente eficaz, este PFI debe tener unas condiciones: la significación (el que aprende debe comprender que el modelo de enseñanza que se le ofrece responde a sus necesidades), la pertinencia (los métodos de enseñanza deben ser adecuados) y la coherencia (el contexto donde se desarrolla el aprendizaje debe aproximarse lo más posible a los futuros escenarios laborales).

El PFI lo haremos conociendo qué competencias ha de adquirir el residente en los plazos previstos, conociéndolo (qué conocimientos y experiencia previas tiene, cuáles son sus necesidades sentidas, sus expectativas, sus actitudes, sus expectativas y objetivos, sus puntos fuertes y más débiles), consensuando con él qué actividades (tareas) realizará para alcanzar dichas competencias y estableciendo un itinerario formativo. Fomentando su protagonismo planteándole las tareas como elementos de autoaprendizaje basados en la autorreflexión, fomentando su autonomía, su creatividad y la planificación de su agenda formativa, ayudándole a que identifique sus necesidades y áreas de mejora y realizando una evaluación formativa.

Para ayudarnos disponemos de herramientas muy potentes, entre las que destacaría: los encuentros, la observación, las habilidades en comunicación, el *feedback* docente y la entrevista motivacional.

Actualmente, las nuevas tecnologías en comunicación nos aportan un apoyo tremendo para la tutorización y es un reto para todos nosotros adaptarnos e incorporar estas tecnologías a nuestro hacer diario. En Andalucía, desde 2005, disponemos de una plataforma virtual (portalEIR) para gestionar la formación, comunicación y colaboración entre EIR y las personas implicadas en ello.

Lo tutores del siglo XXI tenemos herramientas que nos ayudan a trabajar de forma más eficaz y estructurada, y nos obligan a un continuo ejercicio de aprendizaje, adaptación y mejora que solo es compensado por la satisfacción de las cosas bien hechas y el mucho cariño que recibimos de nuestros residentes.

Podremos disminuir una excesiva variabilidad, pero cada binomio tutor-residente que nace de la interacción debe ser también singular, original y único.

## Bibliografía recomendada

- Casado Vicente V. la formación de posgrado y el rol de los tutores en el desarrollo profesional continuo. JANO. 2006;1626:50-4.  
 Echauri Ozcoide M, Pérez Jarauta MJ. Técnicas docentes en la formación de profesionales. Tribuna Docente. 2002;3:29-43.  
 Gálvez Ibáñez M. Metodología docente en el período de especialización en medicina de familia. Tribuna Docente. 2003;4:52-61.

Nolla Domenjó M. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. Educación Médica. 2006;9:11-6.

Pardell-Alentá H. Formación de adultos, autonomía profesional y compromiso individual. Rev Neurol. 2008;46:225-9.

Sánchez Marina FJ, Molina Durán F, Romero Sánchez BE. Capacidad y necesidades del residente. Recursos docentes para ayudar al tutor en una situación de cambio. Aten Primaria. 2007;39:535-9.

Saura Llamas J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. Aten Primaria. 2007;39:151-5.

## Experiencia desde los jóvenes médicos de familia

### María Díaz García

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS de Cuevas de Almanzora, Almería. UD de MFyC de Almería, Almería, España*

He de comenzar echando la vista atrás y recordar el camino que me ha sido indispensable recorrer para encontrarme hoy aquí.

Durante mis 4 años de formación han sido muchas las cosas que he aprendido para, en la actualidad, poder ejercer mi actividad profesional. Todos recordaremos el cambio tan importante que experimentamos durante el período de formación de nuestra especialidad cuando nos encontramos por primera vez frente a una persona que nos pide ayuda, opinión, consulta, etc., “*nuestro primer paciente*”. Reconozco que tras mis 6 años de estudio cursando la carrera de medicina, no tuve la posibilidad de encontrarme con esta nueva situación. Es este momento uno de los más importantes que es capaz de regalarnos nuestra formación como residente, por primera vez te sientes capaz de ayudar a otro, eres útil, y da sentido a todos esos años de estudio, *te sientes médico*.

Son muchos y muy diversos los métodos formativos que intervienen en este proceso y que tienen como objetivo formar profesionalmente a los médicos de familia. Recuerdo “el libro amarillo”.

## Autoaprendizaje

Mediante las *sesiones clínicas*, en las que los ponentes éramos los más preparados y conocedores del tema en concreto, ya que para llevarlas a cabo habíamos hecho uso de la *medicina basada en la evidencia* y lo aprendido en diversas búsquedas bibliográficas. A través de la exposición oral en la unidad docente compartíamos e intercambiábamos co-

nocimientos con nuestros compañeros, siendo incluso capaces de resolver las dudas que pudieran presentarse en relación con el tema tratado. También, con el uso de las *videograbaciones* y posterior análisis de estas con nuestra técnica de salud, dichas sesiones clínicas nos proporcionaban la capacidad de transmitir conocimientos y mostrar mayor tranquilidad, soltura y fluidez verbal en la exposición, corrigiendo todos los defectos; la primera vez eran muchos.

## Aprendizaje de campo

Momento en que te encuentras frente al paciente y eres tú, el profesional que debes afrontar e intentar resolver la situación, con la supervisión y el apoyo del tutor que se irá “alejando” poco a poco conforme nos vamos sintiendo cada vez mas preparados. Esta técnica, desde mi punto de vista, es indispensable para la formación del médico de familia (la observación directa de un profesional en el contacto con el paciente, relación médico-paciente, realización de la anamnesis, resolución de la consulta en el tiempo estipulado, etc.) y es, a su vez, una de las más complicadas, sobre todo en su inicio. Recuerdo la dificultad de establecer contacto con el paciente cuando tu tutor/a estaba a tu lado, ya que la atención del paciente iba dirigida, sin ningún tipo de duda, a su médico; ciertamente comprensible, pero qué difícil resultaba abrirse camino. Cierto es que aprendes la importancia de la relación médico-paciente y de la confianza, que en muchos de los casos tiene el paciente en su médico.

Es en esta etapa cuando debemos enfrentarnos a nuestro primer *incidente crítico*, del que se aprende muchísimo y no lo olvidas nunca, aunque quizás ahora no lo denominaríamos de igual modo, como por ejemplo, nuestro primer paciente con una fibrilación auricular rápida. Al relatar el caso analizabas qué habías hecho bien, y para lo que faltaba por aprender buscabas los recursos necesarios y lo estudiabas.

## Clases

Son muchas las que se reciben a lo largo de nuestra formación como médicos de familia, no todas ellas son indispensables, ya que en la actualidad disponemos de muchos medios para buscar la información necesaria de una materia concreta. Pienso que sería más rentable para el aprendizaje, las clases que incluyesen un apartado de participación de los oyentes, de forma que una vez transmitidos los conocimientos se pudiesen realizar casos clínicos relacionados y resolverlos a través de una puesta en común. Opino que cuando las clases son participativas y dinámicas, los conceptos quedan más claros y es más fácil permanecer atento hasta el final de la exposición.

**Es cierto que una vez terminada la residencia a algunos compañeros, y por supuesto me incluyo, nos invade la sensación de haber asistido a cursos de forma obligada, ya que los ponentes no han tendido la capacidad de transmitir conocimientos, cualidad indispensable para ser docente, o el tema no ha sido de relevancia para la práctica clínica actual.**

## Trabajo grupal

Destacaría los proyectos de investigación, ya que es un ámbito muy importante a lo largo de nuestro desarrollo profesional y no sólo durante el período de residencia. Es también un método formativo complicado, pero te ayuda a trabajar en equipo, satisfacer inquietudes del mundo de la medicina y, como no, a presentar comunicaciones, realizar publicaciones, etc. También recuerdo los juegos de roles que realizábamos en la unidad docente, donde al principio estábamos todos avergonzados y no entendíamos muy bien la utilidad de lo que estábamos haciendo, pero al acabar sabías como historiar mejor a un paciente o incluso de qué manera podíamos dar malas noticias utilizando la sensibilidad y la empatía.

## Talleres

*Fundamentales.* No se me olvidará la importancia del taller de soporte vital avanzado para mis posteriores urgencias en las guardias, donde, a pesar de la gravedad de la situación, te sentías más seguro porque conocías los protocolos y cómo aplicarlos. En mi opinión se debería añadir al programa formativo un segundo taller en el último año de residencia, para culminar nuestra formación con los conceptos que rodean a este tema actualizados.

Acercándonos a la finalización de mi proceso formativo reconozco que he sentido un sabor agri dulce. En mayo de 2012 era una médico de familia formada, emprendedora y con infinitas ganas de comenzar mi verdadera actividad profesional, pero al parecer mi país no me brindaba esa oportunidad. Es esta la parte más amarga, generadora de impotencia que ocupó 1 mes de mi vida y la de otros muchos compañeros en situaciones similares.

Es cierto que en la época que nos ha tocado vivir, los médicos de familia jóvenes navegamos en un mar de la incertidumbre, en algunos aspectos. Nos enfrentamos a una precariedad laboral (eventualidad, movilidad, falta de estabilidad laboral, contratos de días o semanas, ¡75%! ). Esto hace muy difícil crear un vínculo con nuestra población y nuestros pacientes, herramienta básica de la atención primaria. Aunque, a pesar de todas las adversidades, sigo pensando que me gusta mi profesión, me gusta lo que hago y sigo teniendo ganas de aprender y mejorar. Además pienso que esta “fuerza” es inherente a nuestra profesión y, por ello, conseguiremos que el panorama actual mejore y se convierta tan solo en un mal recuerdo.

## Bibliografía recomendada

- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del especialista en Formación en Medicina Familiar y Comunitaria: Guía portafolio.
- Pascual J, Torío J, García MC. El juicio clínico en Medicina Familiar. En: Gallo Vallejo FJ, editor. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.ª ed. Madrid: Editorial IC&M; 1997. p. 61-72.
- Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura; 2002.

## Experiencia y expectativas de los residentes que están realizando en la actualidad el programa MIR de MFyC

### M. Isabel Tavira Patón

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, UGC Trinidad-Jesús Cautivo, Málaga. UD de MFyC de Málaga, Málaga, España

La evaluación de las actividades formativas es uno de los aspectos básicos en el proceso de análisis y mejora continuada del aprendizaje. Hay distintos instrumentos de medición de resultados finales que recogen el sentir del especialista en formación acerca de los aspectos que le afectan de forma directa, como pueden ser el grado de satisfacción con el sistema formativo, las dificultades encontradas, y la calidad de la supervisión y tutorización que recibimos. Son muchos los autores que consideran la información del propio residente como uno de los instrumentos de monitorización y evaluación del sistema.

La identificación de aspectos susceptibles de mejora implica la puesta en marcha de mecanismos de resolución ágiles, que coordinen los esfuerzos de las propias unidades docentes, de los centros asistenciales y de las comisiones nacionales de la especialidad, estableciendo objetivos y disponiendo un sistema de monitorización de actividades y resultados.

La formación del especialista interno residente está basada en un perfil profesional 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”. Además, cabe destacar que es un viaje que van a realizar juntos el tutor y el residente, y que en ese viaje todos los momentos o tiempos no son iguales. Es importante conocer las necesidades de aprendizaje, pero su detección no se puede dejar solo en las manos del discente.

El conocimiento de las técnicas e instrumentos docentes es un pilar básico para la formación. Las estrategias formativas más efectivas son:

- Los audit estandarizados, el análisis de los incidentes críticos.
- El *feedback* reglado, personalizado y solicitado, y añadir a los planes formativos actividades de refuerzo.
- Estrategias informatizadas, entre las que destacan las guías clínicas informatizadas.

- Las actividades educativas deben basarse en el trabajo que hacen los médicos habitualmente.

En cuanto a los métodos docentes más eficaces, destacan:

- El trabajo en equipo (actividades docentes en grupo).
- La revisión por pares.
- Incorporación de los principios del aprendizaje de adultos.
- El aprendizaje en grupo.
- Métodos de enseñanza en presencia del paciente a través de las observaciones clínicas estructuradas.
- Métodos de dar instrucciones concretas.

Actualmente, la atención primaria se organiza como un proceso formativo de primer orden en el que encontramos fortalezas, debilidades y áreas de mejora que se describen a continuación:

- A. **Fortalezas.** Programa formativo de alto nivel de planificación y consenso. Estructura docente consolidada con unidades docentes organizadas. Tutores con alto grado de entrenamiento. Especialidad dinámica, comprometida, flexible y con gran capacidad de respuesta ante los cambios sanitarios y docentes. Herramientas legales y técnicas para su desarrollo.
- B. **Debilidades.** Escaso reconocimiento de la función docente por parte de la Administración. Bajo nivel de prestigio académico y gran carga social y sanitaria. Desmotivación de los profesionales por las condiciones laborales y el escaso apoyo real de la Administración hacia la atención primaria. Mala utilización de los recursos formados con escasa política de fidelización de sus profesionales.
- C. **Áreas de mejora.** Fomento de la investigación en el período de especialización. Fomento del aprendizaje de metodologías de mantenimiento y mejora de la competencia como soporte posterior para el desarrollo profesional y la formación continuada. Adaptación de las estructuras formativas. Refuerzo de la función docente. Desarrollo y generalización de herramientas docentes y de evaluación. Evaluación de las competencias adquiridas al final del período formativo, como puerta de entrada al desarrollo profesional continuado. Introducción a la troncalidad en los programas de formación MIR.

En todo el proceso formativo, el residente constituye el eje sobre el que se desarrolla el aprendizaje, la participación de este debe ser activa e íntimamente relacionada con las estructuras que forman parte del sistema. Sus expectativas y necesidades deben ser atendidas de forma directa con el fin de obtener profesionales altamente cualificados y cumplir así las expectativas del personal en formación.

### Bibliografía recomendada

- Casado VV. Presente y futuro del MIR de Medicina de Familia. Aten Primaria. 2007;39:391-3.
- Moro J, Tejedor JM, Zancajo JL. La calidad de la formación especializada a través de la encuesta de opinión de residentes. Rev Calidad Asistencial. 2006;21:82-6.
- Saura Llamas J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. Aten Primaria. 2007;39:151-5.

## Mesa 2: Foro de experiencias docentes

### Moderadora:

**Herminia M. Moreno Martos**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Retamar, UGC Almería Periferia, Almería, España.  
Tutora de Residentes en la UD de MFyC de Almería, Almería, España*

### Ponentes y contenido:

#### 1. Actividades en medicina de familia en el grado de medicina. Experiencia en la Universidad de Sevilla

**Francisco Campa Valero**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UGC D Paulino García Donas, Alcalá de Guadaíra, Sevilla, España  
y Hospital de Valme, Sevilla. Tutor de Residentes en la UD de MFyC de Sevilla, Sevilla. Profesor Asociado de Medicina,  
Universidad de Sevilla, Sevilla, España*

#### 2. Experiencia formativa del residente de primer año en medicina de familia. Estudio cualitativo de grupos focales

**Ana Expósito Távora**

*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4.º año, CS La Chana, Granada. UD de MFyC de Granada, Granada, España*

### Resumen

De entre todas las comunicaciones del tipo “Experiencias docentes” enviadas al Congreso, se seleccionarán las 3 mejores para presentarlas en esta Mesa.

### Foro de experiencias docentes

La docencia debe de servir como un modelo de repensar continuamente los conceptos, de descubrir nuevas metodologías y a los discentes hay que verlos como coautores de los efectos de las actividades formativas, independientemente donde se desarrollen estas actividades. En este espacio, lo que queremos compartir son las diferentes experiencias que se están llevando a cabo relacionadas con la medicina de familia, tanto en el pregrado y posgrado como en formación continuada.

Se desarrollará una experiencia realizada en la Facultad de Medicina de Sevilla en relación con la enseñanza de la atención familiar. La familia tiene una gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. Presentar a los pacientes en su entorno vital y dentro de un contexto específico, su domicilio, les abre a los estudiantes de medicina un enfoque totalmente diferente del paciente.

Posteriormente se desarrolla la experiencia en la Unidad Docente de Granada, donde han puesto como protagonista de su formación al residente, nos darán a conocer el proceso de reflexión del residente de primer año tras su rotación en el centro de salud, profundizando en el debate y las propuestas de mejora que los residentes aportan a su formación.

Terminaremos con la exposición de comunicaciones de experiencias docentes.

## Experiencia en la enseñanza de la atención familiar en la Facultad de Medicina de Sevilla

### Francisco Campa Valero

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,  
UGC D Paulino García Donas, Alcalá de Guadaíra, Sevilla  
y Hospital de Valme, Sevilla, España. Tutor de Residentes  
en la UD de MFyC de Sevilla, Sevilla. Profesor Asociado  
de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*

### Pablo Bonal Pitz

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,  
Centro de Salud de Bellavista de Sevilla, Distrito Sanitario  
Sevilla, Sevilla. Profesor Asociado de la Facultad  
de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*

La enseñanza de la atención familiar (AF) como materia académica plantea numerosas dificultades, pues si las claves en general para aproximarse a la medicina de familia (MFC) no son solo de tipo ortodoxo (centradas en órganos y aparatos, linealidad etiológica, validación anatomopatológica), la AF es probablemente la más alejada de las concepciones médicas clásicas que se pueden aprender durante la propia carrera<sup>1</sup>. Decir AF supone cambiar el foco de interés e intervención, en la célebre frase de De la Revilla<sup>2</sup>, pero al tiempo implica cambiar el modelo de comprensión de la realidad de la salud de los pacientes hacia un modelo científico, relacional e interactivo, y donde el entorno del paciente adquiere gran importancia.

Actualmente la MFC se desarrolla en 2 cursos del itinerario académico de medicina: un curso de sexto del plan 2001, a extinguir próximamente, y otro en tercero, donde la materia está dentro de la asignatura de patología médica I, que contempla la posibilidad de un rotatorio específico por atención primaria de salud que, de hecho, se está llevando a cabo en el Distrito Sanitario Sevilla con más de 20 centros de salud participantes. Esto nos permite combinar dife-

rentes enfoques y estrategias docentes: clases, seminarios y prácticas específicas. La experiencia que describimos se basa en la “práctica de AF” de MFC dentro de la asignatura de medicina de familia, que se imparte como obligatoria del plan 2001, que incluye 2 seminarios (pre y post), una visita de un grupo de alumnos a un paciente en su domicilio durante una mañana (una persona especialmente seleccionada por su médico de cabecera) y una reflexión por escrito, y que se presenta al resto de alumnos sobre el caso en concreto. Nuestra práctica original se tituló “*El paciente y su entorno*”, lo que supuso incluir en los seminarios y trabajo de campo “ad hoc” elementos diferenciadores y enriquecedores de la fuente inicial (Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid)<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista metodológico, nuestro enfoque se dirigió de modo específico a pasar de lo médico o biológico a lo biopsicosocial<sup>4</sup> o médico familiar, comprender y estudiar con este enfoque al paciente crónico de un modo panorámico en su entorno vital, y presentar al estudiante un instrumento de referencia, el genograma, dentro de un contexto específico, la atención domiciliaria, que incidiera en la nueva perspectiva que se invitaba a presenciar al alumno y aportara claves de conocimiento de la nueva situación, que entendemos tienen una dimensión no sólo comprensiva, sino también terapéutica, pues la complejidad en MFC no la produce de modo especial la pluripatología, sino las interacciones de las diversas dimensiones del ser humano con su medio ambiente y su grupo humano, su historia, sus padecimientos y sus valores. El MFC es esencialmente un historiador más que un geógrafo y su proyecto es adaptar la medicina, su MFC, a las necesidades de ese ser humano concreto, a esa persona considerada de modo unitario y global<sup>1,4</sup>.

Los resultados fueron muy satisfactorios, con un alto porcentaje de objetivos alcanzados que incluían el uso correcto de elementos del genograma (representación, figuras, datos demográficos, papeles o roles dentro de la familia, relaciones, interpretación y comentarios). También, en un alto porcentaje y de modo espontáneo, los alumnos introducían instrumentos que no eran explícitamente manifestados de modo previo como “roles” o papeles familiares, mapa del hogar, escalas o test funcionales<sup>5-7</sup>. Esto nos permitía corroborar que el uso de instrumentos y el propio enfoque de la AF ha surgido de modo natural dentro de la respuesta a una necesidad percibida por los profesionales en su atención a pacientes en el ámbito comunitario.

Los seminarios de reflexión de la propia práctica mostraron una gran riqueza expositiva e incluían desde una necesaria descripción del paciente hasta videos muy elaborados que captaban su realidad de modo muy pormenorizado, y donde los pacientes eran enfocados desde un punto de vista hasta ahora inexplorado y eran percibidos de modo humano y cercano. Los alumnos apreciaban que su labor era muy estimada y valiosa, y vivían con los pacientes claves hasta ahora desconocidas, sintiéndose útiles a las personas que atendían. También los pacientes manifestaban una clara satisfacción (seguimiento ulterior por su médico de cabecera), lo que entendemos nos permite avanzar en un enfoque funcional y operativo, no solo de contenidos específicos de la materia sino en el planteamiento general de enseñanza<sup>8</sup>.

Así pues, nuestra experiencia de enseñanza de la AF en nuestra facultad se sustanció a través de una práctica en el domicilio con enfoque biopsicosocial y genograma como ins-

trumento de referencia que denominamos “el paciente y su entorno”; un grupo de alumnos visitaba a pacientes crónicos y a su familia, previamente seleccionados por su médico de cabecera, y mostraban sus resultados en un seminario posterior de grupos de trabajo que se supervisaba. Además, un trabajo práctico individual y final resumía la actividad. Los resultados han mostrado no sólo un apropiado aprendizaje de la materia de AF en MFC, sino una manifiesta satisfacción de pacientes, familia y alumnos.

## Bibliografía

1. Campa F, Bonal P. La enseñanza de la atención familiar en la universidad. Nuestra experiencia en la facultad de Medicina de Sevilla. Revista Fundesfam . 2011;5.
2. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de Atención Familiar. Barcelona: Doyma; 1994. p. 7.
3. Campa F, Bullón B, De Serdio E, Bonal P. El Paciente y su entorno. Prácticas estructuradas de 1,5 créditos para 6.º curso. Tribuna Docente en Medicina de Familia. 2003;4:3-11.
4. De la Revilla L. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en consulta. Vol 1. Granada: Fundación para el estudio de la Atención a la familia; 1999.
5. De los Ríos A, Bailón E. Técnicas para identificar las dimensiones del apoyo social. En: De la Revilla L, editor. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. SemFYC Fundesfam. Granada: Adhara; 2005. p. 167-97.
6. De la Revilla Q, Cosntan E, De la Revilla L. Evaluación medio ambiental: el mapa del hogar. En: De la Revilla L, editor. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. SemFyc Fundesfam. Granada: Adhara; 2005.
7. Jover I, Moreno A. EcoMapa y el modelo de los círculos familiares. En: De la Revilla L, editor. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. SemFyc Fundesfam. Granada: Adhara; 2005. P. 223-30.
8. De la Revilla L, Campa F. La enseñanza de la atención familiar en la asignatura de medicina de familia [Editorial]. Revista Noviembre. 2011;5.

## Experiencia formativa del residente de primer año en medicina de familia. Estudio cualitativo de grupos focales

**Manuel Carretero Matas, Raquel Ramírez Robles, Ana M. Maldonado Ruiz, Rosalía Cortés Espejo, Inés Rodríguez Iglesias y Ana Expósito Távora**

### Justificación y marco conceptual

Una estrategia empresarial clave del sistema sanitario público lo conforman las unidades docentes (UD), en tanto que organizaciones dirigidas a la gestión, formación y desarrollo de su futuro capital profesional: el médico especialista.

En España es escasa tanto la investigación como la comunicación de experiencias organizativas de mejora centradas en el residente. Este trabajo forma parte de la línea de investigación de la UD de Granada sobre formación de posgrado, y de la línea de trabajo y mejora de calidad que la propia organización tiene implantada y definida en su plan de calidad. A este respecto, la UD desde 2009 viene desarrollando entrevistas grupales con residentes de diferentes años, usando grupos focales, para entender, evaluar y mejorar desde la opinión del residente las decisiones y acciones formativas que se adoptan en la organización.

El trabajo que se presenta es preliminar y forma parte de una línea de investigación cualitativa en proceso mediante grupos focales con residentes de primer año. El objetivo del estudio es ahondar y profundizar en la vivencia, proceso de reflexión y significado del aprendizaje para el MIR, a partir de la valoración que realiza sobre las experiencias formativas del primer semestre de residencia: aprendizaje de campo en centro de salud, aprendizaje reflexivo mediante incidentes críticos, resolución de problemas mediante caso clínico de abordaje integral y formación teórico práctica, excluyendo todo lo relacionado con la asistencia en urgencias hospitalarias y de centros de salud.

## Metodología

De acuerdo con el objetivo se utilizó un enfoque de investigación cualitativa con la metodología de entrevista con grupos focales. El trabajo se emplazó en las UD de Granada y Almería, y está previsto para Málaga en el próximo mes, estas son 3 de las 8 unidades de docencia de posgrado para la especialización en medicina familiar y comunitaria (MFyC) del sistema sanitario público de Andalucía. El ámbito de trabajo se restringió al área de la zona norte de Granada capital, la cual tiene asignados 15 residentes de primer año, 6 centros de salud acreditados para la docencia de posgrado y 1 hospital de referencia de tercer nivel, el Hospital Virgen de las Nieves; la zona centro de Almería, con 11 residentes de primer año, 6 centros acreditados para la docencia de posgrado y 1 hospital de referencia de tercer nivel, Hospital Torrecárdenas.

Los residentes de primer año que iniciaron la especialidad en 2009 en Granada y en 2012 en Almería, y que habían finalizado su estancia formativa en CS durante el primer semestre de residencia conformaron la población de interés. Para definir los grupos focales no se consideró necesario utilizar ningún criterio de segmentación o variable de estructura. Se organizó un solo grupo focal, cuyos participantes se seleccionaron mediante convocatoria general a los 15 y 11 residentes, respectivamente, de la zona formativa y aceptaron participar 9 MIR (60%) en Granada, que representaron los 6 centros de salud de la zona, y 9 MIR (82%) en Almería, que representaron los 6 centros de salud de la zona.

En Granada se desarrollaron 2 reuniones en horario extralaboral de tarde y previo consentimiento del MIR se realizó audiograbación de la entrevista grupal. La duración total de los grupos fue de 3 h, se facilitó dinámica grupal abierta y los grupos finalizaron al alcanzar saturación. El guión de entrevista se organizó de lo general a lo particular, y de menor a mayor compromiso en los temas. Se realizó una transcripción literal de la grabación y, tras posterior lectura por, al menos, 2 investigadores distintos para triangulación,

se asignaron campos, códigos y subcódigos de acuerdo a un modelo conceptual sobre formación de adultos, que incluyó las siguientes áreas: *a)* halos y formas de expresión compartidas, generalizaciones y creencias; *b)* enjuiciamiento crítico personal; *c)* enjuiciamiento externo; *d)* entendimiento de la reflexión como aprendizaje; *e)* entendimiento activo para aprendizaje, y *f)* componente atributivo en la valoración del proceso formativo.

En Almería se desarrollaron 2 grupos en horario laboral de mañana y previo consentimiento del MIR se realizó audiograbación de la entrevista grupal. La duración total de la entrevista fue de 3 h. El guión de la entrevista se organizó de lo general a lo particular, y de menor a mayor compromiso de los temas. Están pendientes la transcripción literal y la lectura por 2 investigadores.

## Resultados

- En relación con la *herramienta incidentes críticos*, el discurso del residente muestra un efecto corroborador y atributivo de la utilidad del instrumento desde la perspectiva del hacedor (residente), así como el proceso de descubrimiento personal que desarrolla al enfrentar el nuevo instrumento. Igualmente, del discurso emerge la ruta que el residente suele utilizar para enfrentar dilemas, situaciones especiales prácticas o análisis de su conducta: “comentar casos con tutor de forma verbal y espontánea cuando acontecen”; siendo este modelo referencial de mayor aceptación y considerado en inicio de igual oportunidad que el nuevo instrumento. El discurso muestra la dificultad que algunos confieren a obtener un número tal de incidentes y como otros hablan del día a día; siendo este un elemento de mejora formativa en la gestión de esta actividad.
- La vivencia de aprendizaje con *el caso clínico de abordaje biopsicosocial* mostró una vivencia emocional intensa y heterogénea en un rango entre la confortabilidad y disfrute a la excesiva dificultad y pérdida de oportunidades. El proceso de elección del caso parece marcador de la vivencia emocional subrayando la búsqueda de casos muy complejos y/o la gestión inefectiva de la aceptación del paciente, tanto del tipo de abordaje como del profesional que lo realiza, el residente, como claves de efectividad y confortabilidad en proceso de resolución y aprendizaje.
- La *estancia en el centro de salud* ocupa un lugar relevante en el discurso del residente con 4 fenómenos identificables y estrechamente interconectados: *a)* responsabilidad en consulta; *b)* definición de nueva relación (tutor/residente/consulta) con la apropiación y definición de espacio y posición de residente; *c)* tipo y modelo de tutorización (rol que adoptan ambos), y *d)* resultados de aprendizaje.
- En la *responsabilidad del residente en consulta*, aparecen diferentes rutas de aprendizaje: responsabilidad del residente en la consulta sin presencia del tutor y desde inicio de la estancia frente a adquisición paulatina de responsabilidad al avanzar la estancia; con o sin presencia del tutor y de modo total o solo puntual. Cuando los residentes discuten sobre ello centran el debate en cómo sentían su papel al enfrentar la posición inicial pasiva (extrañeza, regresión a facultad, distanciamiento, merma de autonomía) y en los aspectos positivos que descu-

brían cuando se situaban en posición más activa, a pesar del estrés asociado a ello.

En el discurso, la posición activa del residente para dialogar y acordar con el tutor su responsabilidad en la consulta y/o opinión, deseos o expectativas es escasa.

Finalmente, el discurso parece mostrar un fenómeno de autodescubrimiento relacionado con asumir la responsabilidad en consulta como ruta de aprendizaje, aunque asociada a estrés, y la propia reformulación de objetivos y déficits de aprendizaje a partir de la reflexión sobre la propia práctica a pie de pista.

## Bibliografía recomendada

- Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ*. 2001;322:1115-7.
- Bilbao Acedos I, March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA. Diez aportaciones del empleo de la metodología de cualitativa en una auditoría de comunicación interna en Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:483-92.
- March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2002;29:366-73.
- Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:373-80.

## ID 206

### Variabilidad en la práctica médica de los especialistas en formación

Ruth Liliana Manrique Medina<sup>a</sup>, Alfonso Miguel Muñoz Urena<sup>b</sup>, Julio Fontcuberta Martínez<sup>c</sup> y Francisco Pérez Aguilar<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Cartagena Mar Menor, España.

<sup>b</sup>UD MAFYC Cartagena-San Javier, España

<sup>c</sup>UDM de AFYC Cartagena Mar Menor, España

<sup>d</sup>UDM AFYC, España

#### Objetivos de la experiencia

Evaluar la variabilidad en la práctica médica (VPM) de los especialistas sanitarios en formación y su repercusión económica.

#### Descripción de la experiencia

Estudio descriptivo transversal. En el marco de una actividad formativa dirigida a especialistas sanitarios en formación de 2.º año, se presenta un caso clínico concordante con el estudio inicial de glicemia basal alterada. A los participantes se les pide que diseñen un plan de actuación. Población: 61 individuos (total de especialistas en formación

de un área de salud). Tasa de respuesta: 100%. Periodo de estudio: 2011/2012. Las respuestas se contrastan con la Guía de Salud (basada en evidencias).

## Conclusiones

De 61 individuos ninguno se ajustó exclusivamente a la guía. 30/49,2% solicitaron TTOG, 57/93,4% hemograma y bioquímica; 50/82% tira reactiva/urocultivo; 21/34% otras pruebas (hormonas...); 3/4,9% gasometría; 11/18% radiología de tórax; 8/13,1% ECG; 4/6,6% interconsulta; 8/13,1% RNM/TAC; 1/1,6% punción lumbar; 1/1,6% citología; 1/1,6% ecografía. Coste medio por plan terapéutico: 299,65 (282,13-317,17) € (frente a 138 € según Guía). 8/13,1% individuos superaron en más de 200 € coste según Guía; 52/85,2% entre 100 y 200 €; 1/1,6% en menos de 100 €. Si los planes se sujetaran a Guía el coste global sería de 8.418 frente a 18.278,82 € de los planes diseñados.

## Aplicabilidad

Existe una gran VPM en la actuación de los profesionales en formación.

La VPM origina un aumento considerable del coste sanitario, incluso a nivel microeconómico.

Es fundamental abordar la formación en VPM.

## ID 371

### La videograbación como estrategia educativa en la especialidad de medicina familiar y comunitaria durante la rotación hospitalaria

Josep Antoni Montiel Dacosta<sup>a</sup>, María Úbeda Pastor<sup>b</sup>, Miquel Àngel Casanova Gil<sup>b</sup>, María Isabel Martínez Mena<sup>b</sup> y Ana Luque Alonso<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup>CAP Horta 7D, Barcelona, España

#### Objetivos de la experiencia

Valorar las habilidades de comunicación de los residentes de medicina familiar de primer año mediante la videograbación de casos reales con evaluación y *feedback* posterior durante el período de rotación hospitalaria.

#### Descripción de la experiencia

Se realizó de forma consecutiva una videograbación de la práctica clínica de cada residente de familia que rotó por el servicio de urgencias del hospital en el período compren-

dido entre 2009 y 2012. La videograbación fue voluntaria y se efectuó previo consentimiento escrito del paciente y del médico que participaba en la entrevista bajo la supervisión del tutor docente hospitalario. Para su análisis se utilizó la escala GATHARES, elaborada por el grupo de comunicación de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Todas las grabaciones fueron comentadas posteriormente en sesiones de *video feedback*.

Se obtuvieron 24 videograbaciones durante dicho período. Dieciocho residentes eran mujeres y 6 hombres. La edad media de los médicos residentes participantes fue de 26 años. La edad media de los pacientes fue de 74 años. Dentro de los ítems del cuestionario GATHARES se obtuvieron mejores resultados en los ítems del eje 1 (actitud y características del entrevistador) que en los del eje 2 (tareas comunicacionales). Los peor valorados fueron los ítems del eje 3 (habilidades técnicas) por la falta de uso de señalamientos, de la ejemplificación o de la forma de actuar de la medida terapéutica.

## Conclusiones

La videograbación es un instrumento docente muy útil para la valoración de las habilidades de comunicación también en el ámbito hospitalario, que permite dar *feedback* reforzando las conductas deseadas y analizando algunas conductas clave observadas en la grabación y que no han sido adecuadas.

## Aplicabilidad

Dentro del programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria se recomienda la videograbación dentro del primer año de residencia, instrumento docente en el que también puede colaborar el ámbito hospitalario.

## ID 1805

### Aprender a investigar investigando. Experiencia docente sobre investigación en una unidad docente de medicina familiar

Alejandro Pérez Milena<sup>a</sup>, Francisco Javier Valverde Bolívar<sup>b</sup> y Andrés Moreno Corredor<sup>b</sup>

<sup>a</sup>El Valle, España

<sup>b</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, España

## Objetivos de la experiencia

Valorar los resultados tras 3 años de implantación de una unidad de apoyo a la investigación dentro de una unidad docente de MFyC.

## Descripción de la experiencia

Aprender a investigar es una tarea ardua para el residente. La formación básica durante la residencia no logra transmitir un hábito investigador, con un importante déficit de tutorización en esta competencia. Por ello, a finales de 2009 se crea una unidad de apoyo a la investigación, colaborando el jefe de estudios, el técnico docente y un coordinador colaborador (dedicando un 20% de su trabajo) en ofrecer docencia, apoyo metodológico y ayuda (presencial/*online*) para la redacción de proyectos de investigación y sus resultados. Se involucran médicos/as tutores, recabando ayuda metodológica de la Fundación de Investigación. Se pretende crear un gradiente de interés en un tema concreto, convirtiéndose en línea de investigación del MIR a lo largo de su residencia. Se desarrollan auditorías (necesarias para cada centro de salud) el primer año de residencia; el segundo año, aprovechando el curso de investigación obligatorio, se enfocan los protocolos hacia temas de atención primaria, con posterior solicitud de becas competitivas; el tercer y cuarto año se desarrolla el proyecto en sus centros, obteniendo resultados para congresos y publicaciones científicas. Durante los años 2010-2012 se han asesorado 46 proyectos, presentando 13 a becas competitivas y obteniendo 8. Se han defendido 114 comunicaciones, publicado 11 artículos en revistas y 1 monografía, obteniendo 6 premios. Hay en marcha 9 tesis doctorales (7 codirigidas por miembros de la UD).

## Conclusiones

A investigar se aprende investigando: se precisa invertir tiempo para un seguimiento personalizado de cada proyecto, desde su inicio hasta su publicación. Los resultados obtenidos han sido, en poco tiempo, óptimos.

## Aplicabilidad

La creación de una unidad de apoyo a la investigación dentro de las UD permite una mejora de la competencia investigadora de los MIR.

## Talleres

### T 1. Toma de decisiones clínicas: sesgos cognitivos, necesidades de aprendizaje y manejo de incertidumbre en medicina de familia para prevenir errores

#### Docentes:

**Daniel Prados Torres**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Jefe de Estudios y Coordinador de la UD de MFyC de Málaga, Málaga, España*

**Francisca Leiva Fernández**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario Málaga, Málaga. Técnica de Salud de la UD de MFyC de Málaga, Málaga, España*

#### Contenido

Los objetivos generales son:

- Identificar la repercusión de los sesgos cognitivos en el riesgo clínico.
- Ensayar estrategias para una correcta identificación de necesidades formativas.
- Desarrollar habilidades para transformar lagunas de conocimiento en preguntas que se puedan responder (herramienta PICO).
- Identificar los componentes fundamentales de la pregunta para una buena búsqueda bibliográfica.
- Identificar estrategias y barreras para responder preguntas clínicas de forma eficiente.

### T 2. La motivación como herramienta formativa en tutorización

#### Docentes:

**Ana Isabel Cortés Valverde**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario Granada Metropolitano, Granada, España. Médico de Familia EBAP*

**Manuel Moreno García**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Director de la UGC Puebla de Vúcar, Almería. Tutor de Residentes de MFyC en Distrito Poniente, Almería, España*

#### Contenido

En el taller se pretende que los asistentes adquieran la habilidad necesaria para poder hacer un abordaje motivacional en la tutorización como herramienta formativa.

Los objetivos específicos son:

- Clarificar conceptos, detectar necesidades de aprendizaje en este campo.
- Estadificación del cambio según DiClemente y Prochaska.
- Habilidades y técnicas de la entrevista motivacional con el residente.