

Cuatro Perlas Educativas

Selección de **Doctutor**

Resumen: Se ofrece un extracto con los aspectos claves de cuatro iniciativas educativas publicadas en los últimos meses en distintas revistas de educación médica: 1. Una estrategia para mejorar el aprendizaje de los estudiantes en sus prácticas clínicas; 2. Otra para mejorar las competencias transversales (comunicación y profesionalismo) de los residentes durante sus rotatorios realizadas por mentores no médicos; 3. Un método educativo mediante el cual dos profesores comparten la planificación, el desarrollo y la evaluación de una estrategia educativa, así como el espacio físico donde esta tiene lugar y, 4. Finalmente, una muy práctica puesta al día de los métodos que se pueden utilizar para la evaluación en el lugar del trabajo, su forma de realizarla y una llamada de atención sobre los problemas más frecuentes y sus posibles soluciones.

Four Educational Pearls

Abstract: Extract with the key aspects of four educational initiatives published in the last months in different medical education journals: 1. A strategy to improve student learning in their clinical practices; 2. Another to improve the transversal skills (communication and professionalism) of residents during their rotations carried out by non-medical mentors; 3. An educational method through which two teachers share the planning, development and evaluation of an educational strategy, as well as the physical space where it takes place and, 4. Finally, a very practical update of the methods used they can use for evaluation at the workplace, their way of doing it and a call for attention on the most frequent problems and their possible solutions



Mejorando las prácticas de los estudiantes: una estrategia que usa el aprendizaje activo. Artículo aparecido en Clinical Teacher 2018Daniel Restrepo, Daniel Hunt, Eli Miloslavsky. Transforming traditional shadowing: engaging millennial learners

through the active apprenticeship. *Clinical Teacher* 2018;15:1-5

Resumen de la iniciativa:

1 El "acompañamiento" ("shadowing" en inglés) es una forma de enfocar la enseñanza del estudiante en sus pasantías o rotatorios prácticos por las plantas del hospital y las consultas, que actualmente es una parte integral de la educación clínica en todo el mundo; sin embargo, esta forma de enseñanza merece un examen cuidadoso, ya que los tutores clínicos tienen serios problemas a la hora de equilibrar las demandas clínicas con las necesidades y expectativas cambiantes de los estudiantes. Este shadowing (literalmente "sombreado") se ha definido como una modalidad de enseñanza en la que el alumno sigue al maestro como una "sombra" cuando ve a los pacientes. A pesar de que el remedo se ha utilizado en muchas disciplinas, se ha utilizado principalmente para familiarizar a los estudiantes con la profesión médica durante sus prácticas clínicas, para promover la educación interprofesional y para que los estudiantes de medicina superiores vean el trabajo que hace un residente. En estos contextos, la observación ha demostrado beneficios, como aumentar el interés mostrado por especialidades particulares, mejorar la comunicación interprofesional y adquirir confianza y mejorar las habilidades clínicas. Sin embargo, en la mayoría de los entornos clínicos, hay poca orientación sobre cómo utilizar efectivamente esta técnica para alcanzar objetivos educativos. Dos fuerzas opuestas dentro de la educación médica hacen que sea importante volver a examinar el shadowing como una modalidad de enseñanza. En el ámbito ambulatorio, nuestra experiencia nos dice que la presión para aumentar la productividad, el aumento del volumen de pacientes y el espacio clínico limitado hacen que sea más difícil para los estudiantes evaluar a los pacientes de forma independiente, lo que hace que la opción de seguir a "la sombra" sea la más conveniente. En el entorno de pacientes hospitalizados, para los estudiantes que trabajan con un médico muy ocupado, que atiende a pacientes muy enfermos o que trabajan en una especialidad con la que el alumno no está familiarizado, el shadowing ofrece ventajas prácticas como evitar posibles retrasos en la atención y permitir que los alumnos interactúen con un mayor número de pacientes. Sin embargo, los alumnos de hoy, en particular la generación millennial nacida entre 1982 y 2000, puede ser que acepten peor la observación que los aprendices de generaciones anteriores. Como estudiantes adultos, valoran la estructura y el apoyo en su educación, discusión grupal, feedback inmediato y un sentido comunitario, elementos que con frecuencia están ausentes en la experiencia típica de observación. Quizás la principal limitación de la observación es el rol pasivo del aprendiz: en una experiencia de observación típica, a menudo se deja que el alumno simplemente observe, analice y procese la información por su cuenta. Este enfoque corre el riesgo de suposiciones incorrectas del aprendiz, brechas de conocimiento no reconocidas o pérdida de atención. Sin la participación del alumno, el profesor clínico, no puede evaluar las necesidades educativas del alumno ni proporcionar un feedback significativo. De hecho, la participación activa es un componente clave del aprendizaje efectivo. A medida que las escuelas de medicina evolucionan para incluir un aprendizaje más activo en sus planes de estudio, el rol de la observación tradicional debería ser reevaluado. Los autores creen que el shadowing puede modificarse para involucrar al alumno como un participante más activo en sus prácticas. Esta experiencia, que llaman "aprendizaje activo", tiene el potencial de aprovechar la eficiencia de la observación y hacer que el aprendizaje sea efectivo para los alumnos actuales. Los autores describen así seis técnicas que, en su experiencia de utilizar el shadowing en su práctica, ayudarían a los alumnos a participar activamente en el aprendizaje. Estas incluyen: 1) la creación de un contrato de aprendizaje; 2) permitir que el alumno preste atención práctica con observación directa; 3) involucrar al alumno en la toma de decisiones clínicas; 4) pensar en voz alta; 5) modelaje; y 6) feedback. He aquí un resumen de cada una de estas técnicas (para más información el lector interesado debería ir al artículo original)

1) Se trata de Discuta las metas del alumno, sus objetivos y expectativas y describir las herramientas que utilizará para que el aprendizaje sea activo. 2) Pedir al alumno que obtenga uno o más aspectos de la historia clínica. El tutor que haciendo preguntas aclaratorias adicionales puede servir como un método efectivo para modelar esto. Pedirle al estudiante que haga una parte de la exploración. Esto permite una enseñanza efectiva a la cabecera del paciente y enfatiza el papel de una exploración basada en hipótesis. Finalmente, pedirle al estudiante que ofrezca algún consejo al paciente o que tome alguna decisión compartida 3) Al ver a un paciente con un problema previamente diagnosticado, el alumno debe de presentar los síntomas y abordar las pruebas de diagnóstico que puedan estar indicadas o el diferencial. Al final de un encuentro con un paciente, pregúntele al alumno sus opiniones sobre el diagnóstico, el tratamiento y / o el tratamiento. Pídale a los participantes que elaboren planes de contingencia o planteen escenarios del tipo '¿Qué pasaría si?' 4) Es una enseñanza directa tanto para el alumno como para el paciente, por ejemplo, 'Lo que más me impactó al escuchar la historia fue lo importante de la pérdida de peso' o 'El primer paso que tomo cuando evalué el dolor articular es determinar si se debe a una inflamación o no' 5) Use un lenguaje compasivo, centrado en el paciente y preguntas abiertas. Modele la posición efectiva del cuerpo, como sentarse o arrodillarse cuando esté viendo a un paciente encamado. Minimice el tiempo que gasta ante el PC. Demuestre un estilo de asesoría efectivo y tome las decisiones de forma compartida 6) Utilice la

información de la observación directa y la discusión para la toma de decisiones clínicas para ofrecer feedback específico y establecer los objetivos de la próxima sesión.

Invitamos al lector interesado a ampliar la información en el interesante artículo original

Mentorías en el lugar de trabajo de los residentes para competencias genéricas realizadas por mentores independientes

Artículo aparecido en Perspectives on Medical Education 2018 Jos A. Stigt, Janine H. Koele, Paul L. P. Brand, Debbie A. C. Jaarsma, Irene A. Slootweg. Perspectives on Medical Education 2018;7:337-341

Resumen de la iniciativa:

2 Durante la formación de los residentes de neumología, los tutores son en teoría los responsables de capacitar a los residentes en competencias genéricas como la comunicación, el profesionalismo y la ética, pero en la práctica, su enfoque generalmente se orienta más a las competencias médico-técnicas. Como enfoque alternativo para ayudar a los residentes a desarrollar estas habilidades genéricas, que por otra parte están contempladas en su Programa Docente, desarrollamos un programa de mentoría personal con un profesional no médico como mentor. El estudio, además evalúa las experiencias de los residentes con este programa de mentores.

Métodos

Después de una sesión introductoria en la que se establecieron los objetivos de aprendizaje individuales, los residentes de neumología recibieron al menos seis sesiones de tutorización individuales de 60 a 90 minutos que consistieron en gran medida en recibir feedback después de ser observados durante sus actividades clínicas diarias, durante un período de 9 meses. Las experiencias de los residentes con la mentoría se exploraron a través de entrevistas en profundidad seguidas de un análisis de contenido cualitativo.

Visión general del Programa de Mentoría desarrollado

El programa de mentores fue diseñado y realizado por un solo entrenador capacitado en Gestión de Instalaciones, Desarrollo de Liderazgo y Ciencias Organizativas, con 10 años de experiencia en asesoría, capacitación en gerencia y administración tanto en organizaciones comerciales como de atención médica. Durante la mentoría, los residentes recibieron consejos aplicables para mejorar sus habilidades de comunicación y colaboración. Se les alentó a reflexionar sobre sus propios pensamientos (por ejemplo, sus suposiciones) y sobre sus comportamientos con los demás, a analizarlos para desarrollar una mayor autoestima. Se les incitó a que modificasen y modulasen sus reacciones a la comunicación verbal y no verbal de los pacientes. Al probar, aprendieron a anticipar y preparar las siguientes interacciones.

El programa comenzó con una reunión plenaria para todos los residentes en la que se discutieron los objetivos y el contenido del mismo. Posteriormente, cada residente participó en seis sesiones individuales de 60 a 90 minutos con el mentor, durante un período de tiempo de 9 meses. Durante la primera sesión individual, se discutieron las normas personales y los valores y motivaciones de los residentes, antecedentes, objetivos de aprendizaje y necesidades y expectativas con respecto al programa de mentores. Las sesiones individuales posteriores incluyeron una breve preparación en la cual el residente discutió los objetivos de aprendizaje con el mentor. El mentor observó al residente mientras realizaba tareas clínicas diarias (visitas a domicilio, visitas clínicas ambulatorias, sala de procedimientos o traspaso de pacientes), seguido de una sesión estructurada de reflexión y feedback. Antes de cada observación, el residente presentó al mentor al paciente, le informó sobre el programa de tutoría y le pidió al paciente su consentimiento con respecto a la presencia del mentor. Durante cada encuentro, el mentor no intervino de ninguna manera. Las sesiones individuales después de cada tarea profesional observada también dieron tiempo para conversaciones entre mentores y residentes sobre temas no relacionados con el contexto de trabajo, y cuyo contenido varió según las necesidades personales de cada residente y la fase de desarrollo en la que este se encontraba.

Resultados y Discusión

Durante 9 meses (de marzo a noviembre), diez residentes de neumología completaron el programa. A pesar del escepticismo inicial, la mentoría animó a los residentes a reflexionar profundamente sobre sus interacciones profesionales. Esto provocó una mayor conciencia de los efectos de su comunicación y comportamiento sobre los pacientes. Experimentar con la comunicación y los diferentes comportamientos en las interacciones posteriores fue gratificante y contribuyó a un mayor desarrollo, lo que resultó en una mayor confianza en sí mismo y satisfacción en el trabajo. La mentoría de residentes por entrenadores no médicos se asoció con una mejora de la competencia de los residentes en competencias genéricas.

Invitamos al lector interesado a ampliar la información en el interesante artículo original

La Co-Enseñanza: aplicaciones en educación médica.

Artículo aparecido en Clinical Teacher 2018 Shi CR, Rana J, Burgin S. Co-teaching: applications in medical education. Clinical Teacher, 2018;15:341-3

Resumen de la iniciativa:

La co-enseñanza es un método educativo mediante el cual dos profesores comparten la planificación, el desarrollo y la evaluación de una estrategia educativa, así como el espacio físico donde esta tiene lugar. Desarrollado originalmente como un método de enseñanza para complementar el aprendizaje de los estudiantes en los entornos de educación especial y educación general, la co-enseñanza es una estrategia de enseñanza versátil que se puede adaptar a una variedad de entornos y necesidades de aprendizaje. Cook y Friend proponen cinco modelos de co-enseñanza, que se diferencian por la estructura de la clase, el tamaño del grupo y las responsabilidades del educador durante las sesiones de enseñanza, así como las oportunidades para aplicarlas en la educación médica.

Dos ejemplos:

Un estudiante o residente rotando en una planta de medicina interna para pacientes hospitalizados, es co-enseñado por dos tutores/adjuntos, uno de hospital y el otro un especialista del ámbito ambulatorio. El emparejamiento de educadores con distintas áreas de experiencia da lugar a valiosas discusiones multidisciplinarias sobre la atención al paciente, incluida la optimización de las transiciones posteriores al alta desde el hospital al centro de salud o las posibilidades de derivaciones posteriores. Una sesión (clase en un contexto clásico o de clase inversa) sobre vasculitis es co-impartida por un dermatólogo y un reumatólogo. La pareja co-docente planifica su estrategia docente y sus roles antes de la sesión. Durante la clase, ambos se hacen preguntas entre sí para discutir y responderlas, modelando así el pensamiento clínico y la consulta entre especialidades, así como para fomentar la curiosidad en los alumnos a través de estas preguntas. Existen otras modalidades de co-enseñanza que amplían el espectro de posibilidades en cada escuela de medicina atendiendo a las circunstancias particulares de cada una de ellas. El método tiene ventajas e inconvenientes. **Entre las ventajas:** Para estudiantes: ? Aumenta la proporción docente/alumno. ? Atención más personalizada a estudiantes o a grupos más pequeños de estudiantes. ? Oportunidad de aprender de instructores con diferentes estilos pedagógicos o áreas de especialización. Para los educadores: ? Mejorar la motivación y el entusiasmo por la enseñanza. ? Fomenta la colaboración docente. ? Promueve el trabajo en equipo entre docentes y otros miembros de la facultad. ? Desarrolla habilidades pedagógicas.

Entre los inconvenientes: Para estudiantes: ? Una estrategia de enseñanza no tradicional. ? Entorno de aprendizaje fragmentado. Para los educadores: ? Coordinación de responsabilidades compartidas. ? Es preciso alinear distintas áreas de especialización (Integración curricular). ? Es preciso asegurar una planificación adecuada antes del encuentro docente (integración curricular).

Invitamos al lector interesado a ampliar la información en el interesante artículo original

Una revisión muy práctica y operativa sobre las evaluaciones en el lugar de trabajo.

Artículo aparecido en Clinical Teacher 2018Hurst YK, Prescott-Clements L. Optimising workplace?based assessment. Clinical Teacher, 2018;15:7-12

Resumen de la iniciativa:

4 La observación del desempeño clínico real en el lugar de trabajo se ha utilizado como un medio para evaluar la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud como parte de la capacitación. 1Hace aproximadamente 20 años, comenzaron a aparecer informes en la literatura que describían cómo se podrían llevar a cabo tales métodos de observación para incluirlos como parte de sistemas de evaluación más completos y robustos. Este enfoque se conoce como evaluación basada en el lugar de trabajo (EBLT) o evaluación basada en el trabajo (EBT), y ha sido adoptado por muchos países para uso formativo y sumativo tanto en entornos de pregrado y postgrado. El artículo ofrece una muy práctica puesta al día de los métodos que se pueden utilizar en este tipo de evaluación, su forma de realizarla y una llamada de atención sobre los problemas más frecuentes y sus posibles soluciones. La popularidad de EBLT se basa en los beneficios que ofrece este enfoque y que incluyen su facilidad para abordar las limitaciones de los métodos de evaluación estandarizados o tradicionales (por ejemplo, las preguntas de opción múltiple [PEM] y los exámenes clínicos objetivos estructurados [ECO]) para abordar otros niveles de la pirámide de Miller que reflejen mejor la complejidad del desempeño clínico. Aunque los enfoques estandarizados para la evaluación sumativa ofrecen calificaciones muy fiables, esto suele ser a expensas de la autenticidad y la validez. Los enfoques basados ??en el lugar de trabajo pueden abordar también habilidades como el profesionalismo, el trabajo en equipo y la conciencia situacional, que se reconoce cada vez más como de una importancia clave para lograr mejores resultados para el paciente. Otro beneficio potencial de este enfoque es que, cuando se implementa correctamente, puede proporcionar una estructura que los evaluadores pueden usar para ofrecer feedback de alta calidad de forma habitual y, por lo tanto, puede tener un impacto educativo más significativo que las evaluaciones estandarizadas.

Avanzamos aquí un listado que define las características típicas de este tipo de evaluación basada en el lugar de trabajo.

? Requiere la observación directa o indirecta de los evaluadores (con los métodos descritos) del desempeño en la práctica clínica real. ? Los evaluadores pueden registrar juicios en una escala de calificación y ofrecer comentarios por escrito en formularios de evaluación específicos (en papel o electrónicos). ? El desempeño observado se juzga comparándolo con un estándar dado. ? Las herramientas abordan uno o más dominios de habilidades diferentes. ? La fiabilidad y la validez se basan en amplias muestras con diferentes evaluadores y encuentros clínicos. ? Cuando se usan con fines de capacitación, los evaluados deben recibir comentarios orales estructurados y discutir el desempeño después de cada encuentro evaluado. ? Cuando se utilizan en la evaluación programática, los registros de evaluación se pueden revisar colectivamente para monitorizar la progresión del evaluado. ? Las evaluaciones pueden usarse para identificar fortalezas y debilidades en el desempeño e informar las necesidades futuras que deben de tenerse en cuenta.

Invitamos al lector interesado a ampliar la información en el interesante artículo original