



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo
Especialización en Docencia Universitaria

Universidad Nacional de Misiones
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Proyecto de Intervención
Trabajo Integrador Final de Especialización en
Docencia Universitaria

**“EL TALLER PSICOEDUCATIVO COMO ESTRATEGIA
DIDÁCTICA PARA FORTALECER LAS HABILIDADES
COMUNICACIONALES EN LOS MÉDICOS RESIDENTES
DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN
MADARIAGA”**

Tutora: Lic. Esp. Clelia Sassatelli

Alumna: Betina Soledad Graef

Año:2020



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo
Especialización en Docencia Universitaria

AGRADECIMIENTOS:

- ✓ *A mi tutora de TIF: Clelia Sassatelli que con sus sabias palabras “coraje y determinación” supo guiarme y alentarme en todo el proceso, recordándome el valor del estudio y la formación constante, su labor como tutora es grandioso y logró que no baje los brazos ante los obstáculos que aparecen, sin su apoyo no lo hubiese logrado.*
- ✓ *A María Victoria Tarelli que con rapidez y claridad supo guiarme en el arduo trabajo de corrección de citas y bibliografía.*
- ✓ *A todo el equipo de profesionales que trabajan en la formación de especialistas en docencia universitaria, por compartir su sapiencia y experiencia.*
- ✓ *A mi familia: a mi esposo Carlos y a mis hijos Isabella y Vicente por su amor incondicional.*



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo
Especialización en Docencia Universitaria

INDICE:

RESUMEN:	4
RESUMO:	5
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN:	7
OBJETIVOS GENERALES:	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14
PROPUESTA DE ACCION:	15
JUSTIFICACION:	19
COMPONENTES DEL TALLER:	38
ACTIVIDADES:	56
EVALUACION:	64
BIBLIOGRAFÍA:	66



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

RESUMEN:

El presente proyecto de intervención consiste en la implementación del taller como estrategia didáctica para fortalecer las habilidades comunicacionales y mejorar la relación médico-paciente, destinado a los residentes del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, de Posadas, Misiones.

Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y, por lo tanto, la comunicación es una de las competencias básicas en la formación médica, por esta razón se considera sumamente necesario incluir talleres psicoeducativos en la etapa de residencia para fortalecer estas habilidades que no fueron adquiridas en el trayecto de su carrera.

Mediante la implementación del taller como estrategia didáctica se trabajarán las habilidades comunicacionales básicas que permiten crear una efectiva comunicación médico paciente, buscando la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación entre ambos, el énfasis está puesto en la interacción, en la colaboración y relación con el paciente y su familia. Con el uso efectivo de habilidades comunicacionales implementadas por los médicos en el ámbito clínico se pretende lograr un beneficio tanto para el profesional de la salud como para el paciente que consulta, aumentando el nivel de satisfacción en ambos.

La propuesta se funda en que se ha detectado la dificultad que tienen los médicos en su etapa de residencia principalmente para lograr una comunicación eficaz con el paciente, en articular la teoría, la práctica y la transmisión de sus conocimientos a los que más lo necesitan, se observa la falta de empatía y una situación asimétrica que aumenta la brecha entre médico-paciente, obstaculizando el proceso de salud-enfermedad. Como consecuencia de una mala relación entre el médico y el paciente se advierten mayores



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

tasas de no adherencia al tratamiento médico, automedicación y asistencia tardía a los centros de salud y como consecuencia hay un aumento en la morbilidad, resistencia medicamentosa, seguimientos incorrectos de las enfermedades y altos costos de los tratamientos.

Esta falencia en la comunicación genera mayor malestar en los pacientes y su familia, los vuelve más vulnerables y demandantes ocasionando en el personal de la salud un nivel de estrés elevado, irritabilidad, e insatisfacción laboral. De esta manera se intenta promover el vínculo y la colaboración entre el médico y el paciente, cuidando al profesional de la salud para que pueda realizar su tarea sin perjudicar su integridad física y emocional, y que sientan que cuentan con el apoyo y contención de la institución donde se desempeñan laboralmente.

Lo que se pretende con este proyecto es alcanzar un aprendizaje significativo lo concerniente a la comunicación en medicina, para mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico.

RESUMO:

O presente projeto de intervenção consiste na implementação do workshop como estratégia de ensino para fortalecer as competências de comunicação e melhorar a relação médico-doente, dirigida aos moradores da Escola Hospitalar Aguda Dr. Ramón Madariaga, Inns, Missões.

Competências de comunicação eficazes fazem parte do trabalho de um bom médico e, por isso, a comunicação é uma das competências básicas na formação médica, por isso é considerado extremamente necessário incluir workshops psicoeducativos na fase de para fortalecer estas competências que não foram adquiridas no decurso da sua carreira. Implementando o workshop como estratégia de ensino, serão trabalhadas as competências básicas de comunicação que permitam criar uma comunicação médica eficaz do doente, procurando eficiência em termos de adesão ao tratamento, e construindo um apoio para o



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

paciente. A comunicação eficaz promove a colaboração entre o médico e o paciente, onde o foco da entrevista não está no médico ou no paciente, mas na relação entre os dois, a ênfase está na interação, colaboração e relação com o paciente e sua família. Com o uso eficaz das competências de comunicação implementadas pelos médicos na área clínica pretende-se obter um benefício tanto para o profissional de saúde como para o doente que consulta, aumentando o nível de satisfação em ambos.

A proposta baseia-se na detecção da dificuldade que os médicos têm em sua fase de residência principalmente na obtenção de uma comunicação efetiva com o paciente, articulando a teoria, a prática e a transmissão de seus conhecimentos para aqueles que mais precisam, vemos a falta de empatia e uma situação assimétrica que aumenta a distância entre médico-paciente, dificultando o processo saúde-doença.

Como resultado de uma relação ruim entre o médico e o paciente, são observadas taxas mais elevadas de não adesão ao tratamento médico, automedicação e atendimento tardio aos centros de saúde e, como resultado, há um aumento da morbidade, resistência acompanhamentos da doença e altos custos de tratamento. Essa falta de comunicação gera maior desconforto nos pacientes e seus familiares, torna-os mais vulneráveis e exigentes, causando alto nível de estresse, irritabilidade e insatisfação no trabalho na equipe de saúde. Trata-se de uma tentativa de promover o vínculo e a colaboração entre o médico e o paciente, cuidando do profissional de saúde para que ele possa realizar sua tarefa sem prejudicar sua integridade física e emocional, e que eles sentem que têm o apoio e contenção do onde eles trabalham.

O objetivo deste projeto é alcançar um aprendizado significativo em relação à comunicação na medicina, melhorar os resultados em termos de satisfação do paciente e do médico.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN:

Para empezar a pensar la temática planteada vamos a contextualizar el lugar donde ocurre, los actores involucrados y el problema que dispara dicho proyecto de intervención.

El Parque Salud de la Provincia de Misiones "Dr. Ramón Madariaga" fue creado a través de la Ley XVII N°70, aprobada por la mayoría del cuerpo legislativo de la Cámara de Representantes de Misiones. Es una institución médica de alta complejidad debido a la modernización e incorporación de nuevos servicios y tecnología de avanzada, convirtiéndose en el Centro de Atención de mayor complejidad de la región.

El Hospital Escuela fue diseñado por arquitectos misioneros, con inversión de rentas provinciales y construido por empresas locales, el diseño del moderno Hospital ha girado sobre un eje sujeto - objeto que se centra en el usuario. Es un edificio de tres alas unidas por un cilindro central donde confluyen las mismas, este tipo de diseño facilita una mayor fluidez en el acceso a cada uno de los sectores.

Su objetivo principal se basa en que la salud de la población es un bien social de interés público y el Estado Provincial garantiza el acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida a todos los habitantes de la Provincia de Misiones. Tiene como visión brindar atención de la salud y la enfermedad a la población, con compromiso profesional hacia el paciente, orientada a la mayor calidad en los resultados. Gracias a ello, hoy los misioneros pueden realizarse estudios y procedimientos complejos sin necesidad de trasladarse a otras provincias o clínicas privadas.

Sus valores principales son el compromiso con el paciente y su familia, y el respeto por sus costumbres, creencias y su intimidad, trabaja día a día por el fortalecimiento de la relación médico-paciente-familia.

Para lograr dichos objetivos y sostener los valores planteados anteriormente, es necesario que el hospital cuente con profesionales de la salud idóneos en su especialidad, con la



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

capacidad de solucionar problemas y brindar una atención de alta calidad, que respete al sujeto que consulta como un ser integral y complejo, donde los conocimientos científicos son solo un eslabón de la cadena, que debe completarse con la calidad humana y una buena relación médico-paciente-familia.

El Departamento de Docencia, Recursos Humanos e Investigación del Hospital Escuela de Agudos “Dr. Ramón Madariaga” está a cargo del Programa de Residencia y Pre-Residencias que se llevan a cabo en dicho Centro Asistencial, solicitando jóvenes profesionales para cubrir las siguientes especialidades: Anestesia, Cirugía General, Clínica Médica, Diagnóstico por Imágenes, Ortopedia y Traumatología, Toco ginecología, Cardiología, Hematología, Hemoterapia y Oncología.

A través del Departamento de Docencia del Hospital Escuela se gestionará el presente plan de intervención para mejorar la comunicación y relación entre los jóvenes profesionales de la salud y los pacientes, mediante la implementación de talleres psicoeducativos que favorezcan dicha habilidad, brindando herramientas para que los médicos puedan identificar los problemas de sus pacientes con mayor precisión, logrando eficiencia en la entrevista, un mejor diagnóstico y tratamiento.

El problema se manifiesta desde diferentes perspectivas; surge en primera instancia a través de las interconsultas e inquietudes expresadas por los médicos residentes, donde los mismos declaran la dificultad en la comunicación con sus pacientes y por otro lado las quejas de los pacientes que reclaman ser escuchados y comprendidos. Y finalmente reflexionando sobre la comunicación médico paciente, sus falencias y repercusiones en la salud del enfermo y del profesional.

Como profesional de la salud mental de dicha institución, Licenciada en Psicología, pude observar la interacción diaria entre los médicos residentes y los pacientes, ya sea en los consultorios externos, en la internación y en el servicio de Emergencias, sobre todo



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

obteniendo mucha información relevante sobre las falencias en la comunicación a través de las interconsultas que realizaban los médicos residentes cotidianamente.

El primer dato significativo es que la mayoría de las interconsultas hacían referencia a síntomas de angustia y ansiedad, oposicionismo, poca colaboración, falta de adherencia al tratamiento, no aceptación del diagnóstico por parte de los pacientes, siendo estas consecuencias directas de la falta de información e incertidumbre respecto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento a seguir, dejando entrever un problema de comunicación que afectaba directamente la relación médico- paciente, y no un problema psicopatológico del paciente.

Esta problemática aparecía en el colectivo de los residentes, vinculado a su formación carente de habilidades de la comunicación en medicina y la transmisión de malas noticias, por tal motivo se estableció un diálogo con ellos respecto a dicha temática y podía percibirse el malestar que generaba no contar con las herramientas necesarias para la comunicación en el trato con los pacientes y familiares, esto es vivenciado por los profesionales de la salud como una inevitable fuente de estrés.

Esta carencia o debilidad manifestada por los médicos residentes de diferentes especialidades, respecto de la falta de competencias comunicacionales, hace pensar todo el quehacer docente, ya que es una habilidad que fundamenta todo el proceso educativo de los estudiantes.

Por lo antes expuesto, este trabajo de intervención se basa en la búsqueda de soluciones al problema de la falencia en la comunicación médico-paciente, con el objetivo de proponer una estrategia de aprendizaje, en este caso el taller, que sea coherente con la realidad del estudiante, de la institución y de la persona que consulta. Por este motivo se plantea el problema con estas palabras: “El taller psicoeducativo como estrategia



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

didáctica para fortalecer las habilidades comunicacionales en los médicos residentes del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga”.

A través de la implementación del taller se pretende que los jóvenes profesionales favorezcan el intercambio de ideas, el entendimiento mutuo, esto le permitirá reducir el grado de incertidumbre del paciente frente a su enfermedad, mejorando la adherencia al tratamiento y a reforzando la relación entre ambos protagonistas. El médico debe aprender a escuchar a sus pacientes, asegurando una interacción y no mera transmisión de la información, y así podrá garantizar una mejor calidad en la atención centrada en las necesidades de cada paciente. Para lograr dicho fin, los residentes deben aprender a comunicarse de manera efectiva y establecer alianzas con sus pacientes y esperar de ellos la misma participación.

Para su ejecución, una cuestión a tener en cuenta en la mente de los médicos es el factor del tiempo, ya que indudablemente atraviesa su praxis, por tal motivo es relevante destacar que las habilidades comunicacionales complementan y enriquecen aquello que ya se está haciendo en la entrevista tradicional, una vez que haya dominio sobre las destrezas comunicacionales los tiempos de consulta suelen disminuir y ser más efectivos. Al mismo tiempo, los pacientes se benefician de médicos con buena comunicación interpersonal pues logran una mejor comprensión de la información médica, están más satisfechos con la atención, se adaptan mejor psicológicamente, logran mejor adherencia al tratamiento y confían más en sus médicos.

Asimismo, se favorece el médico quien suma como profesional y persona, pues se estresa menos, maneja mejor las malas noticias y la ansiedad, construye mejores relaciones con sus colegas, se siente más satisfecho con su trabajo, resuelve los problemas de sus pacientes con mayor precisión, y es menos probable que reciba demandas o denuncias formales por mala praxis.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

En la actualidad, con el aumento permanente de la tecnología, la especialización y sistematización del capital humano del área de la salud, desde mediados del siglo pasado hasta hoy, ha disminuido notablemente el contacto directo, la entrevista, la observación y el contacto real con el paciente, con la persona que consulta. La distancia entre profesionales de la salud y paciente es cada vez más abismante, y como consecuencia, el paciente ha percibido una baja en la calidad de la atención que recibe. Esto puede verse reflejado diariamente en las consultas de los pacientes.

Mediante la atención a los pacientes ambulatorios e internados pude notar un reclamo genuino y reiterado respecto a la dificultad que tienen en la comunicación con su médico tratante y demás profesionales que lo asisten; reclaman mayor calidad en la comunicación, ser más escuchados, que se le explique con mayor claridad lo que le está pasando y qué le van hacer, no comprenden el lenguaje técnico de los profesionales; muchas veces no están en conocimiento del diagnóstico y tratamiento a seguir, o no lo comprenden, se sienten incómodos e incomprendidos, con vergüenza a la pregunta, y a reclamar información necesaria y útil para calmar la ansiedad que le genera esta situación de incertidumbre e inexperiencia.

Lo expresan claramente: *“siento vergüenza, miedo, enojo, impotencia por no saber, por no entender, porque no me explican lo que me pasa, el médico viene y se va, siempre apurado, viene uno y después otro y otro, no logro identificar al que me está tratando, por lo tanto, menos me animo a preguntar, siento que no me mira ni me escucha, es difícil entendernos así”*

En cada interconsulta que realicé pude notar la falencia en la comunicación, y que gran parte de las consultas son producto de la carencia en habilidades comunicacionales que tienen los médicos, sobre todo los que recién se están formando; ante esta falta de competencia llaman a profesionales de la salud mental para que sean el nexo con el paciente, evitando el problema y delegando a terceros algo que les compete a ellos. Aparece también la asimetría entre médico-paciente se hace más notoria y difícil de tratar, aparece una brecha que separa, distancia y dificulta la adherencia al tratamiento,



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

indispensable en todo proceso de recuperación de la salud. En las salas y en las consultas se ven pacientes angustiados, con gran monto de angustia reactiva a la mala comunicación que se establece durante su proceso de atención, es evidente la falta de empatía en los profesionales de la salud, ya que esta reduce la ansiedad en los pacientes, el estrés y beneficia el apego al tratamiento.

Emergen en pacientes y familiares reclamos reiterados que expresan su malestar respecto a la relación con sus médicos; los más escuchados son:

- ✓ Desinterés por el bienestar del paciente
- ✓ Da poca información sobre la enfermedad y el tratamiento, la pregunta molesta.
- ✓ Abuso de lenguaje técnico, difícil comprensión.
- ✓ Rapidez en brindar la atención, tiempo corto de la consulta
- ✓ Falta de tiempo, el médico siempre impresiona estar apurado.
- ✓ Falta de interés respecto a lo que el paciente quiere contar.
- ✓ Largos periodos de espera.
- ✓ Falta de vocación de servicio, desmotivado por su trabajo, mal humor.
- ✓ Falta de privacidad, interrupción constante durante la consulta.
- ✓ Distracciones como el uso de la computadora o el celular por parte del médico.

Los médicos manifiestan que algunos de los factores que obstaculizan una buena comunicación son:

- ✓ Carencia en habilidades comunicacionales
- ✓ Falta de competencias humanas como la empatía
- ✓ Sobrecarga de trabajo lo que ocasiona una atención defectuosa, falta de tiempo.
- ✓ Falta de infraestructura
- ✓ Turnos superpuestos, un sistema de salud saturado
- ✓ Demanda de soluciones inmediatas
- ✓ Expectativas poco realistas de los pacientes



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo
Especialización en Docencia Universitaria

- ✓ Ansiedad y miedos del paciente
- ✓ Temor a las demandas
- ✓ Resistencia del paciente al cambio
- ✓ Falla en la comunicación entre colegas
- ✓ Dificultades en el trabajo en Equipo
- ✓ Falta de concentración, multitareas
- ✓ Uso excesivo de la tecnología



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

En función de lo antes expuesto, elaboramos esta propuesta de Intervención con los siguientes:

OBJETIVOS GENERALES:

Fortalecer las habilidades comunicacionales mediante la implementación de talleres psicoeducativos para favorecer la relación médico-paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Promover el vínculo y la colaboración entre el médico y el paciente

Identificar las barreras que limitan una comunicación efectiva

Generar un espacio de aprendizaje a través del desarrollo de competencias en comunicación asertiva.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

PROPUESTA DE ACCION:

El taller ofrece posibilidades didácticas poco aprovechadas en el ámbito de la salud, por lo tanto, se plantea el “taller psicoeducativo” como una innovación pedagógica en la etapa de residencia de los jóvenes médicos, funcionando así, como una zona de desarrollo próximo basados en la visión constructivista de Vygotsky, proporcionando inicialmente andamiaje a los residentes, entrenándolos paso a paso en el proceso de adquisición de habilidades comunicacionales, habilidades que le permitirán ir avanzando en su camino de aprendizaje continuo y autónomo.

Es decir, el taller como andamiaje, es el apoyo en los procesos de aprendizaje y es una herramienta muy útil para fomentar el empoderamiento de los jóvenes residentes.

En los planes de estudio actuales, vemos que la formación universitaria clásica de los médicos no contempla la temática de la comunicación, es una tarea pendiente, por ello se plantea el taller en la etapa de residencia, para contrarrestar dicha falencia, y dotar a los médicos residentes de habilidades comunicacionales e interpersonales indefectibles para su desempeño laboral.

Se ha detectado que los jóvenes residentes del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, no se sienten seguros sobre sus habilidades comunicativas e interpersonales, lo que disminuye la satisfacción del paciente y esto se ve reflejado en malos resultados en las prácticas e interacción diaria con el paciente y su familia, haciéndose notable la falta de formación en atención integral de la persona. Estos manifiestan: “consideramos que estamos muy bien formados a nivel técnico e intelectual, pero carecemos de capacidades esenciales para el ejercicio de la profesión como son la comunicación, la empatía y la resolución de problemas”.

Se presentan situaciones especiales en el ámbito hospitalario, donde tener buenas habilidades comunicativas resulta imprescindible, como a la hora de dar malas noticias,



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

el fin de la vida, diagnósticos de patologías graves y crónicas, amputaciones, dolor crónico y pacientes geriátricos.

Es por ello, que, mediante la implementación del taller como estrategia didáctica, estamos optando por un modelo práctico vinculado a las Ciencia de la Salud, ya que las estrategias interactivas que se formulan están muy relacionadas al quehacer de un buen profesional médico, a la adquisición de actitudes y valores ligadas al desempeño del ejercicio profesional autónomo, y en este sentido los métodos experienciales resultan más eficaces para entrenar en competencias de habilidades y destrezas de comunicación e interpersonales, como ser juego de roles, dramatizaciones, simulaciones, estudio de casos, debate, atención plena, relajación y reflexión.

Por lo antes expuesto, la finalidad del Taller Psicoeducativo es generar en los médicos residentes actitudes y valores que le permitan mejorar la relación médico paciente, mediante el aprendizaje centrado en el desarrollo de competencias comunicacionales e interpersonales, e integrando los conocimientos y las destrezas adquiridas durante su formación universitaria.

Se entiende el Taller como un lugar de trabajo colectivo, donde el docente es un coordinador de las actividades que se generan, evaluador de las actitudes y prácticas que el alumno va adquiriendo a lo largo del dictado del curso y un consultor frente a las dificultades que se presentan en la resolución de los problemas tanto teóricos como prácticos y que el estudiante debe resolver.

El taller está basado en una modalidad de interacción e intercambio grupal y en la importancia del grupo como facilitador de aprendizaje. En el taller se realizarán actividades de intercambio que lleven a los participantes a involucrarse unos con otros, generando un espacio propicio para el pensamiento crítico y reflexivo. Hay que abrir el campo de la motivación como primer paso de la enseñanza, integrando lo espontáneo y creativo en el proceso de aprendizaje.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

Durante todo el desarrollo del taller, a través de las actividades, se trabajarán las habilidades fundamentales que deben adquirir los residentes de medicina, para el cumplimiento de las funciones de la comunicación para una adecuada relación médico paciente. Este plan de acción mediante la implementación del taller como estrategia didáctica, basado en lo instructivo y educativo, propone un sistema de habilidades necesarias para una comunicación efectiva, lo cual organiza la secuencia y acciones que los residentes deben sistematizar para lograr una comunicación eficaz y fortalecer así la relación médico paciente.

HABILIDADES COMUNICACIONALES A TRABAJAR:

1. Transmitir información adecuada: mediante la utilización de lenguaje claro, sencillo, específico y coherente, no abusar del lenguaje técnico.
2. Obtener información adecuadamente: Preguntar adecuadamente, uso de preguntas abiertas, retroalimentar y saber utilizar los silencios.
3. Saber escuchar: tener una posición corporal apropiada y una un nivel de atención adecuado: escucha atenta.
4. Saber observar: es muy importante tener en cuenta la información extraverbal, como la motricidad del cuerpo, uso del espacio y el tiempo, gestos, miradas.
5. Parafrasear: repetir con mis propias palabras lo escuchado y verbalizar, propicia la escucha activa favoreciendo la comunicación empática.
6. Reflejar: el reflejo de emociones es una de las técnicas mas importantes de comunicación, primero hay que identificar la emoción y después encontrar la palabra que mejor la expresa.
7. Saber orientar: saber guiar al paciente, indicar la conducta a seguir.
8. Saber estimular: Animar al paciente, motivar para conversar sobre su problema de salud, seguir sus orientaciones, asumir una posición activa.
9. Saber controlar: Comprobar el cumplimiento de las indicaciones médicas, controlar su evolución y adherencia al tratamiento prescripto.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

10. Revisar nivel de satisfacción del paciente: respecto a la atención médica recibida.
11. Desarrollar una relación empática: Ser comprensivo, ser seguro, no prejuiciar, ser tolerante y atento. Mostrar interés por los problemas del paciente, ya sean personales, familiares, sociales. Respetar el pudor y la dignidad del paciente, tener en cuenta la privacidad, pedir permiso y satisfacer necesidades de información.

HABILIDADES INTERPERSONALES en pro de la relación médico-paciente

- ✓ Saludar al paciente por su nombre
- ✓ Extender la mano al paciente
- ✓ Presentarse y dar a conocer su cargo
- ✓ Sentarse frente al paciente, mirarlos a los ojos
- ✓ Vocabulario sencillo y respetuoso
- ✓ Ser empático
- ✓ Ser veraz, educador y alentador
- ✓ Dar sensación de seguridad, brindar confianza como persona y profesional
- ✓ Calmar la ansiedad del paciente
- ✓ Disponibilidad de escucha, responder dudas
- ✓ Dejar que el paciente exponga sus molestias sin interrupciones
- ✓ Hacer al paciente partícipe de las decisiones terapéuticas
- ✓ Vocación de servicio
- ✓ Tener conocimientos y estar actualizado
- ✓ Individualizar la atención médica, cada caso es particular y único.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

JUSTIFICACION:

El propósito del presente trabajo de intervención, es el fortalecimiento de habilidades comunicacionales e interpersonales en los médicos residentes del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, mediante la implementación del taller psicoeducativo como estrategia didáctica, con el objetivo de mejorar la relación médico-paciente.

Asimismo, lo que se pretende con este proyecto es alcanzar un aprendizaje significativo en cuanto a la comunicación en medicina, para mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico.

Para ello, se precisan abordar los referentes teóricos que sustentan dicho trabajo, lo cual se presentan a continuación.

EL TALLER:

La palabra “taller” proviene del francés “atelier” y significa estudio, obrador, obraje, oficina. El taller es un ámbito de reflexión y de acción en el que se pretenden superar la separación que existe entre la teoría y la práctica, entre el conocimiento y el trabajo y entre la educación y la vida, que se da en todos los niveles de la educación desde la enseñanza primaria hasta la universitaria. (RAE, 2011).

Ander Egg (1999) define al taller como un sistema de enseñanza-aprendizaje, desde un punto de vista pedagógico, considerando que el taller designa un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Además, este autor, remarca la importancia de la capacidad de diálogo, considerando al mismo un elemento sustancial de la pedagogía del taller, de manera participativa y comunitaria entre iguales. Esto también incluye la escucha activa, con interés y empatía.

El taller psicoeducativo como estrategia didáctica implica una forma de enseñar y de aprender en grupo, en un hacer productivo, estableciendo la importancia de la experiencia en el aprendizaje, donde los protagonistas son todos los involucrados en conjunto. Se considera al taller como un grupo social organizado y superador de jerarquías, que a través



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

del uso adecuado de técnicas alcanza su mayor productividad. Por lo tanto, la utilización de técnicas grupales permitiría desarrollar las potencialidades del trabajo grupal. (Ander-Egg, 1999).

Una de las metodologías didácticas más apropiada para conseguir estos resultados es el taller llamado también una de las metodologías activas, la cual se encuentra centrada en el que aprende. A través del empleo del taller se busca el desarrollo de competencias y habilidades transferibles como estrategia básica para propiciar la meta de aprender a aprender y que el alumno siga aprendiendo después de éste.

Es preciso aclarar que por “estrategia de enseñanza o estrategia didáctica entendemos los procedimientos que el profesor o agente de enseñanza utiliza de manera flexible, adaptativa, autorregulada y reflexiva para promover el logro de aprendizajes significativo en los alumnos.” (Díaz Barriga y Hernández, 2002: p. 111).

“Los métodos o estrategias de enseñanza pautan una determinada manera de proceder en el aula, organizan y orientan las preguntas, los ejercicios, las explicaciones y la gestión del aula. Los métodos expositivos centrados en el profesorado pueden optimizarse si se fomenta la participación. Los métodos interactivos, en los que el alumnado es el centro de la actividad (casos, resolución de problemas, simulaciones, investigaciones o proyectos) basan el aprendizaje en la interacción y la cooperación entre iguales”. (Quinquer, Dolors, 1997: p 7).

El presente proyecto de intervención se basa en métodos interactivos: ¿para qué sirven?

- ✓ La clave del aprendizaje es el protagonismo del alumnado y la interacción que se produce entre iguales cuando coopera para hacer una tarea en común.
- ✓ La aplicabilidad y significatividad de los contenidos es más evidente porque se presentan de manera contextualizada, con frecuencia se trata de problemas reales o situaciones prácticas que implican el dominio de destrezas similares a las que debe manejar un profesional de cualquier área.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo **Especialización en Docencia Universitaria**

- ✓ Se trabajan habilidades de pensamiento crítico: generar ideas, solucionar problemas, elaborar hipótesis, justificarlas, tomar decisiones.
- ✓ Se desarrollan habilidades interpersonales y de trabajo en equipo, de comunicación.
- ✓ El clima del aula suele ser participativo, dinámico etc.
- ✓ La función principal del profesor es ayudar al alumno en la construcción del conocimiento.

Técnicas grupales:

“La aplicación adecuada de técnicas grupales por parte del docente hace que el grupo se convierta en el espacio propicio para un aprendizaje activo, en el ámbito para que el alumno sea receptor y productor de información, para que confronte su pensamiento y acepte la disidencia (se reflexiona sobre el concepto expresado por el otro, se lo reconoce como distinto, incorporándolo así al esquema referencial individual); es un lugar donde se elaboran y resignifican normas de trabajo y criterios de evaluación. Asimismo, el grupo es para el alumno un ámbito de contención ya que es un lugar de pertenencia y referencia; ello da la posibilidad de reconocerse como diferenciado, a la vez, ligado a otro; le permite vivir la experiencia emocional de identidad, reconocer que también los otros tienen dudas, temores, deseos de logros. En el trabajo grupal se pierde individualismo, no la identidad, y se gana en cooperación”. (Pasel, Susana y Asborno Susana, 1990: p.31)

Según las autoras, las técnicas grupales además permiten que la producción no esté cristalizada en el docente, sino que se dinamice a través de la interacción grupal. El docente asume el rol de coordinador, de observador, para así interpretar la dinámica del grupo, y organizar las actividades e intervenir oportunamente para superar obstáculos. En el aula, cada docente puede ir creando un espacio donde se pueda aprender a pensar, a organizar y experimentar junto a sus alumnos.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

MODALIDADES DE ENSEÑANZA CENTRADAS EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS (director del Estudio Mario de Miguel Díaz, Universidad de Oviedo:2006)

Este planteamiento implica una ruptura o cambio metodológico puesto que supone superar el enfoque lineal tradicional del proceso Enseñanza-Aprendizaje (contenidos -> métodos -> evaluación) y asumir un enfoque innovador en el que todas las decisiones relativas a la metodología de enseñanza deben realizarse a partir de las interrelaciones que, alrededor de las competencias a alcanzar, se establecen en cada contexto institucional entre las modalidades organizativas o escenarios para llevar a cabo los procesos de enseñanza-aprendizaje, los métodos de trabajo a desarrollar en cada uno de estos escenarios, y los procedimientos de evaluación a utilizar para verificar la adquisición de las metas propuestas.

Aproximación al concepto de competencia:

Una competencia es “una característica subyacente en una persona que está causalmente relacionada con el desempeño, referido a un criterio superior o efectivo, en un trabajo o situación” (Spencer y Spencer, 1993: p. 22). En consecuencia, entendemos la competencia como un potencial de conductas adaptadas a una situación. De acuerdo con esta definición, hablamos de característica subyacente porque la competencia es una parte profundamente arraigada en la personalidad del estudiante que puede predecir su comportamiento en una amplia variedad de situaciones académicas o profesionales; destacamos que está causalmente relacionada porque puede explicar o predecir su futuro desempeño profesional; mientras que referido a un criterio significa que la competencia predice la actuación buena o deficiente del estudiante utilizando un estándar de medida específico.

Si entendemos que una competencia es algo que se demuestra en la acción, una potencialidad que se convierte en acto, que no es algo que se infiere sino algo que el estudiante hace y que está centrada en el desempeño profesional más que en lo científico-



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa

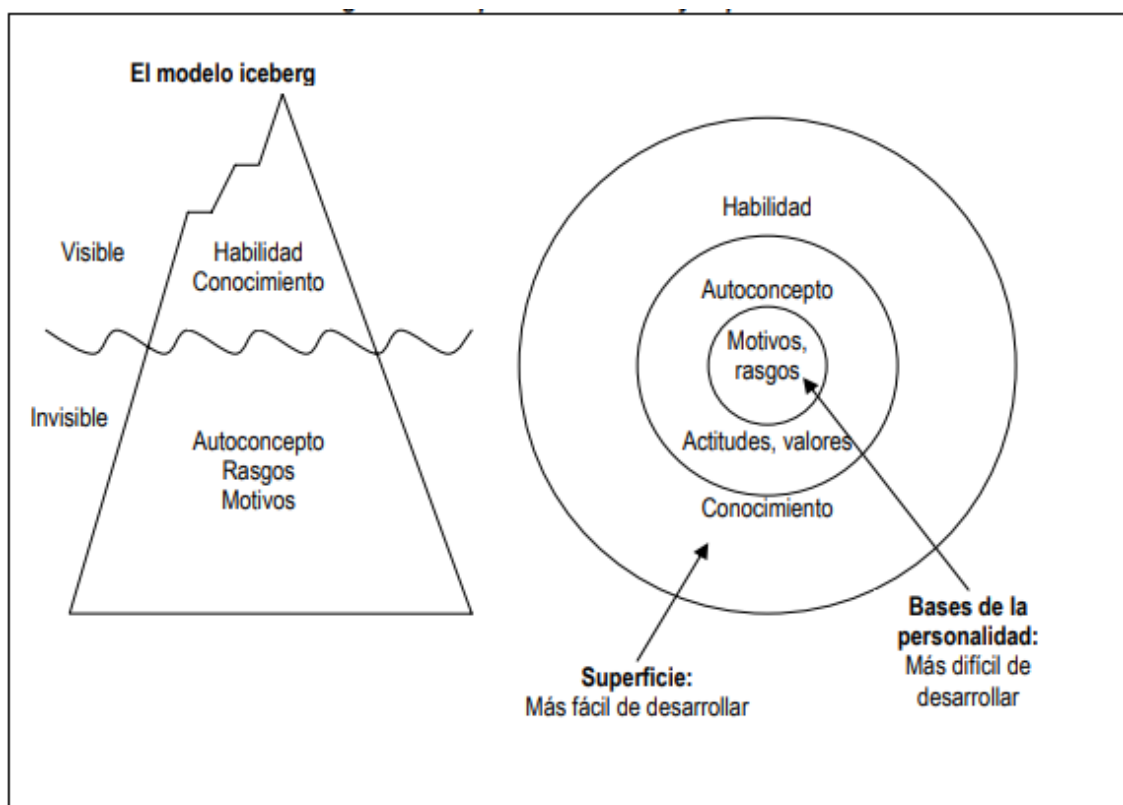


Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

académico, debemos concluir que la planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje debe asumir los principios de una metodología activa y práctica. Una metodología que permita al sujeto enfrentarse a situaciones, reales o simuladas, no sólo para adquirir y desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes sino también para demostrar el nivel de consolidación de las competencias adquiridas en el proceso enseñanza-aprendizaje.

El modelo de competencias puede conceptualizarse como una espiral donde en sus niveles más profundos e invisibles tenemos la personalidad profunda del estudiante que, de manera simplificada, podríamos denominar “rasgos y motivos”. La espiral asciende y se expande hacia un segundo nivel en el cual tenemos los valores y actitudes que están a medio camino entre lo observable directamente y lo profundo de la personalidad. En un tercer nivel, observable directamente, la espiral asciende hasta lo que podríamos denominar habilidades y conocimientos que se demuestran en la acción.





Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Las dos últimas características de la competencia -conocimiento y habilidades son la parte más visible y fácil de identificar en estudiantes mientras que las tres primeras -motivos, rasgos y autoconcepto- representan la parte menos visible, más profunda y central de la personalidad.

LAS COMPETENCIAS (COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES) A TRABAJAR EN EL TALLER SON:

1. COMPONENTES:

Habilidades y destrezas: Entrenamiento en procedimientos metodológicos aplicados relacionados con materias científicas o área profesional (organizar, aplicar, manipular, diseñar, planificar, realizar...)

SUBCOMPONENTES:

- ✓ Comunicación
- ✓ Interpersonales

2. COMPONENTES:

Actitudes y valores: Actitudes y valores necesarios para el ejercicio profesional: responsabilidad, autonomía, iniciativa ante situaciones complejas, coordinación, etc...

SUBCOMPONENTES:

- ✓ De desarrollo profesional
- ✓ De compromiso personal

Con el término método nos referimos a la "forma de proceder que tienen los profesores para desarrollar su actividad docente" (De Miguel Diaz, M. 2006: p. 156). Se verifica la necesidad de realizar una renovación de los métodos en la enseñanza universitaria ya que los que regularmente se utilizan no suelen fomentar la actividad práctica, el trabajo



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

cooperativo entre los alumnos y el estudio personal, factores que se consideran claves para lograr el aprendizaje autónomo del alumno.

A partir de las interrelaciones entre modalidades organizativas, métodos de enseñanza y sistemas de evaluación alrededor de las competencias, adherimos al Modelo centrado sobre la Práctica: en este modelo se combinan tres características: a) asume como finalidad el desarrollo de competencias vinculadas al mundo profesional; b) conlleva una mayor utilización de modalidades organizativas donde es posible el trabajo práctico como los seminarios y talleres, clases prácticas y trabajo en grupo en las que es posible aplicar el estudio de casos, simulaciones, etc.; y c) requiere el uso de sistemas de evaluación acordes con su orientación como los informes y memorias de prácticas, portafolios, escalas, etc.

Continuando con la formación en competencias tomamos como referencia a (Pozo, J. I. y Pérez Echeverría, M. P. 1989) quienes proponen una aproximación a la temática de las nuevas tendencias de cambio: “la necesidad de promover nuevas formas de enseñar y aprender en las universidades” (p.10).

En consideración, es relevante que el diseño de los planes de estudio y las programaciones docentes se lleven a cabo teniendo como eje de referencia el propio aprendizaje de los alumnos, siendo el propósito de la enseñanza hacer competentes a los estudiantes en el uso de ciertas habilidades consideradas básicas y estratégicas en su formación profesional. Al ritmo del cambio tecnológico y científico en que vivimos, nadie puede prever que conocimientos específicos tendrán que saber nuestros estudiantes dentro de diez o quince años para poder afrontar las demandas que el ejercicio de su profesión les reclame.

¿Y cuáles son esas demandas? ¿Salen adecuadamente formados nuestros alumnos para responder a ellas?



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Según estos autores los titulados universitarios no salen mal formados teóricamente, pero sus capacidades para usar ese conocimiento, para ponerlo en práctica en contextos más abiertos, son limitadas.

En los contextos de uso del conocimiento académico, cada vez es más cierto que vivimos en la edad de la incertidumbre (Morin, 1999), en la que más que aprender verdades establecidas e indiscutidas, hay que aprender a vivir con la diversidad de perspectivas, con la pluralidad de las teorías, con la existencia de interpretaciones múltiples de toda información para, a partir de ellas construir el propio juicio o punto de vista. Como dice Morin “conocer y pensar no es llegar a la verdad absolutamente cierta, sino que es dialogar con la incertidumbre” (p.76).

La comunicación humana es de tal complejidad que más allá de lo que es observable, las habilidades de comunicación, también intervienen los aspectos contextuales, la globalidad y la multidimensionalidad (biopsicosocial), en la línea propuesta por Edgard Morin para que un conocimiento sea pertinente. Aplicado al ámbito de la salud, se debería cuestionar si la comunicación es más que una habilidad, teniendo que contemplar, además, las actitudes y la capacidad de autorreflexión.

Quizás este tipo de paradigmas ofrecen una plataforma epistemológica más idónea para aproximarse a la complejidad de la comunicación humana. El paradigma interpretativo concibe una realidad múltiple, la peculiaridad de cada caso, la contextualización de los fenómenos, la subjetividad, el análisis de situaciones particulares y la realidad en su totalidad y complejidad.

En el contexto de la cultura actual, en una sociedad del conocimiento incierto, flexible y relativo, las universidades ya no pueden brindar todos los conocimientos para el ejercicio de una profesión, lo que si deberían es formar aprendices más flexibles eficaces y autónomos, la sociedad demanda cada vez más profesionales capaces de gestionar el conocimiento, es decir, capaces de aprender.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

“Así, aprender a aprender constituye una de las demandas esenciales que debe satisfacerla formación universitaria. La universidad debe ayudar a los alumnos a adquirir estrategias y competencias que les permitan transformar, reelaborar y en suma reconstruir los conocimientos que reciben. Debe ayudarles a ser profesionales estratégicos capaces de usar de formas nuevas los conocimientos, y no solo, como profesionales técnicos, que aplican las soluciones y los conocimientos generados por otros y que reciben ya empaquetados, listos para ese consumo cognitivo en las aulas”. (Pozo, J. I. y Pérez Echeverría, M. P. 1989: p.19)

En estos tiempos de globalización, se debe tratar de vincular la formación del Médico con los problemas que demanda la sociedad, de tal forma que se pueda dotar a este futuro profesional con un potencial en habilidades comunicativas que le permitan lidiar eficazmente con la problemática que le plantea su profesión en los escenarios reales, complejos y dinámicos.

Asimismo, se ha de considerar la capacidad comunicativa del médico como parte de la competencia requerida para confrontar la diversa y compleja problemática que presenta el paciente.

En los planes de estudio actuales, vemos que la formación universitaria clásica de los médicos no contempla la temática de la comunicación, es una tarea pendiente, por ello se plantea el taller en la etapa de residencia, para contrarrestar dicha falencia, y dotar a los médicos residentes de habilidades comunicacionales e interpersonales indefectibles para su desempeño laboral.

Podemos decir que el nuevo enfoque de la enseñanza universitaria, para ser eficaz debe apoyarse en nuevas formas de aprender, vinculadas a lo que en psicología del aprendizaje y la educación actual se definen como:

“un aprendizaje constructivo y que se concreta para nuestros propósitos en dos rasgos esenciales: a) orientar el aprendizaje hacia la comprensión, en vez de promover la mera repetición de lo aprendido; y b) fomentar el uso estratégico o competente de los conocimientos adquiridos de forma que permitan afrontar la solución de problemas o tareas realmente nuevas, en vez de limitarse de aplicar esos



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo
Especialización en Docencia Universitaria

conocimientos de modo rutinario a ejercicios ya conocidos.” a (Pozo, J. I. y Pérez Echeverría, M. P. 1989: p.31)

Nos encontramos ante formas más eficaces y complejas de aprender, ya que demandan gestionar el conocimiento en contextos de incertidumbre en los que no es suficiente convertirse en el eco de la voz del profesor, pero moverse en campos nuevos y desconocidos requerirá de los alumnos mayores competencias que el aprendizaje reproductivo o memorístico. Es sustancial la elección de nuevos enfoques didácticos por parte de los profesores, que permitan a los alumnos adoptar nuevas estrategias, orientadas a la comprensión y a la solución de problemas que al hábito de repetir lo aprendido.

Diferencias esenciales entre aprender por repetición o por comprensión (Pozo, J. I. y Pérez Echeverría, M. P. 1989: p.35)

	APRENDIZAJE REPETITIVO	APRENDIZAJE POR COMPRENSIÓN
OBJETIVO	Hacer una copia exacta o literal de los elementos que componen la información y su orden.	Relacionar los objetivos entre sí en una estructura conceptual o de significado, que implica reorganizar esos elementos.
RESULTADO	Aprendizaje de información verbal: hechos o datos.	Aprendizaje de conceptos y principios.
PROCESO DE APRENDIZAJE	Practica repetitiva, junto a una retroalimentación y un refuerzo.	Relacionar la nueva información con los conocimientos previos y buscar nuevas relaciones con otros conocimientos y contextos.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo
Especialización en Docencia Universitaria

EVALUACIÓN	Su adquisición es todo o nada. Fácil de objetivar y fiable, solo requiere plantear de nuevo la tarea de aprendizaje.	Adquisición gradual, con niveles cualitativos diferentes, más difícil de objetivar y con menor fiabilidad. Requiere plantear situaciones o tareas diferentes a las de aprendizaje.
EFICACIA	Limitada, según los criterios de aprendizaje, ya que es poco duradero y transferible.	Mayor según los criterios de aprendizaje, por ser más duradero y transferible a nuevas tareas o contextos.

En suma, el autor puntualiza estas diferencias, y concluye que:

“el aprendizaje por comprensión es más eficaz, ya que produce resultados más duraderos y transferibles, pero que también es más complejo y difícil de lograr. Por un lado, requiere de los alumnos una actividad cognitiva más compleja (relacionar la nueva información con conocimientos previos, traducirla a las propias palabras, buscar la relación entre las partes que componen esa información, buscar su relación o aplicación con otros contextos), además de un mayor grado de confianza o autoestima, ya que no sabe con certeza si su interpretación es adecuada”. (p.36)

Con lo antes expuesto, se pretende que el aprendizaje deje de ser mayormente memorístico para lograr en cambio un aprendizaje significativo coincidiendo con las condiciones que plantea Ausubel (citado por Gimeno Sacristán y Pérez Gomez, 1993)

“La esencia del aprendizaje significativo reside en que las ideas expresadas simbólicamente son relacionadas de modo no arbitrario, sino sustancial con lo que el alumno ya sabe. El material que aprende es potencialmente significativo para él”. (p. 46)



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Siguiendo al autor, el aprendizaje significativo se da cuando el alumno puede relacionar de manera lógica y no arbitraria lo aprendido previamente con el material nuevo.

¿Cuándo un aprendizaje es significativo? Cuando “puede relacionarse, de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe” (Ausubel, Novak y Hanesian, 1987:37, citado por Alcalá, 2003)

Siguiendo al autor, las condiciones para que se de este aprendizaje son tres:

- Disposición del sujeto a aprender significativamente.
- Que el material a aprender sea potencialmente significativo.
- La estructura cognoscitiva previa del sujeto debe poseer ideas relevantes para relacionarlas con el conocimiento nuevo.

En cuanto al alumno, es un sujeto activo, asimila la nueva información, la organiza y reestructura en relación a sus conocimientos previos, constituyendo de esa forma sus estructuras de conocimientos. Debe tener una disposición para el aprendizaje, estar interesado en el tema y sentir gusto por aprender. Relacionar los nuevos conocimientos con los ya aprendidos, para que así el aprendizaje receptivo o por descubrimiento logre ser significativo.

La enseñanza es un puente que une lo desconocido con lo conocido, y por lo tanto la tarea principal de la educación, es lograr que el alumno retenga a largo plazo contenidos significativos de conocimientos. La educación tiene como meta primordial estimular la capacidad para resolver problemas.

En esta misma línea seguimos con los postulados que plantea Vygotsky, siendo dos conceptos centrales de su teoría: actividad y mediación, a partir de ambos conceptos refiere que el hombre no responde mecánicamente a los estímulos externos, sino que actúa sobre ellos, los transforma en función de la mediación de instrumentos que se interponen entre el estímulo y la respuesta (Pozo, 1989, citado por Alcalá 2003: p.15).



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Vigotsky distingue dos clases de instrumentos mediadores que son proporcionados por la cultura: las herramientas y los signos. La adquisición de los signos implica un proceso de internalización de los significados del exterior, y este proceso es fundamental en la construcción del conocimiento, el que se expresa en la ley de la doble formación que formulo Vigotsky, de acuerdo con esta ley, el aprendizaje consiste en un proceso de internalización progresiva de instrumentos mediadores, que siempre se inicia en el exterior, por procesos de aprendizaje, que luego se transforman en procesos de desarrollo interno. (Pozo 1989)

Es decir que toda función en el desarrollo cultural del niño aparece dos veces, primero a nivel social, es decir, entre personas (interpsicológica) luego, a nivel individual, en el interior del niño (intrapicológica).

El concepto de zona de desarrollo próximo tiene especial relevancia en el ámbito escolar, implica la justificación psicológica de porque es necesaria la intervención docente para facilitar los aprendizajes escolares, es decir, el acceso a la cultura elaborada (Gadotti, 1996, citado por Alcalá 2003: p.16)

La Zona de Desarrollo Próximo es definida por este psicólogo como “la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz”.

En este análisis se puede apreciar el papel mediador y esencial de los maestros en el proceso de la enseñanza-aprendizaje y del desarrollo infantil.

Vygotsky sugiere que los profesores pueden utilizar ejercicios de aprendizaje cooperativo donde los niños menos competentes pueden desarrollar habilidades con la ayuda de sus compañeros más hábiles, empleando el concepto de zona de desarrollo próximo.

Tanto en la didáctica constructivista como critica, el sujeto construye su conocimiento a través de la interacción con el entorno social, cultural y natural. La función del enseñante



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

es mediar entre el contenido y los alumnos, proporcionando las ayudas o andamios (Bruner, 1988, citado por Alcalá 2003: p.25) necesarios para que el sujeto avance progresivamente en la apropiación significativa de los saberes.

El concepto de andamios no es propio de Vygotsky, sino que fue introducido por Bruner, este concepto hace referencia a cuando los niños están en esta zona de desarrollo próximo, y se les proporciona la ayuda y las herramientas apropiadas, estas ayudas funcionan como andamios, posteriormente dichos andamios pueden ser removidos y el estudiante será capaz de completar la tarea de forma independiente sin ayudas.

Entendiendo al constructivismo como una corriente epistemológica que sostiene que el conocimiento resulta de construcciones del sujeto que conoce, en interacción con su medio, y no de la mera incorporación de la realidad externa y objetiva.

El constructivismo se fundamenta en dos principios básicos: “El conocimiento no es recibido pasivamente ya sea a través de los sentidos o por medio de la comunicación, sino construido activamente por un sujeto cognoscente y la función de la cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de una realidad objetiva ontológica”. (Watzlawick, 1998:34).

Siguiendo a (Alcalá, 2003) con respecto a la función de la educación, la escuela debe formar sujetos activos, creativos, autónomos, capaces de convivir democráticamente y de comprender el mundo circundante (constructivismo). Desde esta perspectiva la intervención docente cobra especial relevancia, tanto a lo que hace a su conocimiento disciplinar para decidir lo que es epistemológicamente relevante, como a su conocimiento metodológico para enseñar el contenido específico, su capacidad de interpretar los intereses y necesidades de los alumnos en relación con las intencionalidades educativas y los requerimientos del contexto socioeconómico, histórico y político.

En síntesis, a partir de una concepción del aprendizaje que se fundamenta en la construcción del conocimiento, es que se plantea una metodología de participación activa



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

de los alumnos aproximándolos a las problemáticas y brindándoles las herramientas de análisis crítico que generan nuevos conceptos y sistematizan los previamente incorporados. De esta manera el docente se transforma en el nexo conciliador entre el conocimiento científico que transfiere y el alumno que se apropia de dicho conocimiento, favoreciendo el desarrollo del pensamiento crítico reflexivo y proclive a la construcción de nuevos conocimientos.

Se advierte entonces que este modelo se basa en el desarrollo profesional del docente como práctico reflexivo (Schön, 1992) e investigador de los problemas que surgen en los procesos de enseñanza y aprendizaje (Stenhouse, 1984). Donald A. Schön (1930-1997) es considerado como un pensador influyente en el desarrollo de la teoría y práctica del aprendizaje del profesional reflexivo en el siglo XX y constituye actualmente un auténtico referente en la temática de la profesionalización.

Siguiendo los lineamientos de (Schön, 1992) retomamos sus interrogantes:

¿Cómo deberían responder los médicos a las exigencias tan conflictivas que suponen la eficacia, la equidad y la calidad de la atención sanitaria?

¿Cómo debería reflejar la práctica su reconocimiento del riesgo que se corre?

Hay zonas indeterminadas de la práctica -tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores- que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. Cuando una situación problemática es incierta, la solución técnica del problema depende de la construcción previa de un problema bien definido, lo que en sí mismo no es una tarea técnica. Cuando un práctico reconoce una situación como única, no puede tratarla solamente mediante la aplicación de teorías y técnicas derivadas de su conocimiento profesional. Y, en situaciones de conflicto de valores, no hay metas claras y consistentes que guíen la selección técnica de los medios.

Cuando un profesional es incapaz de reconocer o de dar respuesta a un conflicto de valores, cuando viola los estándares de su propia ética, cuando es incapaz de satisfacer



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

todas las expectativas respecto a su actuación competente, cuando parece no ver aquellos problemas públicos que él mismo ha ayudado a crear, entonces está más y más sujeto a expresiones de desaprobación e insatisfacción

Críticos radicales como Ivan Illich (1970) recriminan a los profesionales el hecho de malversar y monopolizar el conocimiento, ignorar alegremente las injusticias sociales y mistificar su grado de conocimiento cualificado. Los propios profesionales argumentan que no es posible satisfacer las elevadas expectativas sociales acerca de la ejecución de su papel en medio de un clima social que combina un creciente desorden con un aumento de la regulación de la actividad profesional. En este sentido, destacan su falta de control sobre los sistemas a gran escala de los que injustamente se les hace responsable.

Los profesionales críticos coinciden en alertar sobre una queja común: que las áreas más importantes de la práctica profesional se encuentran hoy más allá de los límites convencionales de la competencia profesional.

La crisis de confianza en el conocimiento profesional se corresponde con una crisis similar en la preparación de los profesionales, a los centros de formación de profesionales se les acusa de no saber enseñar las nociones elementales de una práctica eficaz y ética.

Tras estas críticas se esconde una versión del dilema del rigor o la pertinencia. Lo que más necesitan aprender los aspirantes a profesionales de la práctica es aquello que los centros de preparación de estos profesionales parecen menos capaces de enseñar.

A medida que los centros superiores de formación han ido buscando la consecución de niveles más altos de rigor y status académico, se han ido orientando hacia un tipo de ideal que aparece muy claramente representado en el caso de la visión particular que se da a la formación de los médicos: se cree que un médico debe formarse para solucionar problemas biotécnicos por medio de un proceso que comienza con la inmersión en las ciencias médicas y sigue con las prácticas de supervisión clínica en las



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

que aprende la aplicación de técnicas basadas en la investigación a los problemas del diagnóstico, el tratamiento y la prevención.

¿Pueden los conceptos imperantes de preparación profesional llegar alguna vez a favorecer un tipo de currículum adecuado a los complejos, inestables, inciertos y conflictivos mundos de la práctica?

Un ejemplo reciente de este modo de pensar lo tenemos en un libro de Ernst Lynton (1985) que conecta los problemas de los centros superiores de formación de profesionales con una crisis multidimensional de la Universidad y clama por una revisión fundamental de la naturaleza y la conducta de la preparación que se da en las Universidades. Comentarios de este tipo atribuyen la falta de conexión entre las escuelas profesionales y los centros de trabajo, la investigación y la práctica a una concepción inadecuada de la competencia profesional y de su relación con la investigación científica y académica. Desde este punto de vista, si existe una crisis de confianza en las profesiones y en sus centros de formación, su origen reside en la epistemología de la práctica que hoy prevalece.

Siguiendo a (Schön, 1992) esta es su perspectiva, que comienza a partir de las siguientes premisas:

- Inherente a la práctica de aquellos profesionales que reconocemos como especialmente competentes, existe una fundamentación artística.
- El arte es una forma de ejercicio de la inteligencia, un tipo de saber, aunque diferente en aspectos cruciales de nuestro modelo estándar de conocimiento profesional.

En el terreno de la práctica profesional, la ciencia aplicada y las técnicas basadas en la investigación ocupa un territorio críticamente importante si bien limitado, colindante en varios de sus lados con el arte. Existe un arte de definición del problema, un arte de su puesta en práctica y un arte de la improvisación: todos son necesarios para mediar el uso en la práctica de la ciencia aplicada y de la técnica.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Es muy importante remarcar que, en la formación de profesionales de la medicina, se han diseñado nuevos programas con el fin de preparar a los estudiantes no sólo para las exigencias biotécnicas de la práctica clínica, sino también para la práctica de las cuestiones relativas a la familia del enfermo, a gestión relacionada con la problemática de los enfermos crónicos y las dimensiones psicológicas de la enfermedad.

Cuando los médicos internos y residentes trabajan bajo la tutela de profesores veteranos con pacientes reales en las salas de un hospital, aprenden algo más que la simple aplicación de la ciencia médica que se enseña en las clases. Hay, al menos, un reconocimiento implícito de que los modelos de diagnóstico y tratamiento basados en la investigación no se pueden poner en práctica hasta que los estudiantes adquieran un arte que se sale fuera de los modelos; y, desde este punto de vista, ampliamente compartido por los médicos, el prácticum en medicina tiene que ver tanto con la adquisición de un arte casi autónomo como es el de la práctica clínica de la práctica clínica, como con el aprendizaje de la aplicación de la teoría científica.

El énfasis se sitúa en el aprender haciendo fue descrito ya hace mucho tiempo por John Dewey como “la disciplina básica e inicial reconocimiento del curso natural del desarrollo... siempre aflora en el marco de situaciones que implican aprender haciendo. Artes y oficios forman la etapa inicial del currículum, puesto que corresponden al saber cómo emprender el logro de los fines” (Schön, D. A. 1992: p.14).

(Los estudiantes aprenden mediante la práctica o ejecutar aquello en lo que buscan convertirse en expertos, y se los ayuda a hacerlo así por medio de otros prácticos más veteranos que -volviendo a la terminología de Dewey- les inician en las tradiciones de la práctica: «Las costumbres, los métodos y los estándares de trabajo de la profesión constituyen una "tradición"... la iniciación en la tradición es el medio por el que se liberan y se dirigen los poderes de los aprendices

No se puede enseñar al estudiante lo que necesita saber, pero puede guiárselo:



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

“El alumno tiene que ver por sí mismo y a su propia manera las relaciones entre los medios y los métodos empleados y los resultados conseguidos. Nadie más puede verlo por él, y no puede verlo simplemente porque alguien se lo "diga", aunque la forma correcta de decirlo pueda orientar su percepción para verlo y así ayudarle a ver lo que necesita ver” (Schön, D. A. 1992: p. 37)

Tal vez, entonces, el aprendizaje de todas las formas de arte profesional dependa, al menos en parte, de condiciones similares a aquellas que se producen en los talleres y en los conservatorios: la libertad de aprender haciendo en un contexto de riesgo relativamente bajo, con posibilidades de acceso a tutores que inician a los estudiantes en las «tradiciones de la profesión» y les ayudan, por medio de la «forma correcta de decir», a ver por sí mismos y a su manera aquello que más necesitan ver.

Por tanto, deberíamos estudiar la experiencia del aprender haciendo y el arte de una buena acción tutorial.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

COMPONENTES DEL TALLER:

A lo largo del taller psicoeducativo se realizarán distintas actividades y ejercicios para que los médicos residentes aprendan una manera distinta de relación con el paciente y su familia, mediante la adquisición de competencias comunicacionales e interpersonales en su etapa de residencia.

Los profesionales de la salud están llamados en primera instancia a adquirir adecuadamente la dimensión comunicativa de sus competencias y ser capaces de poner en práctica las habilidades comunicacionales como una herramienta facilitadora de la relación con sus pacientes.

Es de fundamental importancia que:

Al finalizar cada técnica, se considera indispensable, que se pregunte a los médicos residentes **¿cómo se sintieron?** esta pregunta por los sentimientos permite la gestación de actitudes, valores y la formación de conductas afectivas, que guiarán su desempeño profesional, tomando conciencia y valorando cada momento de aprendizaje.

Se propone: posterior a la expresión de los sentimientos, como cierre de la experiencia: **“la reflexión”**, es un trabajo de volver a ver qué sintió el residente, como lo vivió, que pensó, profundizando así sobre la experiencia, esta reflexión final que se propone en cada actividad, manifiesta el objetivo al que se quería llegar y el porqué de la técnica realizada, es una guía de como concluir el trabajo.

Iremos detallando de que se trata cada componente del taller y posteriormente las actividades de cada uno.

1-ENTREVISTA MOTIVACIONAL/ ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

2-ROLE-PLAYING/ COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

3-MINDFULNESS/ ATENCION PLENA



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

ENTREVISTA MOTIVACIONAL /COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE:

La Organización Mundial de la salud (OMS) define: “Atención centrada en la persona es la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.”

Tomando como referencia el texto académico de Suarez Cuba (2012) mencionaremos los antecedentes y características principales de este modelo. **Antecedentes:**

- El término “**medicina centrada en el paciente**” fue introducido por Michael Balint y sus colegas (Hunt Joyce Marinker y Woodcock) en 1970, quienes lo contrastaron con la “**medicina centrada en la enfermedad**”.
- El método clínico fue elaborado por Stevens (1974), y Tait (1979).
- Byrne y Long (1976), desarrollaron un método para categorizar las consultas como centradas en el paciente o centradas en el médico.
- Wrigth y McAdam (1979) también describieron los métodos centrados en el paciente y en el médico. • Un método clínico centrado en el paciente tiene mucho



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

en común con el concepto psicoterapéutico de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers 1951.

- Balint 1957: Modelo de autoconciencia del clínico.
- Newman y Young describieron el Enfoque en la persona total.

¿Por qué aplicar un modelo médico centrado en el paciente?

- Aumenta la satisfacción tanto del médico como del paciente.
- Disminuye los litigios por mala práctica.
- Reduce la utilización de los servicios de salud (exámenes complementarios e interconsultas).
- Mejora la recuperación de problemas recurrentes en adultos y la salud emocional de los pacientes.
 - Mismo tiempo que una consulta habitual.
 - Mejora la adherencia a los tratamientos

Características de la medicina centrada en el paciente:

- Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes, incluye sus propias inquietudes.
 - Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas.
 - Favorece que los pacientes expliquen sus creencias/ expectativas sobre la enfermedad.
- Incorpora la visión del paciente sobre el problema
- Obtiene información que le permite aclarar el cuadro clínico
- Facilita la expresión emocional de los pacientes.
- Proporciona información a los pacientes.
 - Hace partícipe al paciente en la confección de un plan de abordaje y tratamiento.
 - Consensua con el paciente los pasos a seguir
- Da una respuesta más integral al problema del paciente.
- Favorece la relación médico paciente, en la que cada cual sabe qué esperar del otro, la responsabilidad se comparte.
 - Intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Tomamos como referencia la “Guía práctica de habilidades de comunicación y entrevista clínica aplicada a problemas de drogas en Atención Primaria”, elaborada por dos importantes instituciones españolas, el Instituto de Formación en Biomedicina (IFB) de la Fundación de Ciencias de la Salud, y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

La entrevista motivacional:

Es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente, a quien, fundamentalmente, se le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o un hábito insano, para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. La entrevista motivacional aporta herramientas que permiten afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales encaminadas a promover cambios de conducta en los pacientes. Es más eficaz decirle al paciente: “entiendo que te resulte difícil controlar el alcohol”, que decirle: “si no controlas la bebida no entiendo para que acudes a la consulta”. El hecho de acudir a la consulta significa que el paciente no es indiferente a su situación actual, por lo que le podremos prestar alguna ayuda.

Diferencias entre el modelo informativo y el modelo motivacional

MODELO INFORMATIVO	MODELO MOTIVACIONAL
Da consejos expertos	Estimula la motivación para pasar a la acción
Intenta persuadir	Favorece el posicionamiento ayudando a la reflexión
Repite los consejos	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio
Es rápido	Es de aplicación progresiva



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Técnicas de apoyo narrativo aplicadas a la Entrevista Motivacional

Existen técnicas que ayudan a que el paciente pueda sentirse aceptado y entendido, a continuación, se incide en aquellos recursos más útiles para la entrevista motivacional:

- **Preguntas abiertas:** “¿qué te preocupa al ver estos análisis?”, “¿cómo afecta el alcohol a tu vida?”. Este tipo de preguntas anima al paciente a explicarse aumentando su percepción del problema.
- **Escucha-preguntas reflexivas:** es una de las habilidades fundamentales de la entrevista motivacional. Se trata de averiguar lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final.
- **Refraseo:** es como lo anterior, pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificarlo.
- **Parfraseo:** aquí se refleja lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo hablado por el paciente.
- **Señalamientos:** es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: “te veo un poco triste, parece que esto de lo que hablamos te emociona”.
- **Silencios:** utilizados de forma adecuada (funcionalmente) tienen un potente efecto reflexivo en el paciente, porque de forma no verbal le estamos indicando que le entendemos y aceptamos.
- **Realizar reestructuraciones positivas:** reafirmar al paciente, destacando sus aspectos positivos, apoyando lo dicho por él mediante comentarios de comprensión
- **Reconocimiento del problema:** “¿de qué manera esto ha sido importante para vos?” • Expresión de preocupación:” ¿cómo te sentís con tu forma de beber?”
- **Intención de cambio:** “¿cuáles son las razones que ves para cambiar?”
- **Optimismo por el cambio:** “¿qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas?”

En las respuestas a estas preguntas es importante que comuniquemos aceptación, reforcemos la autoexpresión y estimulemos un análisis continuo. En definitiva, se trata de conseguir que el paciente quiera convencernos de la necesidad de que él cambie.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

ROLE- PLAYING

Role playing es la expresión inglesa para definir al “juego de roles” entendida como interpretación de papeles o escenificación.

“Esta técnica consiste en representar, dramatizar o teatralizar una situación del presente o un hecho histórico. El objetivo es que, a partir de lo vivenciado, tanto quienes representan como quienes observan reelaboren un conocimiento o analicen una actitud”. (Pasel y Asborn, 1990).

El precursor en este tema es el psiquiatra, teórico y educador Jacob Levy Moreno quien trabajó el psicodrama como una forma de psicoterapia inspirada en la improvisación teatral. Durante los años ‘60 se realizaban las llamadas terapias de juego orientando su enfoque hacia un aspecto lúdico-educativo. Históricamente, “el psicodrama representa el punto decisivo en el paso del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupo, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción” (Moreno, 1972).

Durante la práctica del role playing los participantes (dos o más) interpretan a un personaje o varios. Es similar a la dramatización teatral, donde los participantes recurren a la improvisación bajo una consigna delimitada por un guía o director. Tiene la peculiaridad de ser un juego cooperativo en el que todos sus integrantes son actores y espectadores en algún momento del proceso. Los ejercicios de simulación e interpretación de roles son uno de los métodos educativos más antiguos, usados para el entrenamiento en muchísimas disciplinas e incluso en ámbitos profesionales.

El role playing facilita la comprensión de contenidos teóricos, estimula y motiva a partir de lo experiencial obligando a pensar y a resolver situaciones creativamente. Plantea “el juego” como un desafío particular donde cada integrante constituye una pieza significativa y constitutiva del resultado, brindando la oportunidad a cada uno de reconocer sus propias habilidades y deficiencias.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

Las autoras Pasel y Asbornio (1990) plantean que para el desarrollo de esta técnica es importante tener en cuenta las siguientes pautas:

- ✓ La situación o problema que se represente puede haber sido previsto con anterioridad o surgido espontáneamente en un momento de la clase, como emergente grupal.
- ✓ La situación que habrá de escenificarse tiene que ser claramente propuesta, para ello los participantes aportan ideas, datos para enriquecer el armado de la escena por representar, es importante que el grupo tenga bien claro cuál es el objetivo de la escenificación y la situación que se quiere analizar, para luego poder discutir sobre ello
- ✓ Se eligen los actores entre los miembros del grupo, en dicha elección se combina la postulación o auto postulación de los participantes con la designación del coordinador.
- ✓ Antes de la representación es recomendable proporcionar a los intérpretes un espacio y unos minutos para ubicarse en su rol.
- ✓ Se representa la escena y el docente corta la acción cuando se considera que se ha logrado brindar suficiente información y elementos para opinar.
- ✓ Se discute la situación representada: el docente actúa como coordinador, es conveniente facilitar a los intérpretes el comentario de sus impresiones, sentimientos frente a la actuación del rol, y que expliquen su desempeño.
- ✓ A continuación, todo el grupo expone sus impresiones, plantea dudas a los intérpretes, discute el desarrollo de la escena, propone otras posibles escenificaciones. A veces se puede repetir la escenificación tomando los aportes del grupo, tomando en cuenta las críticas y se pueden cambiar los roles.
- ✓ Finalmente se sacan las conclusiones sobre el problema o situación que ha sido objeto de escenificación, luego el docente como coordinador, conducirá el análisis y discusión del tema, es conveniente que este instrumentado con una guía de trabajo.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo **Especialización en Docencia Universitaria**

- ✓ Luego del análisis de la dramatización el docente guía al grupo para que realice una síntesis de la información y de las opiniones aportadas durante la discusión.
- ✓ La técnica del role-playing es especialmente apta para detectar distorsiones, errores y confusiones en la comprensión de un tema, y a través del análisis de lo vivencial se pueden evaluar y modificar actitudes. Por lo tanto, el role-playing es una técnica que permite corregir, profundizar y evaluar tanto a los alumnos como al docente.

LA COMUNICACIÓN:

Para Watzlawick (1991) la comunicación se puede definir como un “Conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos” La comunicación así concebida, es un proceso permanente y de carácter holístico, un todo integrado, incomprendible sin el contexto en el que tiene lugar.

Cabe aclarar que la comunicación es un aspecto universal en las relaciones sociales y en la vida en general; por lo que es considerada como aspecto principal a tener en cuenta en cualquier ámbito relacional y sus fenómenos poseen un complejo nivel de análisis por lo que hacerlo de manera aislada puede empobrecer lo observado. (Watzlawick, 1991).

Según Pichón. Riviere (1988) “La comunicación es la interacción de las personas que entran en ella como sujetos. No sólo se trata del influjo de un sujeto en otro, sino de la interacción. Para la comunicación se necesita como mínimo dos personas, cada una de las cuales actúa como sujeto”.

Por otra parte, y dentro del contexto clínico, los fenómenos interactivos y comunicativos han sido estudiados por Haley, Weakland y Bateson que junto a Watzlawick, Beavin y Jackson (1971), estudiaron de forma sistemática la comunicación humana y a partir de algunos principios elementales de la cibernética y la Teoría General de Sistemas, llegaron a establecer los siguientes axiomas básicos de la comunicación Watzlawick y col. (1997)



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

1. Es imposible no comunicar, por lo que, en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
2. En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido o semánticos y aspectos relacionales entre emisores y receptores.
3. La naturaleza de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes.
4. La comunicación humana implica dos modalidades, la digital -lo que se dice- y la analógica -cómo se dice-.
5. Los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en ella.

El planteamiento de estos axiomas rompe con la visión unidireccional o lineal de la comunicación. De alguna manera, los axiomas marcan el inicio para comprender que la comunicación es algo más complejo que acciones y reacciones; y debe pensarse desde un enfoque de intercambio.

Actualmente existen modelos que explican el fenómeno de la comunicación desde una perspectiva que tiene en cuenta la relación entre seres humanos y que concibe la transmisión de mensajes de forma helicoidal. Este modelo es el más adecuado para implementar en el ámbito de la educación médica, donde además de transmitir mensajes lo suficientemente claros, también es preciso tener en cuenta la naturaleza humana en procesos de enseñanza y aprendizaje.

Se intenta señalar el papel principal que la comunicación desempeña en la competencia de las profesiones sanitarias, en los procesos de enseñanza y aprendizaje de estos profesionales, y en la evaluación de la dimensión comunicativa de la competencia de los profesionales de la salud.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo **Especialización en Docencia Universitaria**

Según el Manual de Referencia del Programa Integral Europeo para la Donación de Órganos (INCUCAI) plantea que: “la comunicación eficaz pretende intercambiar mensajes de tal manera que la intención del emisor sea idéntica a la interpretación del receptor. Además, la comunicación eficaz en este proceso de ayuda profesional tiene como objetivo facilitar al familiar la expresión de sus pensamientos y deseos”.

La investigación de la comunicación médico-paciente ha demostrado que la satisfacción del paciente está íntimamente relacionada con la calidad de la comunicación que tiene con el médico. Lo que favorece que el paciente valore positivamente la comunicación es la oportunidad de expresar sus pensamientos y emociones. Este hecho juega un papel importante en el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

La comunicación de una mala noticia

El proceso de duelo comienza con la comunicación de una mala noticia. Esto causará shock, desesperación, un periodo de búsqueda, negación y aceptación con diferentes respuestas emocionales. Para poder hacer frente a la mala noticia, la persona necesita generalmente trabajar en este proceso varias veces.

La comunicación de la mala noticia por parte del personal sanitario se puede realizar en tres etapas. (Según el programa del INCUCAI)

Comunicar la mala noticia: la mala noticia conviene comunicarla pronto y de forma clara. Cuanto más se pospone, peor se sentirá la persona afectada. Utilizar únicamente una o dos frases introductorias para dar la noticia. Ser preciso y claro. No utilizar lenguaje eufemístico, ser directo.

Responder a las necesidades de los afligidos: el recibir una mala noticia origina un proceso que en la mayoría de los casos finalizará con la aceptación de la misma, inicialmente aparece la confusión que se manifiesta por la formulación de muchas preguntas o enfurecimiento contra la persona que comunica la mala noticia, o quizás con una absoluta paralización.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

La persona que comunica la mala noticia puede continuar apoyando a la familia, y la mejor forma de hacerlo sería la siguiente:

- Mostrar paciencia
- Respetar los pensamientos y sentimientos de familiares, no tomando iniciativas, los profesionales sanitarios no conviene que inicien temas de conversación.
- Aceptar los pensamientos y sentimientos de los familiares y manifestar su aceptación. Un modo adecuado de aceptación sería reflejar las emociones expresando un breve resumen de lo que los familiares han manifestado.
- Solicitar más explicaciones si las cosas no quedan suficientemente claras, con preguntas abiertas ¿Cuándo? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Por qué?
- Facilitar la información solicitada. Cuando los familiares piden más información, lo más adecuado es proporcionársela, comprobando siempre su comprensión.
- No sentirse personalmente ofendido por las reacciones de los familiares.

Discutir del futuro: únicamente después de la segunda etapa, puede el familiar empezar a pensar en el futuro. El familiar puede indicar que desea hablar de ello diciendo, por ejemplo: ¿Qué ocurrirá ahora? De esta forma el profesional sanitario sabe que el familiar está preparado para afrontar la nueva situación. Tenga mucho cuidado en tomar iniciativas, mejor utilizar el reflejo de emociones o preguntas abiertas.

Estrategias para comunicar el fallecimiento:

- ✓ Intente proporcionar a los familiares cierta intimidad, en situaciones críticas conviene facilitarle una sala. Hable con ellos en un lugar privado.
- ✓ Comunique la mala noticia de forma directa, clara y honesta. No utilice un lenguaje que pueda inducir al error.
- ✓ Conceda a los familiares tiempo para asimilar la mala noticia y la libertad para expresar sus emociones.
- ✓ Aunque usted no tenga tiempo actúe como si lo tuviese.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

- ✓ Tenga en cuenta la comunicación no verbal, siéntese intente relajarse y mantenga el contacto visual.
- ✓ Manifiéstele su comprensión, facilite que piensen que usted se preocupa por ellos.
- ✓ Si es necesario, ofrezca su ayuda para contactarse con otros familiares o amigos.
- ✓ Nunca juzgue, acepte sus reacciones, aunque no las comprenda.

¿Qué es una mala noticia en medicina?

“Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro. El resultado es un desarreglo emocional o de comportamiento que persiste un tiempo después de que la mala noticia es recibida” (Armstrong L. 2000. Citado por García Díaz, F. (2006).

Comunicar malas noticias es una habitual y ardua tarea con la que tienen que enfrentarse los profesionales de la salud, a pesar de lo cual ha sido considerada como una competencia menor comparada con los otros aspectos técnicos de la práctica médica, y para lo que no se cuenta con una formación determinada de comunicación en los planes curriculares. Los profesionales no se sienten preparados para esta complicada y desagradable tarea, y esto es fuente de ansiedad, es por ello la necesidad de los talleres para fortalecer dichas destrezas.

Comunicar malas noticias es una labor estresante para los médicos por diversas razones. Una de las más frecuentes es la creencia generalizada de que informar un cierto diagnóstico afectará negativamente a la evolución del paciente o a su colaboración con el plan terapéutico. Otra razón es el miedo a enfrentarse a sus reacciones emocionales o preguntas incómodas, y particularmente cuando se reconoce carente de entrenamiento para manejar situaciones de gran tensión emocional.

“Los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó de ella”. (Finlay I, Dallimore D.1991. citado por García Díaz, F. (2006).

¿Cómo se deben comunicar las malas noticias en medicina?



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

El anuncio de una mala noticia implica un compromiso de ayudar al receptor de esta, porque siempre hay algo para ofrecer, ya sea a fin de curar, mejorar o aliviar una dolencia.

Existe un modelo ampliamente difundido, descrito por Bayle y Buckman (2000) y que plantea el seguimiento de 6 pasos esenciales que deben tenerse en cuenta al momento de comunicar una mala noticia. Esos pasos son un esquema orientativo y no siempre deben seguirse al pie de la letra, sobre todo los pasos 3 al 6, los cuales pueden superponerse.^{1,5} Los pasos se recuerdan mediante una regla mnemotécnica: SPIKES, por sus nombres en inglés (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary).

A continuación, los describimos brevemente:

- 1. Preparación:** implica planificar qué y cómo se dirá. Preparar el entorno, buscar un espacio físico adecuado, privado y sin interrupciones en donde transmitir el mensaje.
- 2. Percepción:** consiste en evaluar qué entiende el paciente sobre su enfermedad mediante preguntas abiertas y dando un tiempo para la escucha atenta.
- 3. Invitación:** se trata de reconocer lo que el paciente quiere saber, decidir cuánto y cómo se va a decir lo inicialmente planteado.
- 4. Información:** radica en brindar la información en forma gradual, en un lenguaje acorde con el paciente que tenemos adelante.
- 5. Manejo de la reacción (empatía):** significa responder a las reacciones del paciente. Para esto hay que estar muy atentos a poder detectarlas. Las reacciones más frecuentes son la ansiedad, el miedo, la tristeza, la agresividad, la negación y la ambivalencia afectiva.
- 6. Resumen y planes para el futuro:** es ofrecer una salida al problema planteado, un plan de cuidados y pasos para seguir y la posibilidad de una nueva charla si fuera necesaria. Averiguar qué y cuánto entendió el paciente de lo que le comunicamos.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

MINDFULNESS/ATENCIÓN PLENA:

HACIA UNA MENTE CONTEMPLATIVA EN MEDICINA

Atención Plena significa prestar atención de manera intencional y consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación. Jon Kabat-Zinn, reconocido referente mundial en el tema, introdujo esta práctica dentro del modelo médico de occidente. Fundó la Clínica de Reducción y Manejo del Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Desde allí introducía a los pacientes en la práctica de Mindfulness para el tratamiento de problemas físicos, y psicológicos, dolor crónico, y otros síntomas asociados al estrés. Él define Atención Plena como:

“Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”

Este tipo de atención nos permite aprender a relacionarnos de forma directa con lo que está ocurriendo en nuestras vidas, aquí y ahora, en este momento presente.

Los efectos de Mindfulness en los profesionales de la Salud

Por Jon Kabat-Zinn:

“Una de las motivaciones que sostienen nuestra tarea es la de transformar la manera en que se practica la medicina. No tenemos un sistema de cuidado de la salud; tenemos un sistema del cuidado de la enfermedad. Estamos tratando de introducir a los médicos y estudiantes de medicina en la práctica de Mindfulness: una práctica de la medicina atenta (mindful), una comunicación atenta (mindful) con las personas que sufren y están heridas, un encuentro atento (mindful) con el paciente como un ser humano integrado. Es casi axiomático que las personas tienen que cultivar la conciencia en sus propias vidas, en sus propios cuerpos, si luego quieren ser capaces de desarrollar empatía y compasión hacia las personas con las que trabajan día a día”

Estas son algunos de los efectos de la introducción de Mindfulness en la práctica médica:



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

- ✓ Mayor concentración y claridad en la entrevista
- ✓ Mejora en la habilidad en la toma de decisiones
- ✓ Mayor empatía hacia los pacientes
- ✓ Mayor capacidad de permanecer más presente y conectado en el intercambio con pacientes y colegas
- ✓ Mayor habilidad para afrontar con el estrés asociado a la profesión.
- ✓ Fomenta una buena relación médico paciente

Transformando la práctica médica, transformando la vida del médico

Los profesionales de la salud sienten cada vez más presiones del sistema y mayor insatisfacción laboral lo que amenaza no solo el bienestar personal, sino que también afecta la calidad del cuidado profesional que se le brinda al paciente. La salud mental y física y el bienestar de los profesionales son sumamente importantes para poder desarrollar un sistema médico saludable y mejorar la comunicación, el cuidado de los pacientes y la relación con ellos y sus familiares.

Para ello es necesario poder formar a la nueva generación de profesionales de la salud y capacitar a los profesionales que ya están ejerciendo su profesión en el cultivo de una *Mente Contemplativa en Medicina*.

Mediante la implementación del taller se brinda la posibilidad de explorar y discutir abiertamente el lugar que ocupa una *Mente Contemplativa en Medicina*. Es decir, nuestra capacidad de tomar conciencia, cultivar deliberadamente y utilizar tanto personalmente como en la relación médico-paciente los recursos internos que no se desarrollan por la vía de la educación formal. Estos recursos incluyen cualidades intrínsecas como: la atención y conciencia sin juzgar, la concentración, apertura, flexibilidad, ecuanimidad, sabiduría, calidez humana y compasión hacia uno mismo y hacia los demás, lo que lleva a una apreciación más profunda de la relación médico-paciente.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

“Creemos profundamente que en la medida en que se desarrolla la conciencia y la autocompasión en los médicos, podrán mejorar su bienestar y recobrar el sentido profundo de la tarea que realizan, ofreciendo a los pacientes una atención y cuidado más humano, empático y compasivo.” (Jon Kabat-Zinn)

Investigación en Profesionales de la salud, algunos resultados:

Se publicaron dos estudios que demostraron los efectos positivos de Programa de MINDFULNESS en estudiantes de medicina. El primer estudio fue realizado con estudiantes de medicina en su primer y segundo año que participaron durante 7 semanas en un Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness. Este estudio demostró que disminuía significativamente el nivel de depresión y ansiedad y mejoraba la empatía, la comunicación y la habilidad para manejar el estrés (Shapiro, Schwartz and Bonner, 1998). Recientemente se publicó un estudio con profesionales de la salud que estaban practicando su profesión, a diferencia de los anteriores que se hicieron con estudiantes de medicina. En este estudio se examinan los efectos de un Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) en profesionales de la salud. Los resultados de este estudio piloto prospectivo controlado sugieren que una intervención de 8 semanas de MBSR puede ser efectiva para reducir el estrés aumentar la calidad de vida y la autocompasión en profesionales de la salud (Shapiro, Astin, Bishop, Cordova ,2005).

Existe en Argentina una estadística alarmante: 1 de cada 3 médicos padece de estrés laboral agudo. La del médico, lejos de ser una profesión segura es cada día más riesgosa. Estrés, burnout, malos hábitos alimentarios, guardias por días sin parar se combinan para aumentar el riesgo a niveles preocupantes. Hasta el momento existen pocos antecedentes en nuestro país de intenciones orientadas a esta población específica, es imperiosa la necesidad de comenzar a incluir en la formación del médico la enseñanza de Mindfulness como un recurso y herramienta fundamental a la hora de formar seres humanos comprometidos con su práctica profesional en el que el autocuidado del médico sea una condición importante para atender y tener en cuenta.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo
Especialización en Docencia Universitaria

TALLERES PSICOEDUCATIVOS:

Localización Física: el proyecto de intervención se desarrollará en el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Localizado en Av. Domingo Cabred N°1153, Código Postal 3300 Posadas, Misiones. Dentro del mismo los talleres se realizarán en zum del sector de Rehabilitación, sector Rosa, nivel 0.



Cronograma:

<u>MARZO</u>						
<u>Domingo</u>	<u>Lunes</u>	<u>Martes</u>	<u>Miércoles</u>	<u>Jueves</u>	<u>Viernes</u>	<u>Sábado</u>
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>
<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>
<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>
<u>29</u>	<u>30</u>					



Talleres psicoeducativos: 14hs a 16hs.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

Beneficiarios:

Beneficiarios directos: Hospital de Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga y médicos residentes de diferentes especialidades que asisten a los talleres.

La cantidad de participantes será de un máximo de 15 personas, serán médicos residentes de diferentes áreas, así la heterogeneidad promueve diversidad de ideas.

Se realizarán los días viernes de 14 a 16 horas con frecuencia semanal, contando con 4 encuentros y con una extensión de aproximadamente 1 mes.

Beneficiarios indirectos: pacientes y familiares de los pacientes, la comunidad y los contextos en los que participan los mismos.

Responsables:

Talleristas/coordinador:

- Lic. Graef, Betina Soledad
- **Recursos:**
- **Recursos humanos:** personal a cargo del área de rehabilitación y docencia del HEADRM, coordinadora del grupo, médicos residentes.
- **Recursos materiales y tecnológicos:** espacio cómodo y tranquilo, sillas, música tranquila, pizarra, lapiceras, proyector de power point, hojas blancas, lápices, bolígrafos, cartulinas.
- **Tiempo:**
4 clases en total, de 2 hrs de duración c/u, todos los viernes del mes.
1 clase: Presentación del taller y conocimiento de los participantes.
2 clase: La entrevista como herramienta comunicacional y motivacional.
3 clase: Como dar malas noticias y Role playing.
4 clase: Atención plena y evaluación del taller.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

ACTIVIDADES:

1er Encuentro: Presentación e información del taller

Objetivo del encuentro: Presentación grupal e información sobre el taller. Actividad 1: Dinámica “Las cuatro esquinas” Objetivo de la actividad: Promover la comunicación y generar una presentación personal más profunda de los participantes. Se da lugar principalmente a la presentación personal del coordinador y damos inicio a la actividad grupal. Para el desarrollo de la misma se colocarán sillas puestas en círculo para todos los participantes, se entregará una cartulina a cada uno, fibrones, alfileres o cinta. Contaremos con un pizarrón de cualquier tamaño y en el mismo un ejemplo para explicar la actividad a realizar. A continuación, se les pide a los participantes que dibujen en el centro de la cartulina un símbolo con el cual se sientan identificados y que cuente algo sobre su persona.

En segundo lugar que indiquen en la esquina inferior derecha algunos datos personales, tales como profesión, edad, estado civil, hijos, etc.; en la esquina superior izquierda lo que más les gusta, mientras que en la esquina inferior izquierda aquello que menos les guste y por último nombrar en la esquina superior sus expectativas sobre el taller. Una vez finalizada la tarea, se invita a los participantes a compartir con el resto del grupo lo que desarrollaron en su cartulina. Luego se pegan las cartulinas en un sector particular, para que todos puedan observar dicha galería. Posteriormente preguntaremos al grupo cómo se sintieron dando plena libertad para que expresen sus sentimientos.

En un segundo momento se brindará información general sobre lo que va a ser el taller, se entregan itinerarios a cada uno de los participantes para que conozcan las actividades que se van a realizar en los próximos encuentros. Se presenta el objetivo general del taller como así también se comentará que el mismo cuenta con una parte informativa y otra parte de actividades para su debate y reflexión. A continuación, estableceremos el horario en el cual se van a realizar los encuentros, la duración de los mismos y la modalidad de trabajo.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

2do Encuentro:

ACTIVIDAD: 2 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se procederá a preparar al grupo mediante una técnica de caldeamiento:

Se les pide a los participantes que caminen recorriendo todo el espacio del salón.

Al caminar que tomen contacto visual con cada uno de sus compañeros, reconociendo a cada uno de ellos.

Se les dice que continúen caminando y muevan cada parte de su cuerpo.

Esta vez al cruzarse con sus compañeros, se les pide que se saluden dándose la mano y que continúen caminando.

Mientras continúan caminando se les pide que se agrupen según la elección de cada “palabra” que fue elegida y escrita en un papel por el coordinador y que está ligada a la comunicación y la entrevista con el paciente las tres palabras son: información y motivación. Así se formarán los grupos según su elección.

A continuación, cada grupo va a compartir por qué eligieron esa palabra y explicaran su relación con la comunicación y entrevista y la importancia que tiene. Cada grupo elige un representante que explicará las ideas del grupo.

A continuación, cada grupo expone sus ideas y los demás escuchan y pueden aportar nuevas ideas.

Posterior a la expresión oral de cada grupo el coordinador explicará los conceptos teóricos relacionados a la entrevista motivacional y la atención centrada en el paciente.

Luego cada grupo elegirá tres participantes que dramatizarán una situación simulada de entrevista, donde uno actuará de médico, otro de paciente y el último de familiar acompañante. El grupo que eligió la palabra motivación: representará la entrevista según el modelo motivacional; mientras que el otro representará la entrevista según el modelo



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo **Especialización en Docencia Universitaria**

informativo, el resto hará de observador y tomará notas de lo más significativo para luego realizar aportes teniendo en cuenta los aportes teóricos y la experiencia personal.

3er encuentro:

ACTIVIDADES:

LLUVIA DE IDEAS: también conocida como brainstorming o tormenta de ideas, sobre: ***“QUE ES UNA MALA NOTICIA”***

Objetivo: conocer las ideas previas que tienen los residentes sobre que es una mala noticia y estimular la creatividad, ayudando a romper con ideas antiguas o estereotipadas.

Se tendrá en cuenta:

Suspender el juicio. Eliminar toda crítica. Cuando brotan las ideas no se permite ningún comentario crítico. Se anotan todas las ideas.

Pensar libremente. Es muy importante la libertad de expresión, no hay buenas o malas ideas, las ideas locas, imposibles o hasta inimaginables están bien.

La cantidad es importante. Hace falta concentrarse en generar un gran número de ideas que posteriormente se puedan revisar. Cuanto mayor sea el número de ideas, más fácil es escoger entre ellas.

El efecto multiplicador. Se busca la combinación de ideas y sus mejoras. Además de contribuir con las propias ideas, los participantes pueden sugerir mejoras de las ideas de los demás o conseguir una idea mejor a partir de otras dos.

- 1- Plantear el tema y explicar la consigna.
- 2- El coordinador anota en la pizarra cada idea expresada, palabras o frases relacionadas con el tema.
- 3- Toda idea es válida y ninguna debe ser rechazada
- 4- Se estimula la creatividad de los participantes



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

- 5- Además de aportar sus propias ideas, los miembros del grupo deben sugerir cómo mejorar otras ideas y combinarlas para sintetizar otras mejores.
- 6- El grupo debe formular una respuesta en común lo más completa y enriquecedora posible.

ROLE PLAYING:

Con esta actividad los residentes implementarán el aprendizaje de la comunicación de malas noticias de la siguiente manera:

En el taller se divide a los residentes en tres grupos de 5, y a cada grupo se le otorga un caso clínico para resolver, con diferente complejidad (complejidad del contexto, gravedad de patologías o muerte) el grupo elige los distintos modelos de pacientes con distintas reacciones: negación, llanto, silencio, agresión al médico etc. y los diferentes modos de actuar de los médicos encargados de dar la mala noticia.

Se le da un tiempo a cada grupo para que lean el caso, discutan entre ellos cómo afrontarían la situación planteada y se les pide que elijan quién o quiénes desempeñarán el rol o los roles de médicos, enfermero, paciente y familiares etc.

El coordinador hará de observador al igual que el resto de los participantes.

Se filmará la actuación de roles para luego trabajar mejor sobre ella.

Ejemplo de casos para dramatizar: “como dar malas noticias”

Caso1: una paciente embarazada de 35 años de edad se interna por anemia crónica, debilidad, fatiga, decaimiento. Tiene dos hijos de (3 y 5 años) casada hace 10 años, trabaja como docente de educación Inicial hace 15 años. Diagnóstico: HIV. Desconocimiento de la paciente y familiares del tema.

Caso 2: paciente de 40 años de edad se interna en el servicio de emergencia por politraumatismo grave tras accidente de tránsito en la ruta, pierde el conocimiento, no recuerda lo sucedido. En dicho accidente fallece su hijo de 12 años.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo **Especialización en Docencia Universitaria**

Caso 3: paciente de 15 años de edad se interna por debilidad generalizada, anemia, malestar general de semanas de evolución. Diagnóstico: Leucemia.

Posterior a la dramatización, se explica a los residentes los 6 pasos sugeridos por Bayle y Buckman (2000) para dar malas noticias y se amplía el campo teórico.

- ✓ Además, estas consultas simuladas reciben luego una devolución y vuelven a simularse con las sugerencias realizadas, con los aportes teóricos, con el objetivo de descubrir los aciertos y los errores más frecuentes de la práctica diaria y afianzar las modificaciones necesarias. Este ejercicio, al poner en práctica los fundamentos teóricos, es sumamente rico. Lo que en un principio parece complejo, debido a la cantidad de devoluciones por parte de todos los participantes, resulta finalmente muy enriquecedor, provechoso y valorado por parte del residente al asumir el rol del médico/ paciente antes y nuevamente tras recibir la devolución hecha por sus pares y reflexionar a partir de ella.
- ✓ Se vuelve a filmar la dramatización con los aportes realizados y sus modificaciones.
- ✓ Se sacan las conclusiones sobre el problema o situación que ha sido objeto de escenificación.
- ✓ El docente como coordinador, conducirá el análisis y discusión del tema, y guiará al grupo para que realice una síntesis de la información y de las opiniones aportadas durante la discusión.
- ✓ Posteriormente se estimula la expresión de los sentimientos, se pregunta a cada integrante ¿cómo se sintió?
- ✓ Como cierre se pasa a la “Reflexión” a repensar lo actuado, lo vivido.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

4to Encuentro:

ACTIVIDAD: PRACTICA DE MINDFULNESS:

Se plantea la actividad como un espacio para que los médicos puedan conectar consigo mismos, desde el silencio y la quietud, en el que además puedan compartir su experiencia con sus pares y a partir de practicar Mindfulness, generar cambios en su vida y en su práctica clínica.

Objetivo: fomentar en los médicos residente la capacidad de estar totalmente atento a lo que está ocurriendo en el momento presente, evitando distracciones y focalizando su atención en la entrevista con el paciente.

Se practicarán tres ejercicios sencillos en el taller:

1. RESPIRACIONES PROFUNDAS

Una de las formas más utilizadas en las técnicas de relajación, incluido el mindfulness, se basa en llevar la atención a la respiración. La respiración es un acto cíclico que se encuentra en un flujo constante, nos mantiene vivos y conectados en todo momento con el presente, en una unión inequívoca de nuestro cuerpo con el aire que nos rodea.

Estas cualidades hacen de la respiración un método muy útil y sencillo para conectar con el aquí y el ahora. Normalmente respiramos de manera automática e inconsciente, sin embargo, la respiración es la principal forma de nutrición de nuestro cuerpo, por lo que tomar consciencia sobre ella y poder modularla nos brindará un mayor autocontrol sobre nosotros mismos.

Un ejercicio de respiración que puedes practicar es:

Cada uno se va sentar en su silla lo más cómodo posible y con el tórax bien extendido.

Coloca una mano sobre tu pecho, a la altura de tu corazón, y otra sobre tu vientre. Puedes poner alguna música relajante o estar en silencio.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

Cierra los ojos y empieza a inspirar por tu nariz, tratando de llevar el aire hacia tu vientre, sintiendo cómo este se hincha (respiración diafragmática).

Una vez tu vientre se ha hinchado, acaba de llenarte ampliando la capacidad hacia tu pecho también. Hazlo despacio, contando los segundos, aguanta durante 2 segundos la respiración,

Comienza a expirar por la boca lentamente durante los mismos segundos que tardaste en inspirar.

Repite este proceso durante unos minutos.

2. OBSERVA TU PENSAMIENTO

La meditación oriental tiene como objetivo dejar la mente en blanco, deteniendo todo tipo de pensamientos.

Al realizar el ejercicio de respiración, dejarán de lado todos los pensamientos intrusivos y se centrarán únicamente en su propia respiración. Durante el ejercicio el coordinador va explicando y guiando a los participantes con vos suave: Intenta ser plenamente consciente de ella, y observarás que mientras lo haces seguramente se crucen pensamientos intrusivos por tu mente que intenten desconectarte del momento presente, déjalos ir, que pasen.

El momento presente no es más que aquel que está sucediendo mientras respiras, en cambio los pensamientos te llevarán al pasado o al futuro. No te preocupes, concédete comprensión y trata de retornar delicadamente tu atención de nuevo a la respiración.

Hazlo tantas veces como te asalten los pensamientos.

La mente tiene la particularidad de poder observarse a sí misma, y cuanto más practiques estos ejercicios, más comprensión tendrás sobre ti, más control irás adquiriendo y más sencillo te resultará.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo

Especialización en Docencia Universitaria

3. IDENTIFICA TUS EMOCIONES

Seguramente no solo los pensamientos dispersarán tu atención, ya que en la mayoría de casos estos vienen acompañados de emociones.

En nuestro día a día nos vemos expuestos a una gran cantidad de sucesos que nos provocan reacciones emocionales, y la mayoría de nosotros cargamos con una pesada mochila de emociones que, en gran parte, hemos conseguido reprimir y enmascarar para facilitarnos continuar con nuestras vidas.

Una de las técnicas que te pueden ayudar a sobrellevar esas emociones es observar cómo son, cómo se sienten, sin intentar reprimirlas ni eliminarlas.

Y también te será útil ponerles nombre.

Cuando ponemos nombre a algo, lo hacemos más manejable y nos resulta menos extraño. De esa manera, seremos más capaces de dominar las emociones, en lugar de ser nosotros dominados por ellas.

CIERRE: REFLEXION GRUPAL:

Posterior a la práctica se propone el dialogo y la expresión grupal bajo la guía de la coordinadora, dando el soporte necesario para que fueran integrando no solo la práctica de Mindfulness a nivel formal, sino también en la atención y presencia ofrecida a los pacientes y sus familiares.

Se le pregunta a cada integrante ¿cómo se sintió? ¿Qué pensamientos intrusivos aparecieron? ¿Lograron la atención en la actividad?

Se le pide a cada integrante que reflexiones sobre su práctica diaria en la entrevista y atención del paciente: ¿logran focalizar su atención en este intercambio? ¿O sienten que tu mente ha retrocedido al pasado o ha iniciado un vuelo al futuro? ¿Tu mente estaba en todos lados menos en lo que estabas haciendo?



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

EVALUACION:

“Una auténtica evaluación debe ser una estimación, una valoración de los cambios de las maneras de aprender, de las modificaciones de las matrices de aprendizaje, de su corrección y enriquecimiento. La evaluación se convierte así en el motor que impulsa la transformación de la conducta. Esta evaluación transformadora comienza siendo orientada por el docente y acompañada por el grupo, culmina en la autoevaluación que, a su vez, se retroalimenta con las apreciaciones de los otros”. (Pasel y Asborn, 1990:p.105).

La evaluación debe valorar el nivel de dominio de las competencias -establecidas por el título bajo el referente fundamental del mundo profesional- Es lo que se denomina evaluación auténtica. Por ello, debe ser natural y ecológica, es decir, plantear situaciones reales y relevantes en el mundo profesional, en lugar de recrear situaciones irreales o desubicadas.

La evaluación se realizará comparando el desempeño del alumno con un criterio o nivel previamente establecido -más que valorar si el alumno ha adquirido un mejor o peor nivel que sus compañeros-. Igualmente, debe ser continua y formativa, además de final, por dos razones. En primer lugar, al ser formativa orienta el propio proceso de enseñanza-aprendizaje y es parte indisoluble del método o el proceso de aprendizaje. En segundo lugar, es mucho más que una mera fiscalización por lo cual el alumno puede visualizarla como una oportunidad de hacer más efectivo su aprendizaje en lugar de una amenaza.

La evaluación en el aula taller:

Según las autoras (Pasel, S. y Asborn, S. 1990) la función general de la evaluación, es el reconocimiento de logros y obstáculos en el proceso de enseñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta los objetivos propuestos. La evaluación permite a través de una visión retrospectiva de la tarea realizada, ratificar o rectificar maneras de actuar. En consecuencia, “la evaluación no solo forma parte del proceso enseñanza aprendizaje, sino que también es un aprendizaje en sí misma”. (p. 99)



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

EVALUACIÓN: se aspira al proceso de construcción del conocimiento, se plantean situaciones para analizar, se evalúa la participación y producción creativa del sujeto, no se orienta a una única respuesta válida, importa lo que cada sujeto en particular aprende y construye. La evaluación incluye la autoevaluación del docente y del alumno, no los coloca en una posición de enfrentamiento, sino que favorece la complementariedad de puntos de vista a través del intercambio de juicios de valor.

La evaluación y calificación será en función de dos momentos:

En proceso: donde se considera el proceso de construcción personal, individual, la participación, el intercambio de ideas, el respeto por los compañeros, el trabajo en equipo, la actitud crítica y reflexiva en cada actividad realizada.

El producto final: en este momento se evaluará un trabajo grupal: realizarán una guía en común en plenario, donde cada integrante aportará lo que le resulte más significativo para elaborar una guía paso a paso a seguir para una comunicación eficaz con el paciente y su familia, reflexionando, intercambiando opiniones y jerarquizando ideas.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

BIBLIOGRAFÍA:

- Alcalá, M.T. (2003). “El conocimiento del profesor y enfoque didáctico.” UNNE. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales y agrimensura. Departamento de Humanidades.
- Ander-Egg, E. (1999) *El Taller, una alternativa para la renovación pedagógica*. Buenos Aires. Editorial Magisterio.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Globber, G., Beale, E. A., Kudelka, A. P. Spikes-Six-step protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer. *The Oncologist*. 2000; 5:302-11.
- Cayoun, B. A. (2014). *Terapia cognitivo conductual con mindfulness integrado*. Editorial Descleé de Brouwer.
- Cleries, X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. *Educación Médica*, 13(1), 25-31. Recuperado en 19 de noviembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000100006&lng=es&tlng=es.
- De Miguel Diaz, M. (Dir.) (2006). *Modalidades de Enseñanza centradas en el desarrollo de Competencia*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Diaz Barriga, F. y Hernández G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México, Ed. Mc Graw Hill.
- García Diaz, F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 30(9), 452-459. Recuperado en 09 de enero de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es&tlng=es.
- Gibb, J. (1996). *Manual de Dinámica de Grupos*. (17ª ed.) Buenos Aires, Ed. Lumen-Hvmanitas.
- info@mindfulness-salud.org. “Cuidar a los cuidadores”. Sociedad Mindfulness y Salud Argentina.



Universidad Nacional
de Misiones



Universidad Nacional del
Nordeste



Universidad Nacional de
Formosa



Universidad Nacional de
Santiago del Estero

Carrera de Postgrado Cooperativo Especialización en Docencia Universitaria

- Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez, A. I. (1992). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Medaura, O. y Monfarrel de Lafalla, A. (1994). *Técnicas grupales y aprendizaje afectivo, hacia un cambio de actitudes*. (4ª ed.) Buenos Aires: Hvmánitas.
- Moreno, J. L. (1972). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé S.A.E.
- Morin, E. (1999) “*Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*”. París: UNESCO.
- Organización Mundial de la Salud. “Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona”. 69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A69/39 Punto 16.1 del orden del día provisional. 15 de abril de 2016.
- Pasel, S. y Asborn, S. (1990). *Aula-Taller*. Buenos Aires: Aique.
- Pichon-Riviere, E. (1988). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pozo, J. I. y Pérez Echeverría, M. P. (1989). *Psicología del aprendizaje universitario: la formación en competencias*. Madrid: Morata.
- Quinquer D. (1997). *Estrategias de enseñanza: los métodos interactivos*. Barcelona:Horsori.
- Shapiro, S., Scwartz, G. E., Bonner, G. *Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med*”. 1998; 21:581-99.
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Madrid: Paidós.
- Suarez Cuba, M. A. (2012). “Medicina centrada en el paciente”. *Revista Médica La Paz*, 18 (1), 67-72. Recuperado en 26 de diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011&lng=es&tlng=es.
- Zabalza, M. A. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario*. Madrid: Narcea. S.A de Ediciones.
- Watzlawik, P., Beavin, J., Jackson, D. D. (1991) “*Teoría de la comunicación humana*.” 8. ed. Barcelona: Herder.