



Viernes 5 de febrero de 2010

Taller:

**“¿Qué se necesita para ser tutor?
Herramientas y recursos docentes”**

Moderadora:

Begoña Domínguez Aurrecochea
Pediatra, CS de Otero. Oviedo, Asturias.

Ponentes/monitoras:

- Begoña Domínguez Aurrecochea
Pediatra, CS de Otero. Oviedo, Asturias.
- Carmen García Rebollar
Pediatra, CS Calesas. Área I I. Madrid.
- Carmen Villaizán Pérez
Pediatra, CS de Sonseca. Toledo.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Domínguez Aurrecochea B, García Rebollar C, Villaizán Pérez C. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.309-22.



¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes

Begoña Domínguez Aurrecochea
Pediatra, CS de Otero. Oviedo, Asturias.
jube@telecable.es

Carmen García Rebollar
Pediatra, CS Calesas. Área I I. Madrid.

Carmen Villaizán Pérez
Pediatra, CS de Sonseca. Toledo.

RESUMEN

El sistema de formación médica en España está basado en la figura del Médico Interno Residente (MIR). Su objetivo es la formación de los especialistas, que adquirirán no sólo los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica pediátrica sino también la capacidad de pensar, tomar decisiones y buscar la información relevante, adaptándose a los nuevos conocimientos.

Desde el año 2006, el programa oficial de formación del MIR de Pediatría (MIR-P) incluye de forma obligatoria la rotación del residente por Atención Primaria (AP). Surge entonces la necesidad de profesionales pediatras de AP formados en competencias docentes: los tutores de la rotación específica de Pediatría de AP, figura clave en el proceso enseñanza-aprendizaje.

En el taller se revisan el modelo formativo basado en la tutorización y los elementos fundamentales de la estructura docente. Se detallan los puntos claves del proceso de formación y se ofrecen las herramientas para llevarlo a cabo. El aprendizaje no será una mera transmisión pasiva de conocimientos, sino un proceso de asimilación activo, participativo y constructivo. Se exponen las características de “la comunicación”. Se analiza el papel del tutor de Pediatría de AP, figura que diseña, coordina, supervisa, orienta y evalúa el proceso formativo, y finalmente se aportan algunas herramientas y recursos prácticos.

Para conseguir estos objetivos durante el taller se realizarán exposiciones teóricas, trabajo en grupo, ejercicios prácticos y resolución de casos clínicos.

INTRODUCCIÓN

“Con la intención de facilitar la apuesta docente pediátrica en Atención Primaria, ofreceremos recursos para la gestión de una consulta docente. Desde la realidad de distintos escenarios clínicos, con dramatizaciones y pinceladas de entramado formal intentaremos, al menos, hacer reflexionar a los que no tienen claro el papel docente de la Pediatría de Atención Primaria (AP) y ayudar en la práctica a los que ya están metidos en ello”.

El presente artículo es la primera parte de un Programa de Formación de Tutores de Pediatría de Atención Primaria orientado a responder a las preguntas:

- ¿Puedo yo ser tutor? ¿Cómo conseguirlo? ¿Tendré algún tipo de compensación?
- ¿Qué pueden aprender los residentes de mí? ¿Cómo puedo enseñar?
- ¿Cuál es el programa de formación de Pediatría de Atención Primaria?
- ¿Cómo ser un buen tutor? ¿Con qué herramientas e instrumentos docentes cuento?
- ¿Cómo preparar la consulta para formar residentes?
- ¿Cómo puedo conocer las necesidades del residente? ¿Qué esperan de mí?
- ¿Qué hacer ante residentes problemáticos y poco motivados?
- ¿Es obligatorio evaluar? ¿Cómo hacerlo?

El sistema de formación MIR (médicos internos y residentes) comienza en 1978¹. Se inicia una etapa caracterizada por un aprendizaje en un contexto laboral con un programa

de formación y responsabilidad progresiva supervisada. Es precisa la existencia de la figura del tutor para que el médico especialista adquiera las competencias que su perfil profesional requiere.

El primer programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría en 1979² contempla la necesidad de que el pediatra se forme en Pediatría Comunitaria, destinando el 50% del contenido del programa al logro de entrenamientos en Pediatría Extrahospitalaria. A pesar de la ausencia de normativas al respecto, los residentes de Pediatría han recibido formación en Pediatría de AP de manera no reglada desde 1984. Comenzaron los pediatras de AP de Euskadi, posteriormente Aragón en 1989 y después Andalucía en 1990 hasta configurar un panorama en el año 2005³, en el que en 14 CC.AA. se lleva a cabo la rotación del MIR de Pediatría (MIR-P) por AP; en el 82% del total de provincias del conjunto de España se forman MIR-P y en el 65% rotan por AP. En el 45% de los hospitales, sus residentes pasan por un centro de salud y 92 equipos de AP acogen MIR-P. El tiempo de rotación es de entre 1 y 6 meses y se realiza entre R1 y R4. La relación con el hospital de referencia en la mayoría de los casos es sólo puntual y es testimonial el número de tutores que reciben acreditación⁴. Tiene gran interés la experiencia de 5 años de rotación por AP obligatoria en el Área II de Madrid con el Hospital 12 de Octubre⁵, siguiendo un “Plan de formación en AP para residentes de Pediatría”. La rotación por AP fue la segunda mejor valorada comparada con el resto de rotaciones en un estudio interno de la Unidad de Docencia Pediátrica del Hospital de referencia.

Con el objetivo de conocer la opinión de los pediatras tutores y residentes implicados en la rotación por AP, el grupo de docencia de la AEPap elaboró una encuesta⁶, de la que conocemos los siguientes datos: el 96,3% de los encuestados (pediatras tutores, tutores hospitalarios y MIR-P) creen necesaria la rotación, el 39,3% creen adecuado el periodo de 3 meses de rotación; no hay una definición clara acerca del período en el que rotar. El 64,3% considera adecuada la rotación de 6 meses en el periodo de R4.

A recordar: en el año 2009 se han convocado 396 plazas de residentes de Pediatría y todos ellos están obligados a rotar por Pediatría de AP durante 3 meses.

OBJETIVOS DEL TALLER

- Hacer reflexionar a los que no tienen claro el papel docente de la Pediatría de Atención Primaria y ayudar en la práctica a los que ya son tutores.
- Ofrecer herramientas para el proceso de enseñanza-aprendizaje. El programa de formación y otros recursos prácticos en la consulta de AP.
- Analizar el papel del tutor de Pediatría de Atención Primaria.

METODOLOGÍA DEL TALLER

Exposiciones teóricas participativas de diferentes pediatras de AP seguidos de:

- Debates y trabajos en grupo.
- Prácticas y ejercicios para reflexionar y afianzar contenidos.

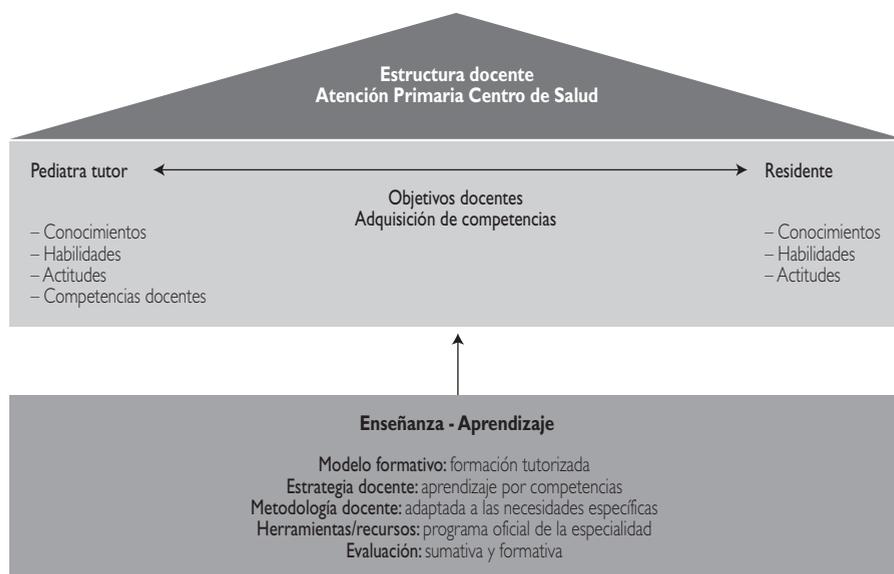
- Dramatización, análisis y resolución de casos clínicos desde el punto de vista docente.

EL PROCESO DOCENTE

El objetivo del proceso docente es la formación de los especialistas en Pediatría, que adquirirán no sólo los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica pediátrica sino también serán capaces de pensar, de tomar decisiones, de buscar la información relevante, adaptándose a los nuevos conocimientos, y mantener relaciones adecuadas con el resto de colectivos implicados en la atención a la población infantil. Todo ello les proporcionará la capacidad de adaptarse al medio en el que desarrollarán su vida profesional.

Una visión integral de la formación del especialista en Pediatría obliga a situarnos en el proceso docente en su conjunto. Si se tratara de una docencia individual, el proceso constaría de alumno (el residente) y un profesor (el tutor) y se terminaría con los objetivos. La enseñanza-aprendizaje de los especialistas en medicina en

Figura 1. El proceso docente



nuestro país ha de realizarse por el sistema MIR lo que hace el proceso mucho más complejo; continúan siendo los pilares fundamentales el residente y el tutor; pero es obligatorio tener en cuenta los aspectos en relación con: los objetivos, la metodología docente, la legislación que regula el sistema de enseñanza, el lugar de trabajo en que se lleva a cabo el aprendizaje, las herramientas y recursos y el sistema de evaluación de las competencias obtenidas. Para intentar hacer más sencilla la comprensión del conjunto, lo hemos dividido en apartados (figura 1).

ELEMENTOS QUE COMPONEN LA ESTRUCTURA DOCENTE

La estructura docente constituye el armazón en el que se apoya el proceso de formación de residentes de cualquier especialidad dentro del sistema MIR. La revisión de los elementos fundamentales que conforman este armazón permite conocer las bases de las que surge y se apoya el actual modelo formativo del residente de Pediatría^{7,8}.

Por este motivo, consideramos necesario un breve análisis de las leyes, decretos y elementos que a lo largo de los últimos 25 años han ido perfilando la estructura docente actual (tabla I).

En el presente taller no se abordarán los apartados "sistema de evaluación y los residentes" que serán tratados en las partes II y III del programa de formación de tutores.

Tabla I. Elementos de la estructura docente

- La legislación específica. Las normas básicas.
- La Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente.
- El programa docente de la especialidad.
- Las unidades docentes y las comisiones de docencia.
- Los hospitales y centros de salud.
- Los tutores acreditados.
- Los instrumentos y herramientas docentes.
- El sistema de evaluación de la docencia.
- Los residentes.

La legislación específica las normas básicas

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁹ (LOPS) de 2003 regula la formación de especialistas, especificando que "la formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial y tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma. Tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados". Esta misma ley regula también la composición de las Comisiones Nacionales de las Especialidades (CNE) y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. La CNE es la encargada de elaborar los programas docentes y de proponer los requisitos para la acreditación de Centros docentes.

A recordar: la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas es oficialmente una especialidad hospitalaria por lo que la CNE no tiene representación de Pediatría de AP.

El ejercicio de la Pediatría en Atención Primaria

Se apoya en El Real Decreto 137/1984 de 11 de enero de Estructuras Básicas de Salud¹⁰ y la Ley General de Sanidad 14/1986¹¹ de 25 de abril, que definen y sientan las bases de la actual red de Atención Primaria. Esta normativa regula el sistema de salud pública en España y establece el modelo sanitario en el que el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil hasta los 14 años y responsable de la atención integral al niño desde su nacimiento hasta la adolescencia. Posteriormente, la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹² regula las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la Cartera de Servicios y la creación de la Comisión de Recursos Humanos (RR HH). Define la prestación de Atención Primaria: como el nivel básico e inicial de atención. Plantea además "La disposición de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales".

El programa docente de la especialidad de Pediatría

El programa docente, además de ser uno de los elementos esenciales de la estructura docente, es el guión y el mapa por donde deben transitar el tutor y el residente para llevar a cabo este proceso de enseñanza-aprendizaje. Es un documento oficial, con fuerza legal, normativa, de conocimiento y uso obligatorio tanto para los tutores como para los residentes.

El primer programa de la especialidad de Pediatría data del año 1979. Tras varias modificaciones, en la **Orden SCO/3148/2006**¹³ de 20 de septiembre se aprueba y publica el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, donde se establece por primera vez la rotación obligatoria por Atención Primaria durante 3 meses.

Las Unidades Docentes y Comisiones de Docencia

En julio de 2002, la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas reconoce a los **Centros de Salud de Atención Primaria** como “unidades docentes asociadas” para la formación MIR en Pediatría y un año después lo ratifica el Consejo Nacional de Especialidades. Dichas unidades dependen de la Unidad Docente Hospitalaria, único supervisor de la formación¹⁴. **Recientemente, el Real Decreto 183/2008**¹⁵ de 8 de febrero publica las últimas normativas que pueden facilitar la regulación del proceso de formación MIR-P durante su rotación por AP. Entre sus objetivos se encuentran la regulación de las unidades docentes, de las Comisiones de Docencia y la organización de los períodos formativos.

A recordar: podemos considerar los Centros de Salud como Unidades Docentes de Pediatría de AP.

El mismo Decreto define a las Comisiones de Docencia como los órganos colegiados a los que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades

en Ciencias de la Salud. Plantea que se constituirán subcomisiones específicas de la Comisión de Docencia cuando así lo aconsejen las condiciones particulares y las características formativas.

Corresponde a cada CC.AA. determinar la dependencia funcional, composición y funciones de las Comisiones de Docencia. La mejor opción para la Pediatría de AP es la constitución de una Comisión de Docencia de Pediatría de AP de CC.AA. o Gerencia/Distrito, según el número de residentes¹⁶. De esta comisión formarían parte: tutores de hospital, tutores de AP, residentes y representantes de la Consejería y del Servicio de Salud¹⁷. El modelo de solicitud para la constitución de la Comisión de Docencia está accesible en: http://www.aepap.org/docencia/solicitud_comision.doc

A recordar: la rotación de pediatras por AP de manera reglada es un proceso nuevo y no claramente legislado. Será preciso dotarnos de las estructuras organizativas que permitan la planificación, el control, supervisión y evaluación del proceso.

La rotación del residente por AP se realizará en los Centros de Salud acreditados

La resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 10 de mayo de 2006¹⁸ establece los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas comienza el proceso de acreditación en el año 2007 y aunque la ubicación de los centros en unidades previamente acreditadas para la docencia de medicina familiar y comunitaria, era condición necesaria, se han acreditado centros que no reúnen esta característica. Hasta el momento se han acreditado 210 Centros de 12 CC.AA., se puede acceder a la base de datos en: http://www.aepap.org/docencia/centros_acreditados.htm. Los pasos necesarios para la acreditación de los centros están

accesibles en: http://www.aepap.org/docencia/pasos_acreditacion.htm

A recordar: los plazos de la norma no se están cumpliendo, conocemos el interés de muchos más centros de salud para ser acreditados; será quizás preciso "forzar a las CC.AA. a su cumplimiento".

Los tutores acreditados

El tutor es el profesional que debe planificar; estimular; dirigir; seguir y evaluar el proceso de aprendizaje del residente; debe conocer la estructura docente dentro de la que se tiene que desenvolver. Su nombramiento se efectuará por el órgano directivo de la comisión de docencia o por el procedimiento que determine cada comunidad. El tutor principal ha de ser único durante todo el período de residencia.

La rotación del MIR-P por Atención Primaria es una etapa formativa nueva que precisa una normativa específica. En determinadas CC.AA. se está proponiendo acreditar al pediatra de AP como "colaborador docente" que, si bien, parece adecuado para la participación de los pediatras de AP en la docencia de los residentes de medicina familiar y comunitaria, no es idóneo para las características de la rotación de residentes de Pediatría.

Las CC.AA. podrán crear otras figuras docentes con la finalidad de amparar colaboraciones significativas en la formación especializada. Tenían además el plazo de 1 año (a partir de febrero 2008) para adaptarse a las nuevas normativas.

Las diferentes CC.AA. deberán convocar, al igual que lo han hecho Andalucía, Asturias y Toledo, concurso de méritos para la acreditación de tutores de residentes de Pediatría; en tanto esto no se realiza, los pediatras de Centros que hayan sido previamente acreditados podrán hacer la solicitud a la Comisión de Docencia del Hospital de referencia y a los responsables de docencia de las Consejerías de Salud correspondientes para lo que podrán utilizar el modelo propuesto por el Grupo de Docencia de la AEPap accesible en: <http://www.aepap.org/docencia/solicitudtutor.doc>

Puesto que la rotación por Atención Primaria es una "colaboración significativa en la formación de los especialistas en Pediatría", es preciso reconocer la necesidad imperiosa de regular esta nueva etapa formativa. Sugerimos se cree y aplique a esta rotación, la figura de "Tutor de rotación específica" de manera que los pediatras de AP serían "Tutores de rotación específica de Pediatría de AP".

A recordar: la rotación MIR de Pediatría por AP es una "colaboración significativa en la formación especializada" y, como tal, precisa ser regulada e impartida por tutores de rotación específica. Los pasos institucionales dados hasta el momento no satisfacen las necesidades de la Pediatría de AP. La acreditación de centros no resulta por sí sola suficiente para garantizar un proceso de calidad; será precisa una participación activa de los pediatras de AP como tutores de rotación específica y formando parte de las comisiones de docencia o de lo contrario, su papel podría verse reducido a ser meros receptores de los residentes en los tiempos que al hospital de referencia le resulte de interés, sin un programa de formación específico, sin criterios de evaluación y sin ningún tipo de acreditación ni compensación.

EL MODELO FORMATIVO

La formación de residentes de Pediatría en AP hasta el momento actual, está caracterizada por su improvisación; el autodidactismo y el voluntarismo; soportada en la buena voluntad individual de los tutores (sin serlo oficialmente) y el interés particular de algunos residentes. Los pediatras de AP no han recibido en su mayoría ningún tipo de formación específica para la docencia, siendo la práctica habitual el: "Mira lo que hago y si algo no entiendes me lo preguntas". La observación y asistencia al paciente han sido normalmente las únicas metodologías docentes. Este colectivo de "tutores" y los que a partir de ahora comienzan a serlo, ¿podrían responder a las preguntas iniciales?, ¿conocen realmente los objetivos docentes?, ¿saben qué es un método docente, una estrategia docente, una técnica docente? (ver glosario de términos). La experiencia ha demostrado que el conocimiento de objetivos y la planificación de la actividad docente mejora los resultados obtenidos.

A recordar: será necesario poder contestar al menos a las preguntas: ¿qué hay que aprender? (conocimientos), ¿cómo hay que aprenderlo? (metodología y estrategias docentes), ¿qué resultados educativos obtengo? (evaluación).

El modelo formativo MIR en España es el basado en la tutorización

El desarrollo de las actividades asociadas al ejercicio de la medicina exige el desempeño de competencias complejas que no pueden alcanzarse en un grado aceptable si no es a través de la práctica profesional. La formación especializada o de postgrado se refiere al “conjunto de actuaciones que un titulado (en este caso, en medicina) realiza en un contexto natural (el Centro de Salud y el Hospital), relacionado con el ejercicio de una profesión”. Aunque el contacto con la profesión puede desarrollarse de distintas formas, en este caso se trata de lograr aprendizajes profesionales en un contexto laboral real sujeto a un cierto control; así, las demandas que llegan al residente pueden haber sido “filtradas”, el proceso que sigue está supervisado y las decisiones no son de su completa responsabilidad⁸. Se precisa, por tanto, de una figura —el tutor— para que el titulado obtenga las competencias definidas en el perfil profesional. La enseñanza en un contexto práctico exige que se introduzca al alumno en las actuaciones propias de su actividad profesional, que haga posible que éste adquiera y ponga en práctica las diferentes habilidades, técnicas y recursos que dicha actividad reclama; que se le faciliten las herramientas y estrategias necesarias para que aprenda a observar y a reflexionar sobre el modo de afrontar las situaciones y resolverlas, y a desarrollar una conducta profesional acorde con unas normas éticas.

El tutor ha de ser el mismo para todo el período de residencia. En el caso de la rotación MIR-P por AP se trata de una rotación específica, por lo que los tutores pediatras de AP lo seremos de la rotación específica, lo que no nos exime del deber de tratar de ser buenos clínicos y docentes.

Algunas ideas claves en el proceso enseñanza-aprendizaje

“Siempre que enseñas algo a alguien, le impides que lo aprenda por sí mismo” (Piaget).

El aprendizaje a través de la propia experiencia es imprescindible; la reflexión sistemática y sistematizada ayuda a aprender de los éxitos y los errores, alertando además de las lagunas formativas, y ayuda a buscar otras fuentes de aprendizaje.

Nadie puede aprender cuando el contenido de lo que se trata de enseñar no se inserta en otros conocimientos anteriores, ni si el contenido de lo que se pretende enseñar es irrelevante, inútil o absurdo.

La inquietud por mejorar la práctica docente es una exigencia profesional. Si se concibe al profesional como un técnico que mejora la práctica a través del conocimiento transmitido por expertos, su perfeccionamiento se realizará a través de cursos, conferencias o lecturas. Si se concibe como un práctico que es capaz de diagnosticar y comprender lo que hace, su perfeccionamiento se producirá a través de la reflexión sobre su práctica. Una reflexión rigurosa, asentada en evidencias extraídas de la realidad y sometidas al rigor del análisis permitirá comprender la corrección del proceso y cambiar o mantener el método¹⁹.

El aprendizaje de adultos

Los residentes son adultos y el modelo de enseñanza será por tanto el específico de este colectivo.

A los adultos les motiva aprender

- Lo que es relevante en situaciones concretas de su actividad laboral.
- Lo práctico más que lo teórico.
- Lo que se centra en los problemas reales a los que se tiene que enfrentar.
- Lo que tiene en cuenta su experiencia.

- Lo que se dirige a sus necesidades más inmediatas.
- Lo previamente negociado.
- Lo que les implica, lo participativo.
- Cuando se tiene en cuenta su ritmo.
- Lo que fomenta la autoevaluación o evaluación entre compañeros.

El adulto, en relación con su aprendizaje es capaz de

- Establecer sus propias necesidades.
- Encontrar los medios para alcanzarlas.
- Planificar tareas y objetivos.
- Establecer reflexiones críticas respecto a los conocimientos que está aprendiendo.

A recordar: el aprendizaje no será una mera transmisión pasiva de conocimientos de un adulto experimentado a un joven inexperto, sino que será un proceso de asimilación activo, participativo y constructivo en el que el aprendiz es el principal conductor de su propio aprendizaje. El profesor será más bien un facilitador.

El aprendizaje constructivo se refiere a la capacidad de las personas para establecer relaciones profundas y no arbitrarias entre conocimientos nuevos y lo que ya sabe. Un objetivo irrenunciable desde la perspectiva constructivista es el aprender a aprender; es decir, que los alumnos desarrollen estrategias de búsqueda, de descubrimiento y de planificación y control de su propia actividad²⁰.

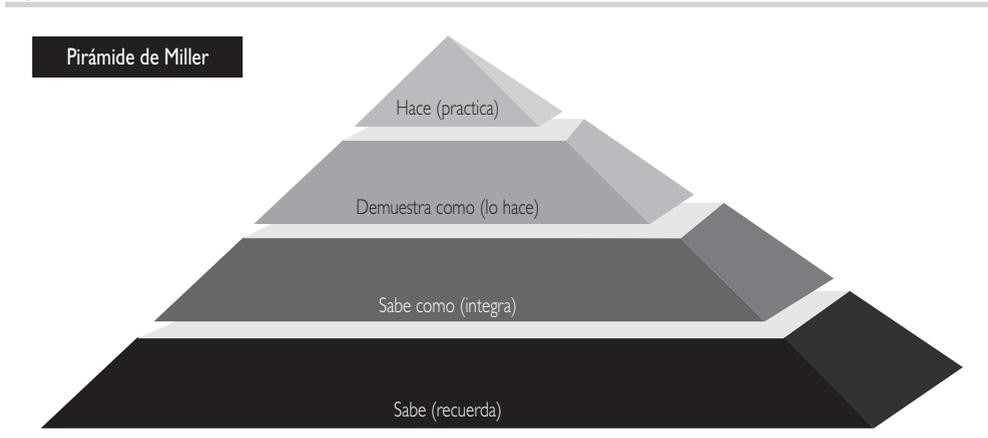
La pirámide de Miller representa las diferentes etapas en el proceso del aprendizaje (figura 2).

Estrategias y metodologías docentes

Podrán ser utilizadas diferentes estrategias:

- Enseñanza centrada en el residente y sus necesidades formativas.
- Enseñanza basada en la resolución de problemas con los que se enfrenta el residente.
- Enseñanza basada en el paciente y su enfoque comunitario frente al estudio de la enfermedad. La Pediatría de Atención Primaria presenta al residente una realidad diferente, ayudando a considerar las necesidades de salud de la comunidad.
- Enseñanza para el desarrollo de competencias; partiendo de los conocimientos, habilidades y actitudes

Figura 2. Etapas en el proceso de aprendizaje



previos, se llegará a saber actuar de manera flexible y adaptada a los diversos contextos y problemáticas, utilizando eficazmente los recursos²¹.

- Enseñanza multiprofesional, característica de la Atención Primaria donde diferentes profesionales se asocian para resolver problemas de salud de índole biopsicosocial: médicos, enfermeras, trabajador social, profesionales de salud mental y servicios sociales de las administraciones públicas.

La metodología docente: variará en función de los objetivos a alcanzar²², deberá adaptarse a las necesidades y características personales de cada residente; podrá concretarse en el autoaprendizaje, las clases tradicionales, cursos, talleres, trabajo en grupos, aprendizaje dirigido, utilización de técnicas informáticas etc...

LA COMUNICACIÓN

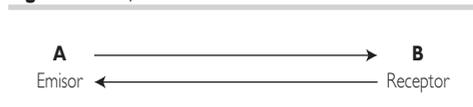
Comunicación es cualquier comportamiento que tenga como objetivo suscitar una respuesta o comportamiento concreto por parte de una persona o grupo determinado.

Se trata de una actividad compartida que necesariamente pone en contacto dos o más personas. Permite satisfacer ante todo un deseo primario: el de informar; dirigiéndose a la inteligencia humana, y responde también a la necesidad de motivar; dirigiéndose entonces a la afectividad a los sentimientos y emociones²³.

No es posible la no comunicación aunque no siempre tenemos conciencia de la misma.

Se habla de comunicación en sentido estricto cuando el receptor (B) tiene la ocasión de poder reaccionar al mensaje del emisor (A) (feedback) (ver esquema en figura 3).

Figura 3. Esquema de la comunicación



Lo verdadero no es lo que dice el emisor (A) sino lo que entiende el receptor (B).

Ninguna persona actuando como receptor; capta y percibe un mensaje precisamente tal y como lo tenía en su mente el emisor; incluso, cuando éste se exprese con la mayor claridad.

Cuando B interpreta mal un mensaje de A, el culpable es siempre éste. Es decir, la responsabilidad de la comunicación correcta es del emisor:

El que comunica algo a otro tiene que investigar si el receptor le ha comprendido correctamente. Si el emisor omite este feedback, no puede responsabilizar al receptor de un comportamiento falso.

Los pasos del proceso de transmisión del mensaje

Lo que se quiere decir - Lo que se dice - Lo que se oye - Lo que se escucha - Lo que se comprende - Lo que se retiene - Lo que se reproduce.

Sugerencias para reducir la probabilidad de fallos en la comunicación

- Dar por supuesto que el mensaje será distorsionado.
- Planear la comunicación como algo habitual.
- Definir claramente los objetivos.
- Reducir el número de ruidos y eslabones.
- Dar tiempo, prestar atención.
- Obtener y atender al *feedback*.

A recordar: características de la comunicación con feedback frente a la unidireccional: aumenta la certeza de la transmisión y la comprensión de los mensajes. Aumenta el sentimiento de confianza en el emisor y en los receptores. Exige bastante tiempo. La ausencia del feedback engendra dudas en el emisor. Engendra también hostilidad de los receptores contra el emisor y críticas contra la tarea.

EL TUTOR

En base a lo expuesto hasta ahora, para alcanzar la formación correspondiente al médico especialista, que no se entienda separada de entrenamiento, se impone la necesidad de una figura que diseñe, coordine, supervise, oriente y evalúe ese proceso formativo: El Tutor de Profesionales.

La formación médica debe basarse en el trabajo que llevan a cabo los médicos, así que el residente y el tutor están involucrados en este aprendizaje, que se produce por:

- Observación directa del tutor:
- Práctica supervisada por el tutor:
- Actividad del residente no supervisada directamente por el tutor:

En el trabajo del tutor hay 3 áreas de trabajo fundamentales:

1. Ayudar al aprendiz a adquirir e integrar nuevos aprendizajes (educación).
2. Dar apoyo personal (relación de apoyo entre tutor-aprendiz).
3. Maximizar el potencial del aprendiz para llegar a ser un pediatra completo, mediante *feedback* constructivo (desarrollo profesional).

A recordar: preparándose para ser tutor. Cuando estés pensando aceptar el papel de ser tutor y antes de solicitarlo y aceptarlo, puede serte de utilidad pensar sobre las siguientes preguntas:

- ¿Estás a gusto y confiado respecto a tu práctica clínica?
- ¿Estás abierto a los retos y los cuestionamientos sobre tu práctica?
- ¿Te sientes con capacidad para manejar los recursos personales necesarios en la tutorización?²⁰

Desde esta perspectiva el tutor no sólo se constituye en un referente clave a la hora de aportar experiencia profesional (habilidades, actitudes y conocimientos) al resi-

dente, sino que, además, se erige en modelo a imitar; promueve la clarificación de valores y proporciona soporte emocional durante el proceso de aprendizaje.

Pero no tengas miedo, la primera titulación requerida para poder enseñar; formal o informalmente, es haber vivido; la veteranía siempre es un grado. Todas las personas somos capaces de enseñar algo a nuestros semejantes y todos, inevitablemente, antes o después, en mayor o menor medida, hemos sido maestros en alguna ocasión. Para realizar la tarea cada tutor tiene su propio estilo, pero todos debemos ser capaces de:

- Comunicar (empatía).
- Estimular (incentivar; impulsar; ilusionar).
- Transmitir información oportunamente.
- Explorar las expectativas y actitudes del residente.
- Favorecer el diálogo²⁴.

En el tiempo de la rotación, el objetivo que nos proponemos es capacitar al futuro pediatra para la atención a los problemas clínicos prevalentes en la infancia y, principalmente, en los temas que son más específicos o exclusivos de nuestro trabajo, comparado con otras rotaciones, como son la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Todo ello dotándolo de los conocimientos suficientes sobre la estructura, organización y herramientas específicas de la AP, sin menoscabo de la visión global de la Pediatría, que en todo momento debe prevalecer²⁵.

Los pediatras no hemos sido preparados para ejercer nuestra profesión como docentes. Además el esfuerzo del tutor por educar al aprendiz mejor de lo que nosotros fuimos educados encierra una paradoja: la casi totalidad de los tutores no tenemos la experiencia de la rotación por AP. Una cosa es saber un oficio, otra saber enseñarlo y otra aún más compleja saber despertar el interés por aprenderlo²⁶. De modo que los pediatras una vez metidos a docentes nos preguntamos cómo y con qué resultados estamos llevando a cabo el proceso formativo, porque

podemos estar deformando más que formando, ya que la buena voluntad y el interés no son suficientes. ¿Qué métodos y técnicas docentes estoy utilizando?, ¿los estoy utilizando intencionalmente para conseguir unos objetivos formativos determinados?, ¿tengo que cambiarlos?, ¿somos docentes sin método?: serían cuestiones que reflejarían esta situación. Probablemente, la situación real sería que estamos empleando algunos métodos y técnicas docentes de forma implícita, que no sabemos especificar por desconocimiento y falta de formación²⁷. Lo ideal es que el tutor tenga una buena formación en dos grandes áreas:

1. En contenidos del programa de la especialidad. Se podría utilizar a modo de lista de objetivos la "Guía Abreviada para la Rotación del residente por Pediatría de Atención Primaria"²⁸, un instrumento para que los tutores puedan, de una manera más o menos rápida y sencilla, identificar aquellas áreas del programa formativo en las que ellos se consideran menos competentes.
2. En metodología docente. Lo más operativo sería a través de cursos de formador de formadores, a los cuales queremos contribuir con este taller.

La formación no es lo único que nos hace llegar a ser un buen tutor, pero es necesaria. Un buen tutor es el que es un docente efectivo, es decir, es el que hace que el residente aprenda, no el que enseña o intenta enseñar²⁹. Ha de ser un buen clínico y un buen docente además de ser capaz de mantener una buena relación con el residente³⁰.

Tabla II. Decálogo del buen docente/tutor³⁰

1. Póngase en el lugar del otro.
2. Reconozca su presencia.
3. Hable sobre sus planes para la consulta.
4. Presente los residentes/estudiantes a los pacientes.
5. Dé instrucciones claras.
6. Nunca abandone al estudiante/residente.
7. Ayude a los estudiantes/residentes a desarrollar sus dotes de razonamiento crítico.
8. Oriente a los estudiantes/residentes sobre la cadena de mando.
9. Sea positivo.
10. Practique lo que predica.

Es recomendable reflexionar sobre lo que hemos llamado el decálogo del buen tutor expuesto en la tabla II.

A recordar: cuando hablamos de un clínico o docente competente, nos referimos a aquél que utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio, asociados a su profesión o labor, para manejar y resolver adecuadamente las situaciones que su ejercicio supone.

Características que debe tener un tutor competente²⁹

1. Debe **conocer** diferentes métodos docentes y saber cómo y cuándo aplicarlos. El grupo de docencia de la AEPap se ha propuesto facilitar este camino.
2. Debe tener **habilidades** docentes, para proporcionar el feedback adecuado al residente, practicar la observación y el análisis, así como mantener una relación fluida con él, teniendo la suficiente capacidad para hacerle reflexionar sobre el proceso formativo y la práctica asistencial.
3. Debe demostrar una adecuada **actitud** docente: con capacidad de autocrítica e interés y respeto por el residente. Debe proporcionar al residente un ambiente de libertad para que descubra su propio estilo y pueda desarrollar sus habilidades de práctica profesional, pero supervisando su aprendizaje. Será capaz de desarrollar su trabajo manejando el estrés que genera su posición dual, entre las necesidades del paciente, por un lado, y las del residente, por otro.
4. Debe tener determinados rasgos de **personalidad**, como la capacidad de introspección y reflexión, la flexibilidad, la integridad y, sobre todo, el entusiasmo por su trabajo y la capacidad de transmitirlo.

A recordar: el papel del tutor es, sobre todo, facilitar la adquisición de conocimientos y no proveerlos directamente.

No debemos perder de vista que el docente interviene no solo transmitiendo ideas de forma verbal, sino actuando como modelo de comportamiento. No se puede enseñar a tener una actitud respetuosa, si los discentes no perciben

que el comportamiento del docente ante el paciente es respetuoso. Esta influencia del docente como modelo de comportamiento se añade a otras influencias no explícitas, que es lo que se ha llamado "currículum oculto"³⁰.

A recordar: el tutor es una persona que da ejemplo, se enseña como se es.

HERRAMIENTAS DOCENTES

Dos son las principales herramientas docentes:

1. La primera es el tutor:
2. La segunda, el programa de formación MIR de Pediatría de AP.

El Grupo de docencia de la AEPap, contando con la colaboración de pediatras de AP, ha elaborado el programa de Formación de la Rotación por AP (desarrollado a partir de la guía del programa oficial de la especialidad de Pediatría de la CNE), que describe: el perfil del pediatra de AP; los objetivos a alcanzar durante la rotación; la metodología docente y estrategias educativas. Se especifican también los contenidos formativos, diferenciándolos en rotación básica (obligatoria para todos los pediatras) y avanzada (destinada a los pediatras que desarrollaran su trabajo en AP). Finalmente se establecen los conocimientos y habilidades que deberán adquirirse para cada una de las áreas competenciales: competencias esenciales; competencias en relación con la atención a la población infantil; a la familia y la comunidad; la docencia e investigación y la función tutorial y evaluación del residente. Este programa de formación para la rotación del residente de Pediatría por AP completo, forma parte de los documentos anexos específicos que se entregarán a los participantes en el taller:

3. La Guía Abreviada para la Rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria²³, diseñada para la planificación de la rotación, puede ser utilizada, tanto por el MIR-P para realizar una autovaloración de sus conocimientos al inicio y al final de su rotación, como por el tutor para programar la actividad docente. Incluye

los objetivos a alcanzar de las diferentes áreas competenciales y las técnicas diagnósticas y terapéuticas.

Para hacer más sencilla la comprensión de la terminología docente se incluye un glosario docente (ver anexo). Otras herramientas docentes y recursos de utilidad en la práctica diaria se incluyen en la documentación específica del taller:

La formación centrada en el residente (el *feedback*), los diferentes métodos de detección de necesidades formativas, la integración del residente en la consulta, el momento de la rotación y los sistemas de evaluación se abordarán en las partes II y III del presente programa de formación.

ANEXO. GLOSARIO DOCENTE^{8,20,27,30}

Competencia

Aptitud del profesional para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes, asociados además al buen juicio, para manejar y resolver adecuadamente las situaciones que el ejercicio de su profesión supone. Representa la capacidad para llevar adelante tareas clínicas en condiciones reales.

Currículum

Conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y competencias necesarios para la correcta formación de unos profesionales.

Los siguientes conceptos, de tecnología o metodología docente están ordenados por rango de amplitud:

- **Modelo formativo** o docente, estilo de enseñanza o de aprendizaje. Orientación fundamental para formar a una persona. Forma o manera general de aprender; o esquema teórico de una realidad compleja elaborado para facilitar su comprensión y estudio.
- **Estrategia docente, didáctica o formativa.** Metodología **general** que se refiere a como llevar a cabo el proceso de aprendizaje en general y a la toma de decisiones en situaciones docentes concretas.
- **Método docente, pedagógico o de enseñanza.** Es una **manera sistemática** de hacer las cosas en la docen-

cia. Consiste en una forma de ordenar la actividad docente para conseguir los objetivos que se han definido.

- **Técnica docente.** Se refiere a un sistema controlado de transmisión de mensajes didácticos mediante la utilización de medios instrumentales con estrategias bien delimitadas. Se trata de un conjunto de acciones docentes predeterminadas para un fin concreto y específico.
- **Tarea docente o formativa.** Trabajo que debe hacerse, o conjunto de actos necesarios para la realización de una parte del proceso formativo; o combinación de actos docentes específicos cuya realización conduce directamente al logro de un objetivo docente.
- **Herramienta docente.** Términos equivalentes: medio didáctico, instrumento docente. Es aquello de lo que nos servimos para hacer una cosa o alcanzar un fin, en este caso, un fin docente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 2015/78 de 15 de julio, por el que se regulan las especialidades médicas, los requisitos para obtener el título de médico especialista y por el que se crea la Comisión Nacional de Especialidades. Boletín Oficial del Estado, nº 206, (29/08/1978):20172-4.
2. Grupo Centro, Consejo General de Colegios de Médicos. Historia de los programas de formación en Pediatría y sus áreas específicas. Serie monográfica de especialidades médicas, nº 35. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos; 1990.
3. García Puga JM y Grupo Docencia MIR de la AEPap. Formación MIR en Atención Primaria: síntesis de la situación en España. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S119-27.
4. Villaizán Pérez C. Situación actual de la formación del residente de Pediatría en Atención Primaria. [Fecha de acceso 22 feb 2009]. Disponible en <http://www.aepap.org/docencia/documentos.htm>
5. García-Rebollar C, Padilla ML, de la Fuente MA, Vázquez S, Iñigo G. Residentes de Pediatría en Atención Primaria: 5 años de rotación obligatoria en el Área II de Madrid. An Pediatr (Barc). 2007;67:145-52.
6. García Puga JM, Villaizán Pérez C, Domínguez Aurrecoechea B, Ugarte Libano R, Grupo de Docencia AEPap. ¿Qué opinan pediatras y residentes de Pediatría de la rotación por Atención Primaria? IV Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 16 y 17 de mayo 2008; Cáceres. [Fecha de acceso 02 feb 2009]. Disponible en http://www.aepap.org/congresos/pdf_reunion_2008/2008_Caceres_posters.pdf
7. Moriano Gutiérrez A. La formación de Médicos Internos Residentes de Valencia en Atención Primaria. Beca colaboración de la Universidad de Valencia. Departamento de Pediatría. Convocatoria 2006-2007.
8. Saura Llamas J, Romero Sánchez E. Herramientas docentes para el tutor de Medicina de Familia. DPM. 2008;1(1):24-39.
9. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22/11/2003):41442-58.
10. Real Decreto 127/1984 de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. Boletín Oficial del Estado, nº 26, (31/01/1984):2524-8.
11. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29/04/1986):15207-24.
12. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29/05/2003):20567-88.
13. Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Boletín Oficial del Estado, nº 246, (14/10/2006):35657-61.

14. García Puga JM. Residentes, rotación por Atención Primaria y reconocimiento de Centros de Salud como "Unidades Docentes Asociadas". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:369-74.
15. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, n° 45, (21/02/2008):10020-35.
16. Domínguez Aurrecochea B. Importancia de la rotación MIR/Pediatría en Atención Primaria. [Fecha de acceso 22 feb 2009]. Disponible en <http://www.aepap.org/docencia/documentos.htm>
17. Domínguez Aurrecochea B, Grupo de docencia de la AEPap. Docencia en Pediatría de Atención Primaria, pasado presente y ¿futuro? [Fecha de acceso 15 oct 2009]. Disponible en <http://www.spapex.org/pdf/docencia.pdf>
18. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como "Unidades Docentes Asociadas para la formación MIR- Pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:17-20.
19. Santos Guerra MA, Prados Torres JD. Reflexionar sobre la práctica. En: Santos Guerra MA, Prados Torres JD, coordinadores. *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: El arte de mejorar a través del conocimiento*. Barcelona. SEMFYC;1996. p. 21-4.
20. Turabian JL, Pérez Franco B. *Curso a distancia de tutorización*. 3ª ed. Barcelona. SEMFYC; 2003.
21. Tardif J. Développer un programme par compétences: de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*. 2003;16(3):36-45. Traducción de Corvalán O y revisión técnica de Bolívar A. [Fecha de acceso 15 oct 2009]. Disponible en <http://www.ugr.es/~recfpro/rev123ART2.pdf>
22. Hijano Bandera F, Saura Llamas J. Desarrollando el programa oficial de la especialidad de Pediatría en Atención Primaria. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2008*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 375-82.
23. Arozamena Sáiz J, Regueira Rey F. Comunicación: Hablar para hacerse escuchar; documento de apoyo n.º 8 del Curso de formación de tutores. La formación de los especialistas en las instituciones sanitarias. Madrid: AEPap-Agencia Laín Entralgo; 2007.
24. Gutiérrez Sigler MD, Fernández-Cuesta Valcarce MÁ. Taller para pediatras docentes. Enseñando a aprender. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 2:S91-100.
25. Callejas Pozo JE, García Puga JM. El residente en Atención Primaria. Cómo planificar su rotación. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:719-33.
26. Cabero L. Manual para tutores de MIR (Fundación para la formación de la Organización Médica Colegial). Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2008.
27. Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Sánchez E. Propuesta de un «mapa» de métodos y técnicas docentes para ayudar a los tutores a «viajar por el programa docente» *Aten Primaria*. 2007;39:497-505.
28. Domínguez Aurrecochea B, Hijano Bandera F, Fernández-Cuesta Valcarce MA, Villaizán Pérez C, García Rebollar C, Gutiérrez Sigler MD. Guía abreviada para la rotación del residente de pediatría por Atención Primaria 2009. [Fecha de acceso 15 oct 2009]. Disponible en <http://www.aepap.org/docencia/documentos.htm>
29. Saura Llamas J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. *Aten Primaria*. 2007;39:151-5.
30. Molina Durán F, Díez Espino J, Echaui Ozcoidi M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara JR, Martínez Ros MT, y cols. *La docencia en la práctica clínica*. Barcelona. SEMFYC;1998.