

## Evaluación de una iniciativa de aprendizaje experiencial sobre la Medicina de Familia/Atención Primaria en el grado



**Nieves Barragán Brun**, Médica de Familia en el CAP Vallcarca de Barcelona y profesora asociada de la Universidad Autónoma de Barcelona y coordinadora del proyecto. Equipo Docente del Proyecto: **Yoseba Cánovas, Xavier Cos, José Manuel Cruz, Anna Domènech, Xavier Flor, Silvia Güell, Joan Juvanteny, Josep M Llovet, Francesc López, Miriam Mulero, Xavier Mundet, Elisabeth Navarro, Mónica Rebollar, Mercè Roure, Miguel Ángel Sarlat, Albert Xicola**. Médicos de Familia en diversos CAPS de Barcelona y profesores asociados de la Universidad Autónoma de Barcelona,.

Esta experiencia ha sido una de las galardonadas con el premio que otorgó la AMFE en la categoría "Implantación o Desarrollo de Asignaturas" en su edición de 2025

**Resumen:** Se presenta una de las experiencias docentes de Medicina de Familia/Atención Primaria para grado premiadas por la AMFE. Se trata de una intervención docente de carácter experiencial que se ha desarrollado en la Facultad de Medicina de la UAB, junto a otras de distintas áreas de conocimiento. Los autores describen la estructura, recursos e intervenciones docentes así como los resultados preliminares de su evaluación, los cuales demuestran su aceptación y efectividad

**Evaluation of an Experiential Learning Initiative on Family Medicine/Primary Care in Undergraduate Studies Abstract:** This paper presents one of the Family Medicine/Primary Care teaching experiences for undergraduate studies awarded by the AMFE. This experiential teaching intervention was developed at the UAB Faculty of Medicine, along with others from different areas of knowledge. The authors describe the structure, resources, and teaching interventions, as well as the preliminary results of

their evaluation, which demonstrate their acceptance and effectiveness

## Introducción

La medicina de familia es **la joven estrella de una universidad con solera** que siempre quiso dar lo mejor a su sociedad. Las facultades de medicina se han forjado durante siglos para reunir el conocimiento científico de sus disciplinas y transmitirlo a los jóvenes estudiantes y futuros profesionales. Algunas facultades se fundaron en el S. XIII, otras apenas tienen 20 años. Cuando se desarrolla un nuevo conocimiento y una experiencia médica con evidencia, la universidad debería acogerla e incorporarla en sus asignaturas para generar aprendizaje de aquí en adelante. Pero, los médicos lo sabemos especialmente, cambiar de hábitos no es fácil porque el status quo tiene el poder de la antigüedad y la sensación de que así ya estamos bien.

**La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)** es una joven, mejor dicho, una adulta disciplina con unos 40 años de desarrollo y todas las universidades deberían incorporarla en su currículum.

**¿Qué cosas no dejan brillar a la MFyC?** Pues unas cuantas, entre otras **la organización** de nuestra **Atención Primaria**. Salimos más en la tele por ¿la presión asistencial? y la demora o por la falta de médicos que contratar, que por la calidad clínica, el acompañamiento incondicional a los pacientes crónicos o por el auge de la atención comunitaria.

**Implicarse, demostrar, enseñar...** es la receta para que **la MFyC** vaya calando en la universidad. Por suerte, los que empezaron a andar encontraron a otros en el camino que sin saber exactamente dónde iban, empezaron a construir un lugar que aún no existía. Durante décadas médicos/as a quienes no penaban los esfuerzos, han mostrado a los estudiantes otro enfoque de la medicina, han buscado la reflexión sobre el quehacer al lado del paciente y han colaborado con la universidad para ganar algo en lo que ellos creían. Han sido peregrinos silenciosos en un medio a veces hostil a quienes la universidad le ha costado hacer sitio. Durante años han trabajado individualmente o en pequeños grupos para introducir el concepto de la MFyC. Poco a poco se ha forjado la **AMFE** (Academia de Medicina Familiar), dentro de la **semFYC** (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). La experiencia que aquí presentamos, es precisamente un paso en esa línea, que creemos importante para dar a conocer el área de conocimiento de la medicina familiar y algunas de sus principales competencias a los estudiantes de medicina de la Universidad de Barcelona, ofreciendo ya unos datos preliminares sobre su impacto.

## Descripción de la asignatura. Estructura, recursos e intervenciones docentes

La AMFE anima a los profesores a escribir sus experiencias y presentarlas en sus jornadas anuales otorgando algunos reconocimientos. Queremos explicar aquí una experiencia con resultados tangibles: **La Asignatura de Simulación Aplicada a los Conocimientos Médicos y Quirúrgicos** de la **UAB (Universidad Autónoma de Barcelona)** en la **Unidad Docente del Hospital Universitario Valle de Hebrón (UD\_HVH)** en su primer curso de implementación 2023-2024 (Codi: **106705** Crèdits **ECTS: 5**). Para desarrollar esta asignatura se han coordinado **seis departamentos hospitalarios** (Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Traumatología-Anestesiología, Cirugía, Pediatría y Psiquiatría) y **un ?departamento? de MFyC** (aunque en realidad no existe como tal departamento). Es decir, hemos sido incluidos en una parte de la asignatura de simulación junto con otras áreas de conocimiento ya reconocidas y de renombre que forman parte del corpus de la Facultad de Medicina.

Los estudiantes del **sexto curso de medicina** tuvieron un **calendario común** que incluía los seminarios de las 7 especialidades reunidos en una sola asignatura. Una gran oportunidad para la MFyC porque el contacto con los estudiantes de medicina justo antes del MIR les puede mostrar nuestra especialidad como una oportunidad no descubierta. ¡Esto nos suponía un gran reto!

Trabajamos en el **Aula de Simulación** de la **Facultad de Medicina (UD\_HVH)**. Esta aula dispone de 2 salas interconectadas con videograbación, maniquí robotizado, y sala de debriefing, así como de un técnico de soporte experto en simulación.

**El diseño de los escenarios** siguió el esquema de ¿caso clínico? propuesto por la universidad y común para todas las especialidades. La MFyC diseñó para este primer año 3 escenarios de simulación: ¿Dolor torácico en Atención Primaria?, ¿Atención al final de la vida? y ¿Delimitar el motivo de consulta en una consulta multidemanda?. Cada escenario tuvo un espacio total de **1,5 h** de trabajo

dividido en **2 ó 3 estaciones**.

En el desarrollo de la parte de **Medicina Familiar y Comunitaria** han participado **17 profesores\*** coordinados por la Dra. Nieves Barragán. Se impartió en formato seminario para grupos de unos 10 alumnos. Un total de **10 seminarios** en horario de **15:00 a 20:00 h**. Todos los grupos tuvieron **2 profesores** durante las 5 horas, uno para **tutorizar la simulación** y otro para **tutorizar la observación y el debriefing**. **Previamente** al inicio de los seminarios se llevaron a cabo 2 sesiones con **todo el equipo docente** para estudiar los casos, comentar las dudas, y en su caso retocar los escenarios. Todo el material estaba ubicado y compartido en el OneDrive de la UAB.

**La estandarización** de los 10 seminarios se basó en la elaboración de un material común para todo el equipo docente. Así pues, **todos los docentes** utilizaron las mismas guías didácticas, el mismo pendrive con los mismos soportes de power point y check list para debriefing. En el aula, los docentes encontraban **la carpeta de Medicina Familiar y Comunitaria** con todo el material impreso (guías, pptx, role playing, y ordenado cronológicamente para el desarrollo de las 5 horas). Al inicio de cada sesión el alumnado se dividió en 2 grupos mediante una gamificación. Cada grupo (4-5 personas) alternó simulación con observación durante las 5 horas.

**El técnico de simulación** conocía los materiales y preparaba los escenarios y las cámaras adecuadas para cada caso clínico. También los docentes de medicina familiar aprendieron el **manejo del programa de cámaras** para poder suplir cualquier ausencia del técnico.

**Previamente** al inicio de cada seminario, **el alumnado** podía entrar a la **Plataforma Moodle de la UAB** donde encontraba un pptx para cada escenario y preparar previamente los conocimientos teóricos relativos a los casos que iba a encontrar en la sesión de simulación. **El objetivo es el aprendizaje** y se considera que cuanto menos estrés haya, más fácil es aprender. El conocimiento previo de lo que puede encontrar en la simulación disminuye el estrés de sentirse observado y evaluado en la acción.

Cada uno de los 3 casos incluyó tres partes: una **introducción teórica**, un **escenario simulado** (con 1 ó 2 estaciones) y un **debriefing estructurado**. Se decidió que el debriefing fuese estructurado porque desde el inicio de la simulación cada estudiante dispone de un **checklist en papel** con los puntos en los que tiene que fijar especialmente la atención para después **deliberar**. Los puntos incluyen aspectos clínicos, de comunicación y si el caso lo requiere, también aspectos éticos.

Para concluir el caso, al final del debriefing se pasaron unas diapositivas con los puntos fuertes del caso a modo de resumen y se comentaron las conclusiones del aprendizaje obtenido.

### **Evaluación de la asignatura**

La evaluación para todos los departamentos incluía:

- La asistencia obligatoria a las clases teóricas y prácticas.

La participación activa en **las prácticas de simulación (máx 20 puntos)** y el aprendizaje de **las habilidades técnicas (máx 20 puntos)**. Se realizaba la rúbrica conjuntamente con los estudiantes y se puntuaba online en archivo común a todos los departamentos.

- Evaluación de la calidad

Cada alumno y cada instructor realizaba **la evaluación de la calidad** de cada uno de los **debriefing** realizados tras cada escenario. Se evaluaron todas las especialidades médicas de la misma manera. Para las evaluaciones se utilizó la herramienta **Debriefing**

**Assessment for Simulation in Healthcare (DASH): Alumnado:** mediante QR a la versión reducida de la escala para estudiantes (validada al castellano), que consta de 6 ítems (máx. 7 puntos/ítem).

<https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2019/05/EDSS-VE-abreviada.pdf> **Equipo instructor:** cada docente se autoevaluaba mediante QR a la versión reducida de la escala para instructores (validada en castellano) 6 ítems (máx. 7 puntos/ítem).

<https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2019/05/EDSS-VEv-abreviada.pdf>

Presentamos **las puntuaciones obtenidas en Medicina Familiar y Comunitaria:**

La **Tabla 1** recoge la valoración que el alumnado realizó sobre la competencia docente del instructor. Para todos los ítems el resultado es mayor de 6 puntos, siendo el máximo de 7 puntos.

**Tabla 1. Resultados de la evaluación de los estudiantes a los instructores** (on the six DASH Elements from DASH Student Version Short Form)

Medicina de Familia y Comunitaria  
Numero de escenarios 3  
Numero de cuestionarios 221  
% respuestas 94.4%  
El instructor especificó el escenario para conseguir una experiencia docente productiva  $6.81 \pm 0.54$   
El instructor mantuvo un contexto de aprendizaje productivo  $6.81 \pm 0.54$   
El instructor estructuró el debriefing de forma organizada  $6.77 \pm 0.69$   
El instructor provocó discusiones sustanciales que me llevaron a reflexionar sobre mi actuación  $6.77 \pm 0.68$   
El instructor identificó lo que hice bien o mal ? y las razones de ello  $6.79 \pm 0.61$   
El instructor me ha ayudado a que vea como mejorar o mantener una buena actuación  $6.82 \pm 0.51$

La Tabla 2 detalla los resultados de la autoevaluación de los profesionales de la medicina de familia (instructores). Son los mismos ítems que valora el alumnado en la tabla 1, lo cual nos permitirá hacer un estudio comparativo de la percepción de ambos.

**Table 2. Resultados de la Auto-evaluación del instructor** (on the six DASH Elements of DASH Instructor Version Short Form)

Medicina de Familia y Comunitaria  
Numero de escenarios 3  
Numero de cuestionarios 58  
% respuestas 96.67%  
He creado un ambiente para una experiencia de aprendizaje participativa  $6.76 \pm 0.47$   
He mantenido una experiencia de aprendizaje participativa  $6.83 \pm 0.38$   
He estructurado el debriefing de una forma organizada  $6.81 \pm 0.48$   
He generado discusiones profundas que me han hecho reflexionar sobre mi intervención  $6.62 \pm 0.67$   
He identificado a los estudiantes que lo hicieron mejor o peor y las razones  $6.48 \pm 0.80$   
He ayudado a que se den cuenta, adquieran o mantengan una buena actuación  $6.74 \pm 0.58$

Se calcularon las puntuaciones medias y las desviaciones estándar para cada elemento de la herramienta DASH, tanto para las autoevaluaciones de los instructores como para las evaluaciones de los alumnos, para cada escenario de cada especialidad. **El análisis de los datos** incluyó estadísticas descriptivas para esbozar las percepciones de referencia, **pruebas t independientes para comparar las valoraciones entre instructores y estudiantes** y para evaluar las variaciones en la calidad del debriefing a lo largo del tiempo. Se puede apreciar que el resultado ha sido francamente satisfactorio y podemos afirmar (datos aún no publicados) que los estudiantes nos han valorado al mismo nivel o incluso superior a otras especialidades.

- Satisfacción de los profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria

Además de las evaluaciones de la Universidad, se realizó una encuesta de satisfacción entre los profesores de Medicina Familiar y Comunitaria para conocer **el grado de satisfacción** en la implantación de la asignatura y **también el nivel de esfuerzo** que ha supuesto. Respondieron la encuesta 14 profesionales (82%). Destacamos que el 85,7 % percibió bastante/mucho **trabajo en la puesta en marcha** de la asignatura, pero sólo 1 persona sintió que era excesivo (7%). El 100% de los encuestados pensaba que los 3 casos eran representativos de nuestra especialidad. En cuanto a **la duración** de 5 horas, el 85,7% consideró que era correcta. **La dificultad tecnológica** con las cámaras fue difícil de coordinar para el 14% y un 50% reconoció haber pedido ayuda y el 35% no tuvo problemas de manejo. En cuanto al material de soporte en el aula el 92,8% lo consideró útil. Respecto al funcionamiento de los

debriefing, el 100% consideraron que habían funcionado bien o muy bien. El 78,5% de los docentes reconocen haber utilizado un pijama para **simular** un paciente en un domicilio. La valoración de la experiencia obtuvo una media de 4,5 puntos sobre 5. El 35,7% de los docentes considera que **los estudiantes aprendieron** mucho, y el 57,1% bastante; sólo el 7% (1/14) consideró que habían aprendido poco. A la pregunta sobre el **deseo de seguir como docente** el próximo curso, el 92,8% manifiestan que sí, y sólo el 7% tiene dudas.

## Conclusiones

El inicio de la asignatura de simulación clínica con participación de 7 especialidades, incluida la Medicina Familiar y Comunitaria es una apuesta importante para el futuro de esta especialidad, ya que ofrece a los estudiantes de medicina en su último año del grado una visión real y positiva de la competencia de nuestra especialidad. La participación junto a los médicos de hospital es una apuesta decidida por ofrecer un cambio de mirada hacia la Atención Primaria. El reto ha sido llevado a cabo de forma satisfactoria por un equipo que ha comunicado una alta satisfacción con el desarrollo de la asignatura. El alumnado ha puntuado por encima de 6 (sobre 7) a nuestros casos y a nuestros docentes. Concluimos transmitiendo nuestra percepción de haber realizado un gran trabajo por parte de un equipo docente con muchas responsabilidades asistenciales pero enormemente ilusionado en mostrar a los futuros profesionales de la medicina la cara amable y la competencia clínica que emplea la Medicina de Familia en sus consultas.

Agradecemos el soporte mantenido desde la dirección de la asignatura y la secretaría de la facultad.