



Viernes 20 de octubre de 2006

**Seminario:
“Aprendiendo a ser tutor
de residentes de pediatría
en Atención Primaria”**

Moderador:

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce
Pediatra, CS Juan de la Cierva, Getafe, Madrid.

■ **Aprendiendo a ser tutor
de residentes de pediatría
en Atención Primaria**

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce
*Pediatra, CS Juan de la Cierva, Getafe,
Madrid.*

M.^a Dolores Gutiérrez Sigler
Pediatra, CS Pintor Stolz, Valencia.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Fernández-Cuesta Valcarce MA, Gutiérrez Sigler MD. Aprendiendo a ser tutor de residentes de pediatría en Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 283-91.



Aprendiendo a ser tutor de residentes de pediatría en Atención Primaria

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce
Pediatra, CS Juan de la Cierva, Getafe (Madrid).
miguelfcuesta@ya.com

M.^a Dolores Gutiérrez Sigler
Pediatra, CS Pintor Stolz, Valencia.
gutierrez_dol@gva.es

RESUMEN

El nuevo programa oficial de la especialidad de pediatría y sus áreas específicas establece definitivamente la rotación obligatoria de residentes de pediatría por Atención Primaria. Debemos, por tanto, prepararnos para ser los tutores de los futuros pediatras de Atención Primaria y para facilitar esta labor intentaremos, a través de este seminario, desarrollar las siguientes líneas de trabajo:

1. Proponer unos contenidos docentes básicos para la rotación del residente por pediatría de Atención Primaria, teniendo en cuenta el trabajo realizado por el grupo de docencia MIR de la AEPap y exponiendo la guía orientativa de conocimientos del nuevo programa oficial de la especialidad.
2. Analizar metodologías y técnicas para la identificación de necesidades de formación de los pediatras, especificando los objetivos que hay que alcanzar; los métodos de estudio y los métodos de evaluación y exponiendo métodos que nos permitan detectar aquellas “zonas oscuras” de nuestra formación, como pueden ser el diario de incidentes críticos, la realización de audits, análisis de las tasas de derivaciones, reclamaciones, utilización de los PUNS (*Patients Unmet Needs*) y DENS (*Doctors Educational Needs*), etc.
3. Mostrar algunas de las técnicas y de los instrumentos docentes más utilizados en la formación del residente, como el autoaprendizaje, el aprendizaje de campo, las clases, el trabajo grupal, interacción grupal y los talleres.

4. Enseñar formas de organizar la consulta para que sea docente, analizando diferentes modelos y su repercusión sobre el trabajo del tutor y sobre el cupo.

INTRODUCCIÓN

El pleno de la Comisión de Recursos Humanos en su reunión del día 19 de abril de 2006 aprobó una resolución conjunta de los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen 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. Quedan pendientes aspectos muy importantes, como el desarrollo de la figura del tutor de pediatría de Atención Primaria, con el reconocimiento, recursos y formación necesarios para el desarrollo de su labor, y el establecimiento de una estructura docente específica, que serán competencia de las comunidades autónomas.

De la misma manera, en el nuevo programa oficial de la especialidad de pediatría y sus áreas específicas se establece definitivamente la rotación obligatoria de residentes de pediatría por Atención Primaria con una duración de tres meses, aconsejando su distribución en períodos de dos meses (en los dos primeros años y en los dos últimos de la residencia), e incluye en un anexo una guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a esta rotación.

Por todo ello tenemos que empezar a prepararnos para ser los tutores de los futuros pediatras de Atención Primaria.

Los objetivos del seminario serán:

1. Proponer unos contenidos básicos para la rotación.
2. Analizar metodologías y técnicas para identificar necesidades de formación de los pediatras.

3. Mostrar algunas de las técnicas y de los instrumentos docentes más utilizados en la formación del residente.

4. Enseñar formas de organizar la consulta para que sea docente.

PROPONER UNOS CONTENIDOS MÍNIMOS PARA LA ROTACIÓN

La guía orientativa de conocimientos para la rotación de los residentes de pediatría por Atención Primaria del programa nacional de la especialidad (Anexo 1) se estructura en los siguientes epígrafes: patología pediátrica prevalente en Atención Primaria; crecimiento, maduración y desarrollo; alimentación y nutrición; psicología fundamental; adolescencia; patología del niño inmigrante; pediatría preventiva; supervisión de la salud infantojuvenil y pediatría social. Dentro de cada uno de ellos enumera una serie de procesos o actividades pecando en muchos casos de poca concreción y olvidando actividades propias del trabajo en los centros de salud, por lo que resulta poco útil en la práctica.

Es importante que un proyecto curricular no se limite a enunciar contenidos ("lo que hay que aprender") sino también los métodos y las estrategias para conseguirlo ("cómo aprenderlo"), siendo además preferible que se defina en términos de objetivos comportamentales ("lo que debe conseguir hacer") que reflejen mejor la competencia del residente, es decir, la aplicación práctica de los conocimientos en su contexto^{1,2}.

Existen diversos enfoques para concebir un currículum¹. Lo más deseable sería un currículum centrado en el alumno, que permita un contenido flexible en función de las necesidades del residente, de las circunstancias del centro y de las oportunidades educativas que se vayan presentando y con una formación específica que le permita aprender a valorar sus necesidades, planificar su aprendizaje, organizar su tiempo, localizar los recursos adecuados y, sobre todo, motivar el aprendizaje y la formación continuada; en definitiva, proporcionar habilidades que le permitan "aprender a aprender" reconociendo que el residente es

perfectamente capaz de aprender por sí solo mediante el estudio. De esta manera, los objetivos no representan sólo un fin, sino un medio para orientar el proceso y el tutor se convierte en un canalizador de la energía y los recursos del residente para el aprendizaje.

Además es imposible dominar de manera exhaustiva cada uno de los aspectos del currículum, por lo que habrá que priorizar aquellos que resulten esenciales para la práctica habitual (núcleo curricular), sin olvidar el objetivo final: capacitar al médico residente para la atención a los problemas clínicos prevalentes, prevención de la enfermedad y promoción de la salud de la población infantojuvenil y dotarle de los conocimientos suficientes sobre la estructura, la organización y las herramientas específicas de la Atención Primaria para posibilitar su trabajo como pediatras en un centro de salud².

En términos generales, nuestros esfuerzos deberán concentrarse en aquellos campos que por sus peculiaridades se tratan de manera más superficial en el ámbito hospitalario. Como propuesta práctica sugerimos los siguientes:

- a) **Adquirir habilidades en la entrevista clínica en Atención Primaria:** comunicación con el paciente, empatía, asertividad, peculiaridades derivadas de la longitudinalidad de la relación médico-paciente en Atención Primaria.
- b) **Tomar conocimiento del entorno de la Atención Primaria:** estructura y organización general de la Atención Primaria y de los centros de salud, instrumentos de gestión (informes, indicadores de actividad y de farmacia, cartera de servicios, contrato de gestión asistencial).
- c) **Manejar las herramientas y las actividades propias de la consulta:** Programa OMI, historia clínica informatizada, aspectos normativos de la receta, informes, enfermedades de declaración obligatoria.
- d) **Conocer las características físicas y el desarrollo psicosocial del niño sano a las distintas edades,** siendo capaces de orientar a los padres en los aspectos de alimentación, hábitos, higiene y educación, distinguir las variantes normales de lo patológico y reconocer señales de alarma y factores de riesgo físicos, psíquicos y sociales.
- e) **Adquirir los conocimientos suficientes para aplicar las actividades de prevención y promoción de la salud** incluidas en las revisiones periódicas del niño y adolescente: inmunizaciones, prevención de accidentes, despistaje de patologías.
- f) **Ser capaces de manejar las patologías más específicas** de la Atención Primaria, conociendo sus criterios de derivación:
 1. Dermatología: dermatitis atópica, acné, pediculosis.
 2. Traumatología: displasia evolutiva de cadera, alteraciones rotacionales y angulares de MMII, cojera, apofisitis, escoliosis, patología traumática.
 3. Retraso de crecimiento. Fisiología y patología puberal.
 4. Oftalmología: exploración, defectos refractivos, ambliopía, estrabismo.
 5. Odontopediatría: prevención de caries, maloclusiones, traumatismos, alteraciones eruptivas.
 6. Neuropediatría: TDAH, trastorno generalizado del desarrollo, cefalea.
 7. Enuresis nocturna.
 8. Asma bronquial.
 9. Patología infecciosa aguda.
- g) **Adquirir las competencias relacionadas con la docencia e investigación** suficientes para hacer

búsquedas bibliográficas manejando las principales fuentes de documentación científica, valorar de manera crítica los artículos científicos con metodología de medicina basada en la evidencia y preparar y exponer sesiones clínicas y bibliográficas de manera adecuada.

ANALIZAR METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE FORMACIÓN DE LOS PEDIATRAS

Un plan personal de formación (PPF) es una herramienta que permite de manera sistemática identificar y dirigir las necesidades de formación de los profesionales mediante la elaboración de un plan en el que se especifica cómo se han identificado las necesidades, los objetivos que se pretenden alcanzar y los métodos que se van a utilizar para ello³⁻⁵.

Este sistema de formación está basado en los principios de educación para adultos y básicamente pretende:

- Situar al profesional en el centro del proceso de aprendizaje, utilizando la práctica clínica como base del aprendizaje.
- Desarrollar la autonomía del profesional en la búsqueda de las mejores estrategias para alcanzar sus propias necesidades de formación.
- Integrar la teoría y la práctica en la forma de trabajo y desarrollo como profesional.
- Aumentar la motivación para el aprendizaje.
- Estimular la revisión periódica y compartir experiencias.

Al igual que otras iniciativas en educación médica, los PPF no son nuevos, ya que en 1974 la Universidad Politécnica del Noreste de Londres ofreció el Diploma de Educación Superior mediante Estudio Independiente, basado en el concepto de la vía de aprendizaje por medio de la negociación entre el "estudiante" (*learner*) y la institución,

extendiéndose durante el final de la década de los ochenta y principios de los noventa entre la formación superior:

Con la publicación en 1983 de *The Reflective Practitioner* de D. Schön, se introdujeron las bases de la reflexión como clave del desarrollo profesional. Dentro del campo de la sanidad inició su implantación en Reino Unido y Canadá en los últimos años de la década de los noventa, unido principalmente a la necesidad de recertificación.

Últimamente y basado en la satisfacción de los profesionales y la mejora de los conocimientos en aquellos lugares en que se ha implantado, el RACGP (Real Colegio Australiano de Médicos de Familia) ha incorporado el PPF para el trienio 2001-2004 dentro de su programa de calidad⁶.

Cómo elaborar un plan personal de formación

Los pasos para elaborar un PPF los podemos resumir en:

1. Identificar las necesidades de formación.
2. Especificar los objetivos.
3. Especificar los métodos de estudio.
4. Especificar los métodos de evaluación.
5. Llevar a cabo el PPF.
6. Evaluarlo.

Tanto el proceso como el contenido del plan pueden ser realizados en colaboración con otro profesional o grupos de profesionales, en el lugar de trabajo, utilizando la evaluación de los resultados obtenidos como punto de partida del ciclo siguiente.

Identificación de las necesidades de formación

Existen múltiples vías mediante las cuales se pueden identificar necesidades de formación. El sistema más bási-

co es reflexionar sobre si el aprendizaje refleja en lo que actualmente estás o no trabajando, reflexionando sobre qué áreas te interesan o no, aquellas áreas en las que te gusta formarte o en las que no y en aquellas áreas en las que deberías formarte por necesidades institucionales. Este sistema puede dar lugar a identificar antes lo que quieres que lo que necesitas, por lo cual es importante utilizar métodos que pongan de manifiesto de manera objetiva nuestras reflexiones. Entre los métodos que nos van a permitir detectar aquellas “zonas oscuras” de nuestra formación, destacan: diario de incidentes críticos, realización de audits, análisis de las tasas de derivaciones, reclamaciones, utilización de los PUNS (*Patients Unmet Needs*) y DENS (*Doctors Educational Needs*), etc.

Especificar los objetivos de formación

Una vez realizada la identificación de las necesidades de formación, es necesario trasladar estas necesidades a objetivos formativos, los cuales nos permitirán fijar los sistemas de formación más adecuados y sus métodos de evaluación.

Especificar los sistemas de formación

Dentro de los métodos de aprendizaje que hay que utilizar, se encuentra toda la variedad de métodos disponibles, aunque es aconsejable utilizar aquellos que puedan cubrir mayor número de necesidades y resulten más cómodos para los profesionales.

Determinar los sistemas de evaluación

El último paso dentro de la elaboración de un PPF consiste en determinar cómo vamos a evaluar si hemos conseguido o no nuestros objetivos⁵.

Existen múltiples métodos que nos van a permitir esta evaluación, la elección de uno u otro dependerá de los métodos elegidos para alcanzar las necesidades identificadas; se puede utilizar más de uno en un PPF.

Dentro de este apartado se incluyen todos aquellos documentos que justifiquen que se han realizado las acti-

vidades que se habían planificado, destacando el “portafolio” de aprendizaje, la revisión de guías y protocolos, y la realización de temas evaluados críticamente.

MOSTRAR ALGUNAS DE LAS TÉCNICAS Y DE LOS INSTRUMENTOS DOCENTES MÁS UTILIZADOS EN LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE

Podemos desarrollar el proceso formativo del residente utilizando diferentes técnicas y actividades básicas⁷:

El autoaprendizaje

- Adquisición de nuevos conocimientos.
- Mantenimiento de la competencia.
- Adquisición de habilidades en el uso de las herramientas básicas (inglés, informática, internet).
- Estudio cotidiano a iniciativa del propio residente.
- Leer; los libros, la biblioteca, la librería. Lecturas dirigidas.
- Estudio de un documento.
- Aprendizaje dirigido: visualizaciones recomendadas (CD-ROM, vídeos, páginas web).
- Encargo de tareas: discusión de casos y problemas prácticos.
- Cursos a distancia.
- Preparación de sesiones clínicas: presentación y discusión de casos.
- Sesiones bibliográficas.
- Sesiones monográficas: revisiones sistemáticas.
- Otro tipo de sesiones.

Aprendizaje de campo

- Colocar al residente en una situación real en la que su autoaprendizaje pueda tener lugar.
- Adquisición y aprehensión de la complejidad de las funciones y de la toma de decisiones como profesional.
- Observación directa (el residente ve lo que hace el tutor).
- Observando: el ejemplo de otras personas.
- Intervenciones tutorizadas (el residente realiza sus actividades ante la presencia del tutor).
- Intervención directa, no supervisada directamente por el tutor (se obtiene información por otras vías diferentes a la observación directa: auditoría de historias, opinión de los pacientes, opinión del resto de los compañeros del equipo o del segundo nivel).

Las clases

- Transmisión de información compleja.
- Creación de un marco referencial.
- Clase unidireccional clásica. La clase, la conferencia.
- La formación en grupo: talleres, seminarios, cursos.
- La clase o lección participativa en grupo.
- Se debe, en la medida de lo posible, favorecer la clase participativa.

El trabajo grupal, interacción grupal

- Seminarios.

- Trabajos de campo.
- Visionado de vídeos.
- Otras técnicas de trabajo en aula: trabajo por pares, rejilla, Phillips 6x6, etc.

Los talleres

- Aprendizaje de habilidades o procedimientos en pequeños grupos.
- Con pacientes reales o simulados.
- Con maniqués.
- Con programas informatizados (simuladores).
- Con proyectos educativos.

ENSEÑAR FORMAS DE ORGANIZAR LA CONSULTA PARA QUE SEA DOCENTE

Existe una gran variabilidad en la manera de organizar una consulta docente sin que hasta el momento se haya podido demostrar la superioridad de un modelo sobre otro, teniendo además que adaptarse a las características concretas de cada centro de salud. Uno de los principales condicionantes es la disponibilidad o no de una consulta anexa a la del tutor en la que el residente pudiera pasar consulta.

El último supuesto (poco factible en la mayoría de los centros) podría permitir la consulta simultánea de pacientes distintos por parte del tutor y el residente, con la supervisión final del tutor; por ejemplo llamando a pacientes de la misma lista de modo sucesivo. El modelo de medicina de familia consistente en asignar al residente una parte del cupo no parece de entrada muy práctico para rotaciones cortas como la que estamos abordando.

Si sólo existe una consulta puede optarse bien por una consulta conjunta (los dos ven juntos a todos los pacientes), bien por seleccionar a pacientes aislados

para que los vea el residente solo (por ejemplo inicialmente las urgencias y luego ir aumentando) o pasar alternativamente unos días la consulta a demanda y otros la programada en distintos tramos horarios.

Hay que recordar que la formación del residente se basa en la asunción progresiva de responsabilidades y de la carga de trabajo y, sea cual sea el modelo elegido, debe huirse tanto de un paternalismo y una sobreprotección excesivos (no hay que olvidar que estos residentes ya ven solos enfermos en las urgencias y consultas del hospital) como de caer en la tentación de utilizar al residente como un sustituto del tutor⁸.

Desde el punto de vista práctico es muy importante la acogida inicial del residente: resulta fundamental orientarle desde el primer momento sobre los aspectos prácticos de la consulta y del centro de salud (horarios, citas, salas, compañeros, teléfono de contacto, organización general, datos del cupo, etc.) para que se pueda ubicar adecuadamente. Por otro lado debemos presentarle a los pacientes, que habitualmente aceptan de buen grado nuestra función docente⁹.

El principal obstáculo que se suele encontrar es una excesiva presión asistencial que deja poco tiempo para la labor docente. Además es inevitable que, sobre todo al principio, la consulta vaya más lenta. Para intentar adaptarnos a esta situación habrá que procurar adaptar la agenda, por ejemplo introduciendo colchones o espaciando las consultas si fuera necesario y factible o escoger los momentos y pacientes adecuados que el residente vaya a ver solo. De todas formas, la gestión eficiente del tiempo es una de las cosas que el residente va a tener que aprender en su rotación porque le será necesario aplicarla en su práctica futura.

El procurar disponer todos los días de un tiempo para la docencia es un aspecto fundamental, sin olvidar el ingente aprendizaje experiencial que se genera en cada consulta (cuantos más pacientes atiende, más oportunidades tendrá de aprender). Dadas las habituales premuras de tiempo, los comentarios entre paciente y paciente deberán ser puntuales y dirigidos a los

aspectos fundamentales, aplazando las explicaciones más detalladas. Al final de la consulta se pueden abordar temas concretos siendo conveniente hacer un listado inicial de los mismos con una planificación que permita al paciente prepararlos con antelación, pudiendo incorporarse otros distintos según las necesidades del residente y las oportunidades formativas que vayan surgiendo. Sería muy interesante que el residente o nosotros mismos fuéramos anotando sobre la marcha las dudas que se vayan planteando y los aspectos sobre los que se necesite más formación¹⁰⁻¹².

Finalmente hay que considerar los efectos que la presencia del residente ejercerá sobre el tutor y sobre el cupo. El tutor puede sentirse en cierta manera observado y evaluado, pero en general proporciona un estímulo positivo de mejora y redundante en una mejoría de la calidad asistencial.

ANEXO I

PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS 2006. ANEXO: GUÍA ORIENTATIVA DE CONOCIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN FORMATIVO APLICABLE A LAS ROTACIONES DE RESIDENTES DE PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS POR CENTROS DE SALUD ACREDITADOS A TAL FIN

1) **Patología pediátrica prevalente en Atención Primaria: de neonato, lactante, niño y adolescente.** Se incluye la correspondiente a los 22 epígrafes del apartado "Área Clínica. Objetivos docentes" del Programa Oficial desarrollables en el ámbito de Atención Primaria, considerando grupos de edad y patología por órganos, sistemas y aparatos. Manejo extrahospitalario del niño con enfermedades crónicas y con minusvalía física o psíquica. Atención integral del antiguo prematuro.

2) **Crecimiento, maduración y desarrollo** en las distintas etapas de la edad pediátrica, en estado de normalidad o en situación de enfermedad. Crecimiento y desa-

rollo somático del niño y del adolescente normal. Desarrollo motor. Desarrollo psicológico.

3) Características fisiológicas y patológicas de la alimentación y nutrición en las diferentes etapas de la edad pediátrica y valoración del estado de nutrición. Alimentación durante el primer año de vida, con especial énfasis en la lactancia materna. Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. Patología de la nutrición: malnutrición y obesidad.

4) Psicología fundamental: desarrollo psicológico del lactante y del niño. Psicología del adolescente. Relaciones del pediatra con el niño, adolescente y padres. Problemas psicológicos más frecuentes del niño y adolescente: diagnóstico y tratamiento. Problemática psicológica del niño enfermo crónico y del niño minusválido, y de su familia.

5) Adolescencia: características biológicas, psicobiológicas y sociales del adolescente. Accidentes. Neoplasias. Problemas psicosociales: depresión, suicidio, consumo de sustancias tóxicas, anorexia nerviosa, bulimia y otros. Problemas del adolescente relacionados con la sexualidad: enfermedades de transmisión sexual, embarazo, anticoncepción. Patología dermatológica prevalente. Problemas ortopédicos. Promoción de la salud. El adolescente crónicamente enfermo.

6) Patología más representativa relacionada con la población inmigrante. Anemias hemolíticas; infecciones producidas por bacterias, protozoos (paludismo), helmintos, virus y artrópodos. Problemas relacionados con tuberculosis, hepatitis B e infección VIH. Patología nutricional. Problemas de adaptación psicosocial. Patología relacionada con otras culturas.

7) Pediatría preventiva. Alimentación y nutrición. Lactancia materna. Lactancia artificial. Lactancia complementaria. Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. Prácticas nutricionales no convencionales. Exámenes de salud del recién nacido, lactante, escolar y adolescente normales. Exploración y control del niño y adolescente deportista. Higiene mental del niño y del adolescente. Identificación de los factores de riesgo, físicos, psíquicos y sociales.

8) Supervisión de la salud infantojuvenil. Prevención de la enfermedad: inmunizaciones; educación para la salud; detección precoz sistemática. Identificación de los retrasos de desarrollo. Detección (cribado) de enfermedades genéticas y metabólicas; cardiovascular (cardiología preventiva); de la anemia; del uso de drogas. Evaluación del lenguaje y habla. Cribado de audición, de visión. Cribado psicosocial. Prevención de la caries dental. Prevención de accidentes y traumatismos. Prevención de la violencia. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Ecopatología pediátrica (estilo de vida, hábitat, medio ambiente, medios de comunicación, ciberpatología).

9) Pediatría social. Indicadores de salud. Pediatría del desarrollo. Programas de salud madre-hijo. Programas de salud para niños de 0 a 6 años. Programas de salud para el niño escolar. Programas de salud para el adolescente. Cuidados y atenciones al niño y al adolescente enfermo, minusválido y portador de enfermedades crónicas. Maltrato. Violencia. Abandono. Adopción. Guardia y custodia. Problemas de los niños y adolescentes con marginación social. Programas de prevención de accidentes e intoxicaciones.

Bibliografía

1. Epstein R, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:225-35.
2. Garfunkel LC, Sidelinger E, Rezet B, Blaschke GS, Risko W. Achieving consensus on competency in community pediatricians. *Pediatrics*. 2005;115:1167-71.
3. Ruiz JM. Teoría del currículum: diseño y desarrollo curricular. Madrid: Universitas; 1996.
4. Blanco JE, Bras J, Domínguez B, Fernández-Cuesta MA, García JM, Gutiérrez Sigler MD, y cols. Propuesta del grupo de docencia de la AEPap. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:S129-34.
5. Fernández C, Gosalbes V, Gutiérrez Sigler MD. Plan persona-

- lizado de formación de tutores en la Unidad Docente de Valencia. *Tribuna Docente*. 2003;4:55-64.
6. Bmjlearning. My needs assesment. [Fecha de consulta 04/06/2006]. Disponible en: www.bmjlearning.com/planrecord/assessment/assessmentHome.jsp
 7. Saura-Llamas J. Clasificación de técnicas docentes para ayudar al tutor a formar residentes. Documento interno.
 8. Pelayo Álvarez M, Gutiérrez Sigler MD, Albert Ros X. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. *Aten Primaria*. 1998;21:145-54.
 9. Pelayo Álvarez M, Albert Ros X, Gil Latorre F, Gutiérrez Sigler L. Feasibility analysis of a personalized training plan for learning research methodology. *Med Educ*. 2000;34:139-45.
 10. Boscá Berga J, Moreno Moreno S, Hueso Pinazo R, Hernández Roqueme HR, Orozco Cañas V, Castro Elena JM, y cols. ¿Se debe formar el residente de Pediatría en Atención Primaria? ¿Por qué? Encuesta a pediatras residentes en Valencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:223-33.
 11. Saura-Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria*. 2005;35:92-8.
 12. Curso SEMFYC Aprender a ser tutor. [Fecha de consulta 04/06/2006]. Disponible en www.semfyc.es/es/actividades/cursos/curso_tutor/index.html