



MODALIDAD DE TITULACIÓN:

Examen general de conocimientos: Portafolio de experiencias

TÍTULO DEL TRABAJO:

El uso de la metodología del aprendizaje basado en problemas para propiciar la autorregulación del aprendizaje en los médicos internos de pregrado.

Presenta:

Dra. MF. Isabel Sánchez Márquez

Directora de trabajo de titulación:

Dra. Ma. Del Rosario Velázquez Barrientos

Julio 2024

CONTENIDO

INTRODUCCION GENERAL	5
INTRODUCCIÓN A LA PRIMERA FASE	10
MICRO-ENSAYO DE PRIMER ORDEN	12
MICRO-ENSAYO DE SEGUNDO ORDEN	22
PRIMER REGISTRO	34
SEGUNDO REGISTRO	57
INTRODUCCIÓN A LA SEGUNDA FASE.....	80
MICRO-ENSAYO CONSTITUTIVOS DE LA PRACTICA DOCENTE	82
SEGUNDO REGISTRO ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA PRÁCTICA DOCENTE	91
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN (PROBLEMATIZACIÓN)	117
ESTADO DEL CONOCIMIENTO	118
TERCER REGISTRO.....	136
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	175
RUTA CRÍTICA.....	189
FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.....	193
RECONSTRUCCIÓN DE PREGUNTAS DE INNOVACIÓN CON BASE EN LAS PREGUNTAS DE INDAGACIÓN	202
PLAN DE INNOVACIÓN.....	203

OBJETIVO GENERAL	203
JUSTIFICACIÓN.....	204
IMPACTO.....	205
EFFECTO.....	205
DISEÑO DE UNA CLASE INNOVADORA	206
INTRODUCCIÓN A LA TERCERA FASE	213
MICRO-ENSAYO INNOVACIÓN PRIMER ORDEN	215
CUARTO REGISTRO.....	230
PLANEACIÓN DIDÁCTICA PARA LA CLASE DE HISTORIA CLÍNICA Y NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE AL CUARTO REGISTRO.....	262
ANEXO DE EVIDENCIAS DE LOGRO EN CLASE DE HISTORIA CLÍNICA Y NOTA MÉDICA.....	265
QUINTO REGISTRO CLASE DE DISLIPIDEMIAS.....	268
PLANEACIÓN DIDÁCTICA ADAPTADA CLASE DE DISLIPIDEMIAS	297
ANEXO DE EVIDENCIAS DE LOGRO EN CLASE DE DISLIPIDEMIAS	301
MICRO-ENSAYO INNOVACIÓN SEGUNDO ORDEN.....	305
SEXTO REGISTRO CASO CLÍNICO DE DISLIPIDEMIAS	328
PLANEACIÓN DIDÁCTICA CLASE CASO CLÍNICO DE DISLIPIDEMIAS	367
ANEXO DE EVIDENCIAS DE LOGRO EN CLASE DE CASO CLINICO DE DISLIPIDEMIA	371

CONCLUSIÓN GENERAL.....	376
REFERENCIAS.....	387

INTRODUCCION GENERAL

Hace exactamente 24 años que formo parte de la comunidad UG, convirtiéndome en una abeja que se unía al panal al iniciar mi trayectoria estudiantil en la preparatoria de San Luis de la Paz, Guanajuato; desde entonces la Universidad de Guanajuato es parte de mí, indiscutiblemente contribuyó en la formación integral profesional que desempeño actualmente y me brindó herramientas que me han permitido desenvolverme en la vida con sentido humanista, consciente de lo que sucede en la sociedad y comprometida a participar en comunidad de forma responsable; menciono esto, porque estoy convencida que es ese precedente formativo lo que me fue acercando al programa educativo de la Maestría en Desarrollo Docente.

La Universidad de Guanajuato en su departamento de educación cuenta con el programa educativo de postgrado de la Maestría en Desarrollo Docente; a través del cual persigue formar profesionales que, bajo un enfoque humanista, con un compromiso social fuerte hacia las necesidades identificadas en su labor diaria y teniendo como sustento conocimiento científico y tecnológico pueda aplicar nuevos enfoques en su práctica docente, innovar y transformarla centrando sus objetivos en las características que rigen a sus estudiantes y los retos académicos que la sociedad actual demanda; brindando al docente un programa de estudios dirigido a enriquecer y potencializar sus competencias docentes.

La estructura que la maestría tiene en su plan de estudios, con sus cuatro ejes de formación integran un fabuloso programa educativo que desde mi perspectiva y experiencia al pertenecer a él; la simbiosis que se establece entre las materias, los procesos académicos, los maestros y los estudiantes asegura que se logró el perfil de egreso esperado; el escenario educativo brindado es excelente para que quienes cursamos este programa podamos reconocernos tanto como persona y profesional educativo, además detona a la reflexión crítica de cada una de nuestras acciones;

generando un impulso que motiva a buscar cambios que no sólo te permitan mejorar como profesional docente, sino también estar bien contigo mismo, valorarte y enriquecer tu interior; para mí esto es sin duda, invaluable.

Pero antes de adentrarme en darles un recorrido técnico y metodológico sobre la construcción de este portafolio; me gustaría compartirles como fue el inicio de mi historia en la maestría. Comencé con un primer día sin entender que estaba haciendo; que me había colocado ahí en esta banca; me sentía fuera de lugar, ajena a todo y a todos; mi formación es médico familiar y el entorno era totalmente nuevo, notaba como me invadía el miedo por pensarme ignorante ante ese grupo de docentes que estaban junto a mí. Escucharlos fue intrigante, incluso inesperado, de pronto parecía que dentro del aula había más compañeros que compartíamos la misma sensación fue así como toda la jornada estuve pensando en que aún podía arrepentirme, me decía a mí misma, que podía observar las primeras sesiones y desistir en cualquier momento.

Hoy, bajo circunstancias tan diferentes, parada frente a la meta, dando vuelta para mirar el camino recorrido me percibo nostálgica deseando que no termine, queriendo extender los minutos para hacer más larga la estancia en el aula y permanecer junto a mis compañeros, colegas y amigos docentes. Marcada por huellas profundas hechas con las experiencias compartidas, admirando a mis profesores, notando como se ha anidado en mi un profundo respeto por todos los que están en esta tarea tan compleja como lo es el ser docente; y aunque ya hace un rato que me he sentido confiada y segura en este entorno educativo todo ha sido gracias a haber logrado reconocermme como docente, entender mi motivación, descubrir mis aciertos y errores elementos que dieron pie hacia la posibilidad de aceptar mis realidades y la necesidad de cambiarla.

En la maestría cada unidad de aprendizaje me brindo herramientas que al interconectarse para formar un todo permitían casi espontáneamente dar resultados transformadores de mi práctica docente. Dicho lo anterior, me adentrare en presentarles de forma general cómo se logró la elaboración del portafolio de experiencias docentes; el cual cabe resaltar que fue elaborado fundamentalmente en el eje de innovación de la práctica docente que tiene la maestría en su plan curricular. La estructura del portafolios fue construida a lo largo de estos dos años de estudio, es decir cuatro semestres cuyo plan de trabajo estaba eficientemente diseñado para permitir que el estudiante durante su primer semestre tuviera su primer acercamiento a la práctica docente, para conocer sus características y a través de registros etnográficos hacer descripciones que llevaran a la caracterización de la propia práctica docente.

El segundo y tercer semestre, nos llevan a la problematización; la cual se elabora con base en la revisión de los elementos constitutivos, su interacción y la conformación de la arqueología de la práctica docente, la revisión minuciosa y amplia de referentes teóricos cuyas teorías se relacionan con nuestras unidades de análisis que son: la autonomía en el aprendizaje o aprendizaje autodirigido y la metodología del aprendizaje basado en problemas; así se opta por indagar en la teoría del aprendizaje social de Bandura, el aprendizaje autodirigido por Zimmerman y Pintrich y el aprendizaje significativo por Ausubel; en lo referente a las estrategias didácticas se profundizó en el aprendizaje basado en problemas con Prieto y Schdmidt por ser la metodología elegida por la docente para el desarrollo del presente trabajo de investigación-acción.

Otro aspecto fundamental en la problematización lo representa el entendimiento de los referentes metodológicos sobre la investigación-acción; tales como Cacho y Restrepo; que permiten en su conjunto plantear la problemática identificada de tal manera que sea susceptible de tener un proceso de análisis, comprensión y reflexión de lo investigado y en paralelo permita

elaborar estrategias, implementar acciones para establecer un plan de mejora educativa que beneficie a todos los actores involucrados en el proceso de enseñanza y aprendizaje y propicie procesos de transformación. En mi caso la problemática identificada fue establecida a través de la siguiente pregunta de investigación ¿de qué manera con la metodología aprendizaje basada en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?

Basados en la investigación-acción se diseñó un plan de innovación; siendo necesario para ello reconstruir la pregunta de indagación con la información recabada una vez que se ubicó el nivel de aprovechamiento académico de mis estudiantes con base en las características y elementos que tiene cada fase del aprendizaje autodirigido según la ruta crítica adaptada de Zimmerman; lo que nos dio la siguiente pregunta de innovación ¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas, empleada por la docente en los médicos internos de pregrado, propicia que los estudiantes transiten de la fase de ejecución (primer proceso) a la fase de autorreflexión (primer proceso)? Con lo cual, se elaboró una planeación de clase intencionada.

La primer planeación didáctica tuvo la intención de establecer de forma clara las actividades que realizarían la docente y los estudiantes de manera paralela con la intención de alcanzar los objetivos y detonar pensamiento crítico reflexivo sobre sus intervenciones durante la presentación de contenidos y abordaje de escenarios clínicos; sin embargo, los registros de clase mostraron que era necesario ser más precisos en las planeaciones para que las actividades planteadas propiciaran acciones en los estudiantes que fueran conductores hacia elementos propios de la tercera fase del aprendizaje autodirigido.

El cuarto semestre fue donde la docente trabajo un proceso de innovación; en donde a través de la implementación de un plan de clase estructurado bajo objetivos establecidos aplicando como estrategia didáctica la metodología de aprendizaje basado en problemas para el desarrollo de las sesiones académicas, así fue como se hizo presente la autoevaluación, las retroalimentaciones individuales y colectivas, el análisis de casos clínicos individuales y la posterior puesta en común de los diagnósticos y tratamientos así como el uso de las tareas como un recurso de apoyo para el médicos internos de pregrado durante la resolución de problemas; con lo cual se propició en los médicos internos de pregrado el tránsito hacia la fase de autorreflexión del aprendizaje autodirigido; dichos resultados quedaron plasmados en el cuarto, quinto y sexto registros hechos durante el semestre final.

Invito a leer detalladamente el contenido completo de este portafolio de experiencias docentes; ya que es un trabajo de investigación-acción que te brindará un escenario lleno de experiencias docentes que, sin temor a equivocarme, considero despertarán en ti la inquietud por vivir la experiencia de forma personal; pues para mi representó un proceso continuo que me permitió deconstruir mi práctica docente, reconstruirla y finalmente durante el proceso de innovación logré evaluar la efectividad de la reconstrucción hecha a mi práctica docente.

INTRODUCCIÓN A LA PRIMERA FASE

“Caracterización de la práctica docente”

Todo lo que acontece dentro del aula, la complejidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje, los tipos de comunicación, las relaciones que en ella se generan, los aciertos y los fracasos respecto a los aprendizajes esperados, los factores contextuales, el rol que desempeña el docente y los alumnos forman parte de la práctica docente. Por lo tanto, debemos concebir este conjunto de situaciones como las que configuran la identidad de la práctica docente, es decir, permean el actuar en el quehacer del profesor; analizar la práctica educativa conlleva entonces no perder de vista que se trata de una actividad dinámica y reflexiva cuyo propósito es darle sentido y dirección a la identidad del propio docente.

La imagen de la docente vista a través del autorregistro de la propia práctica docente tiene mucho peso; pues nos orienta sobre la naturaleza que se constituye como el eje central de su práctica; entender que se hace, cómo se hace y por qué se hace al identificar el actuar que se tiene durante el desarrollo de la clase nos ayuda a comprender los significados de los elementos que son el motor de las decisiones que se toman dentro del aula; que además mueve a la docente, como cualquier individuo en la vida misma, hacia la identificación y aceptación de los hallazgos para generar o propiciar transformaciones en su propia práctica docente; justamente esta es la finalidad del autorretrato que se crea a partir del análisis realizado durante la caracterización de la práctica docente.

Este análisis de nuestra autobiografía permite llevar un proceso vital en el que se interioriza el modelo de clase y permite elaborar teorías prácticas que a través de la reflexión crítica

proyectamos la acción de la enseñanza. Y darse cuenta de manera consciente, reflexiva y responsable sobre la distribución de los momentos en mi clase, identificar el uso del habla, del tiempo y del espacio; descubrir los paradigmas que figuran en mis estudiantes respecto a la rotación en medicina familiar y esclarecer el motor que me ha llevado a desempeñar este rol como docente me impulsa al cambio, una transformación orientada a la mejora de mis procesos de enseñanza-aprendizaje; representa una oportunidad de cambiar las formas tradicionales que dominan mi quehacer docente.

Durante este capítulo tendremos como resultado una biografía de la práctica docente, mi práctica, que dará cuenta de los aciertos, los obstáculos, los errores, los aspectos que pueden ser mejorados o incluso sustituidos por otros que me lleven a desempeñar mejor mi rol docente; lográndose con ello, colocarme en un proceso de apropiación, es decir, al confrontar mi realidad desmenuzando cada aspecto de mi práctica para generar nuevos significados que me permitan enfrentarme a mi propia figura para transformarla dentro del contexto educativo. El registro permitió congelar la situación, reconstruir el hecho y posteriormente darle sentido a la práctica docente, a descubrir que hago, informar que significa lo que hago, a confrontar como he llegado a ser como soy y reconstruir como puedo hacer de modo distinto.

MICRO-ENSAYO DE PRIMER ORDEN

Ningún hombre puede sentirse cómodo sin tener su propia aprobación.
-Mark Twain

Conocerme a ti mismo, identificar tus características individuales, eso que te hace ser tú y no otra persona es fundamental para iniciar un cambio; el análisis de mi práctica docente me va llevando a esa posibilidad de darme cuenta ¿quién soy como docente? El autorregistro como herramienta para investigar la propia práctica docente es esencial para alcanzar una visión amplia de lo que estoy haciendo en el proceso educativo; puesto que su característica más importante es brindar la posibilidad de manera metafórica congelar la situación, como una imagen fotográfica, para que al observarla se pueda reconstruir el hecho y con su análisis se logró identificar el sentido a lo que la docente hace, en su día a día. Y con ello generar una conciencia que invite a propiciar cambios que busquen mejorar mi práctica docente.

Cómo persona me caracterizo por ser muy apasionada aspecto que se ve reflejado en mi papel docente; espero grandes resultados en los estudiantes y trato de trabajar en sus deficiencias me comprometo mucho y aunque estoy convencida de lo mucho que me encanta la docencia reconozco que recuperar mi práctica y poder darle un significado confrontando el por qué lo hago me va a permitir transformarme como docente.

Mi concepto de la educación médica radica en una forma de pensamiento que permite la construcción de diversas maneras para comprender el ejercicio de la medicina a través de la enseñanza y el aprendizaje; logrando por sí misma médicos reflexivos, críticos, confiables, capaces de resolver problemas de manera ética y profesional; por eso soy docente; porque pretendo ser parte de este legado, sembrar inquietud en los estudiantes para alcanzar sus aprendizajes significativos y participar en la formación de estos seres.

Contextualización

El desarrollo de mi práctica docente es a nivel licenciatura en la carrera de medicina general en la etapa curricular denominada “internado rotatorio de pregrado” que corresponde a los semestres noveno y décimo y se desarrolla en las unidades hospitalarias del sector salud, autorizadas para ello por la facultad y mediante el establecimiento de convenios y programas específicos. Esta etapa curricular permite al estudiante la integración de sus conocimientos básicos y clínicos, tanto de tipo teórico como práctico, el desarrollo de habilidades, destrezas y actitudes que habrán de permitirle después el ejercicio de la medicina general. El objetivo principal de este año es el entrenamiento en servicio, con una responsabilidad creciente en la atención a los pacientes con orientación y supervisión tutorial.

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, a la que yo pertenezco, es una institución de salud de primer nivel de atención autorizada para fungir como escuela y recibe de manera permanente estudiantes de diferentes Universidades (Universidad de Guanajuato, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Quetzalcóatl de Irapuato, Universidad Benemérita de Puebla, Universidad del Bienestar Benito Juárez y Universidad Anáhuac México) que se encuentran en su año de pregrado para que por dos meses tomen su módulo rotatorio en medicina familiar. Este módulo de rotación se estructura de la siguiente manera: participación operativa en las actividades diarias establecidas en diferentes servicios (medicina preventiva, planificación familiar, gerontología, módulo de manejo integral de diabetes por etapas, consulta externa y nutrición) y sesiones académicas diarias abordándose los principales temas de salud-enfermedad atendidos en la consulta externa de medicina familiar para las cuales se establece un calendario con los temas a desarrollar, los objetivos esperados y el

responsable de desarrollarlo. Dichas sesiones las tenemos dentro del consultorio que funciona como nuestra aula.

Contenido

El primer registro de clase lo realicé el 13 de septiembre del 2022 dentro del consultorio no. 9 de la CMF ISSSTE León comencé a las 12:00pm con la presencia de 3 médicos internos de pregrado, 2 estudiantes de 5to semestre, 1 médico residente y mi persona teniéndose programado como tema de clase: la historia clínica en la consulta externa del médico familiar cuyos propósitos eran conocer el concepto, estructura y elementos esenciales de la historia clínica, identificar factores de riesgo en caso clínico para establecer un plan de manejo multidisciplinario en el paciente.

El esqueleto de mi sesión se estructuró en cinco momentos; siendo primero el saludo y reflexionando sobre esto me percaté que lo realizo siempre durante mis clases ya que generalmente mis alumnos llegan asincrónicos en el tiempo porque saben que les doy una tolerancia de 5 a 7 min para comenzar y suelo dedicar este espacio para saludar uno a uno, y preguntarles cómo estuvo su día lo que me permite iniciar bajo un ambiente relajado, armónico y con actitud receptiva entre mis estudiantes. Según Rogers (1964): “Si puedo crear una relación que, de mi parte, se caracterice por: una autenticidad y transparencia... Entonces, el otro individuo... logrará cada vez mayor integración personal y será más capaz de funcionar con eficacia (p. 47).” Este preámbulo que tengo en el saludo construye esta relación, y en mis estudiantes es fundamental ya que debo considerar que cursan por un periodo cuyo desgaste físico y presión emocional dentro del marco hospitalario es muy alta lo que bloquea sus procesos de comunicación interpersonal en todos los ámbitos y si partimos del hecho de que para educar hay que comunicar entonces vamos por buen camino.

/Recibo a los chicos dentro del consultorio de inmediato acercan las sillas para sentarse alrededor del escritorio, los voy saludando uno a uno y pregunto ¿cómo estuvo su rotación el día de hoy? ¿todo está en orden?; a lo cual responden que todo está bien. Momento en el que nos interrumpe personal del departamento de enseñanza solicitando hablar conmigo; procedo a entregarles rápidamente el cuestionario impreso de diagnóstico inicial sobre el conocimiento del tema a abordar y pedirles que lo contestaran en lo que atendía asuntos administrativos. /

/Regreso al consultorio para iniciar con la clase y la grabación de la misma por medio de audio/ (R.1, p .38, 13/09/2022).

La educación en un ambiente hospitalario resulta difícil debido a la constante irregularidad en los tiempos asignados para dicha tarea, pues pese a que se cuente con un programa de trabajo aprobado por las autoridades generalmente se ven interrumpidas, postergadas o canceladas por situaciones institucionales o en el mejor de los casos únicamente perturbar la estructuración del momento; esto es justamente lo que me sucedió al inicio de mi clase llevándome al olvidar comenzar la grabación desde el inicio y no detallar las indicaciones para atender la realización de su evaluación diagnóstica inicial. Rodríguez (2004) considera que debemos tener instituciones inteligentes con contextos de aprendizaje permanente (p.69) así lograríamos que la educación médica hospitalaria fuera efectiva.

Ma: “Entonces, antes de que se me olvide yo creo que ya tenemos el tiempo suficiente hasta donde nos hayamos quedado, lo que sabemos, sabemos; todavía quédate con tu hojita memo, porfa porque todavía no acabamos. (R.1, p. 38, 13/09/2022).

En este momento mi interés se centró en retomar mi planeación dejando de lado el hecho de que los alumnos seguían enfocados en el cuestionario, restándole importancia a ello y lo peor es que no destiné espacio para puntualizar al grupo los elementos esenciales de la historia clínica que para algunos de los estudiantes al parecer no tenía claridad en dicha información dificultad su posterior participación en el caso clínico.

Ma: “¿Algo más o ya registraron los signos vitales completos?”
Ao: “¿Saturación 18?”
Ma: “Noventa y ocho”
Ao: “Digo no, no, no, perdón, perdón, ¿respiratoria 18 o 28?”
Ma: “Me acaba de dar, veintiocho”
/Me reí por las cifras que estaban preguntado/
Ao: “Ah, 28” (R.1, p. 39, 13/09/2022).

La lectura de la historia clínica la hice muy rápida esto sumado al déficit académico de algunos alumnos nos llevó a confusión con los datos clínicos; situación preocupante porque demostró como el alumno ni siquiera se dio un instante para analizar lo que estaba diciendo lo cual era absolutamente erróneo; prestándose para la burla de los participantes y llevándome a notar esta vulnerabilidad en la formación de los estudiantes viéndose así la necesidad de retomar aspectos de conceptos básicos en su proceso de educación.

Ao: “Pues al infarto, osea, básicamente”
Ma: “Ajá, cardiopatía isquémica, muy bien”
Ao: “Y RC”
Ma: “Ajá, eventos vasculares, cerebrales, ¿qué otra cosa?” (R.1, p. 42, 13/09/2022).

Durante mi análisis noté que utilizó constantemente expresiones afirmativas ¡aja!, ¿sí?, ¿no?; que se han convertido en muletillas e incluso note que son tan repetitivas que son un distractor en la comunicación con los estudiantes siendo así un aspecto que valdría la pena trabajar en mi proceso de transformación de la práctica docente.

Ma: “¿Cómo para qué? No hay ningún motivo para pedir una biometría hemática, eh, ¿algún otro?”
Ao: “¡Ah! Hay uno muy importante, tenemos que pedirle electrolitos séricos porque ha tomado hidroclorotiazida”
Ma: “ok ¡Muy bien! Perfecto, electrolitos séricos, memo les está ayudando en todo, Oli te toca, piensa en riesgo cardiovascular”
Ao: “¡Ah sí!”
Ma: “te estoy ayudando”
Ao: “perfil de lípidos”

Ma: “hay que pedirle un perfil de lípidos completo, muy bien, excelente, yo creo que con eso nos podemos quedar, sí. Hablando de la función renal que es algo que tú mencionaste memo, con la química podemos hacerle el cálculo de la tasa de filtración y si es necesario ahondamos con otras pruebas, ¿sí o no? ¿ok? Ahm, dijeron de la tele tórax, ¿por qué? Beto, ¿por qué tele tórax?”

Ao: “umh, por el EPOC” (R.1, Pp.44, 13/09/2022).

En el registro se observa que las preguntas detonadoras fueron efectivas puesto que originaron la participación reflexiva de los alumnos y también evidenciaron que su capacidad de análisis de casos clínicos es deficiente requiriéndose programar con ellos más actividades que les permitan aplicar su conocimiento teórico en casos reales para establecer un plan de intervención terapéutica efectiva. También se hizo evidente que en mi desesperación por querer llevar a los alumnos a un razonamiento óptimo tiendo a saturar con muchos cuestionamientos que en ciertos momentos yo misma termino respondiendo impidiendo que el alumno exprese su reflexión. Rodríguez (2004) confirma que la educación médica se trata menos de la práctica médica y más de la formación de médicos (p.71) es lo que para Adorno correspondería a formar para alcanzar la mayoría de edad (Adorno,1998, p. 126).

Ao: “hay que ver porqué está fumando si lo hace por estrés, ansiedad”

Ao: “por el trabajo”

Ao: “hay que valorar todo esto”

Ma: “muy bien, entonces, ya llevamos, memo dice reducir la dosis de hipertensivo y me imagino monitorear la presión arterial para ver si nuestro ajuste es óptimo”

Ao:” así es”

Ma: “y también propuso algunos estudios de laboratorio, antígeno prostático, química sanguínea”

Ao: “electrocardiograma”

Ao: “incluso hasta un EGO” (R.1, p. 42-43, 13/09/2022).

No me percaté hasta la revisión de mi registro que uno de mis alumnos no participa; en pocos momentos escucho su voz y cuando aparece es porque de manera intencionada fue señalado para participar y contrariamente Memo todo el tiempo aporta, participa y desea explicar y ayudar

a que el resto del grupo entienda el tema; esta falta de observación mía ha limitado el desarrollo equilibrado de mis estudiantes.

Ao: “Pues al infarto, osea, básicamente”

Ma: “Ajá, cardiopatía isquémica, muy bien”

Ao: “Y RC”

Ma: “Ajá, eventos vasculares, cerebrales, ¿qué otra cosa?”

Ao: “EPOC”

Ma: “EPOC, ¿otra? ¿qué es lo que más nos promocionan en la tele? Cáncer, sí; entonces, recuerden que parte de enfrentar esta cuestión del tabaquismo es que puede generarnos cáncer, entonces, hipertensión arterial. Ya sumamos cosas a lo que tenían ustedes, fibrilación, hipertensión, eh, enfermedad diverticular, agregamos obesidad grado 1, agregamos tabaquismos, ¿agregamos alguna otra cosa o ahí nos quedamos? ¿ahí nos quedamos? Me parece bien. Ahora, ¿cuál sería el plan de tratamiento para este señor de 75 años de edad? ¿les gusta lo que tiene? ¿cambiarían algo? ¿qué harían ustedes? Sí, a ver.” (R.1, p.42, 13/09/2022).

Cuando los alumnos tardan en dar sus conclusiones o son poco asertivos con sus comentarios me desespero y rápidamente opino o establezco las conclusiones; lo que podría llevarme a que en mi práctica docente mis alumnos se aprovechen de esta conducta y no se esfuercen para llegar y aterrizar sus propias conclusiones sabiendo que finalmente yo aterrizaré con ellas. En definitiva reflexionar en mis procesos de enseñanza-aprendizaje me permite examinar mi propia práctica lo que me posibilita a la vez la construcción de diversas formas de ejercer la docencia.

Ma: “y para esto es todo esto que Oli nos está mencionando, cambian, a veces Yo cuando empezaba a leer estas cosas decía, bueno y ¿eso para qué?, osea, ¿a mí de qué me va a servir? Ya cuando tengo al paciente, pero si cambia, cambia muchísimo, ahora con la pandemia tuvimos muchas pérdidas inesperadas y los pacientes o los familiares que quedan y están viviendo ese duelo tienen muchos problemas de tipo enfermedades mentales o emocionales ligadas a esas crisis inesperadas. Síguele porque sí no, me emociono. “

Ao: “sí, es, como lo comentaba la doctora también debemos evaluar el ciclo vital familiar”

Ma: “me adelanto, ¿siempre me adelanto verdad? “

Ao: “sí, un poco, jaja, pero no, no pasa nada doctora, y al final de cuentas, pues ya es lo que nos comentaba la doctora, osea, al final, todo el familiar atravesamos por nuestro ciclo, este vital donde, este, algunas situaciones nos pueden generar lo que son las crisis. (R.1, p. 51, 13/09/2022).

Cuando los alumnos exponen tiendo a dar opiniones adelantándose en el contenido del tema, lo que impide que el alumno continúe como lo tiene planeado y esto genera desconcierto en ellos; lo había percibido durante las clases, pero hasta que escuche el registro pude notar como el alumno en su discurso incluso señala que estoy adelantándome en los hechos.

Ma: “Oli hasta aquí nos tenemos que quedar “

Ao: “si “

Ma: “¿sí? ¿Te parece? ¿qué tanto te falta? ¿yo vi como 15 diapositivas no?” (R.1, p. 51, 13/09/2022).

Debido a que me ganó el tiempo de clase tuve que cerrar de manera prematura, ser muy breve y dejar de retroalimentar a los estudiantes para reforzar los puntos clave del tema y establecer conclusiones.

Uso del tiempo

De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica el uso del tiempo fue del 83% en la presentación y análisis del caso clínico, así como la exposición general del tema lo cual es totalmente aceptable; lo que no fue correcto es que únicamente destinara 5% al cierre por una mala administración del tiempo evitándome aterrizar las conclusiones finales con los estudiantes.

Distribución y uso del espacio

El desarrollo de nuestras sesiones académicas en el espacio del consultorio representa algunas desventajas como: el hecho de no tener como proyectar las diapositivas lo que visualmente sería favorecedor para todos, la constante posibilidad de ser interrumpidos por pacientes o personal diverso para situaciones ajenas a la sesión, la filtración del sonido de los consultorios continuos lo que nos lleva a tener que elevar el tono de voz e intentar ignorar las conversaciones contiguas para reducir la distracción que estas generan; sin embargo una ventaja importante es que la disposición

de los muebles y la manera en que los alumnos y yo nos acomodamos en el consultorio permite formar un círculo de trabajo que favorece la comunicación interpersonal horizontal armónica.

Uso del habla

De acuerdo a lo observado en el registro yo hago uso del habla la mayor parte del tiempo a pesar de que hay buena participación de los alumnos estas son breves y cortas, siendo necesario que yo intervenga para reforzarlas. En lo general se mantiene un dialogo fluido, con pequeños momentos en los que el tema puede ser más complejo y los alumnos se resisten a participar entonces el ambiente se percibe un poco forzado pues debo insistir mucho para que aporten sus opiniones.

Conclusiones

El análisis sobre mi práctica docente me ha permitido reconocer aspectos importantes que considero debo modificar: me gustaría mucho trabajar en el ritmo de mi habla, tratar de hacer algunas pausas para darle tiempo a mis alumnos de ir asimilando toda la información que les proporciono. También es necesario que permita que mis estudiantes se equivoquen de vez en vez, para esto tendré que dejar de reforzar y completar las aportaciones de los estudiantes; en estos casos, sería mejor identificar los puntos inconclusos o imprecisos para al final reforzarlos de manera grupal. Durante las exposiciones de los alumnos debo evitar hacer intervenciones adelantadas sobre el tema que se está desarrollando evitando con ello robarles las ideas que los estudiantes estaban por transmitirnos. Y como prioridad debo idear estrategias que me permitan ser más eficiente en el uso del tiempo para destinar un porcentaje mayor del mismo a las conclusiones, retroalimentación y cierre del tema.

Me alegra descubrir que los propósitos establecidos para la clase se lograron satisfactoriamente pues lleve a los estudiantes a reflexionar y establecer diagnósticos correctos, así

como un plan de manejo efectivo, óptimo e integral del caso clínico e identificaron el manejo multidisciplinario que se desarrolla durante la consulta externa. Sin embargo, este reconocimiento no es aún un aprendizaje significativo pues persigue a su reflexión el paradigma que tienen los estudiantes respecto a que el primer nivel de atención no aborda a los pacientes de manera integral únicamente subroga. Aquí en este aspecto es donde debo centralizar mis esfuerzos por utilizar estrategias educativas que me permitan cambiar dicho paradigma en los estudiantes. Quiero alcanzar lo que señalan (Pérez Gómez y Gimeno Sacristán 1988) la enseñanza debe ser concebida como una actividad compleja que subyace a las prácticas pedagógicas con el fin de reestablecer la relación entre teoría y práctica médica.

Referencias

Adorno, T.W. (1998). *Educación para la Emancipación*. Morata.

Campechano, J., García, A. P., Minakata, A., & Sañudo, L. (1997). *En Torno a la Intervención de la Práctica Educativa*. UNED.

Pérez-García, A. (1988). *Conocimiento académico y aprendizaje significativo. Bases teóricas para el diseño de la instrucción*. Akal.

Rodríguez-Gómez, H.M. (2004). ¿De la educación médica al médico como educador? *Iatreia*, 17(1), 68-75. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000100006&lng=es&tlng=es.

Rogers, C.R. (1964). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Ediciones Culturales Paidós, S.A. de C. V.

MICRO-ENSAYO DE SEGUNDO ORDEN

La enseñanza es más que impartir conocimiento, es inspirar el cambio. El aprendizaje es más que absorber hechos, es adquirir entendimiento.

(William Arthur Ward)

El segundo registro arrojó información muy valiosa; ya que metafóricamente hablando podríamos identificar su relevancia al compararla a esa luz del faro que ilumina el camino; dando cuenta de esos recovecos ocultos en la oscuridad; que en este caso sería el desconocimiento del por qué y cómo se desarrollan los procesos de enseñanza-aprendizaje con los médicos internos de pregrado (MIP) durante las sesiones académicas en su rotación de medicina familiar; los datos obtenidos además se enriquecen y aportan más ya que se tiene la ventaja de la información recabada y analizada en el primer registro de la práctica docente.

Lo anterior nos permite identificar situaciones que resultan problemáticas durante nuestro quehacer docente y que impiden de alguna manera alcanzar nuestras metas al desempeñar nuestro rol docente; siendo pieza clave para la planeación, diseño y ejecución del programa académico de los estudiantes, con enfoque humanista, de tal manera que los médicos internos se formen como profesionales solidarios, que comprendan al individuo y tomen decisiones centradas en beneficio del paciente.

Contextualización

Mis actividades como docente las desarrollo durante el año académico correspondiente al internado rotatorio de pregrado de la licenciatura de la carrera de médico cirujano en donde durante dos meses los estudiantes toman su módulo en Medicina Familiar dentro de nuestra unidad médica. Dicha rotación abarca actividades clínicas en los consultorios de medicina preventiva, planificación familiar, gerontología, módulo de manejo integral de diabetes por etapas (MIDE),

consulta externa y nutrición, así como sesiones académicas diarias abordándose los principales temas de salud-enfermedad atendidos en la consulta externa de medicina familiar con el objetivo de que el médico interno de pregrado tenga los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permitan la integración y el dominio de éstos en la aplicación de un modelo médico integral (biológico, psicológico y social), para proporcionar atención al paciente e integrarse al equipo de salud; ejerciendo un pensamiento reflexivo, científico y crítico para autoevaluar su práctica médica y proceso de aprendizaje, así como para la búsqueda y generación de conocimientos que le permitan resolver los problemas de salud más frecuentes (Salas y González, 2016). Dichas actividades se desarrollan en la Clínica de Medicina Familiar (CMF); en esta ocasión la rotación se conformó por seis médicos en formación provenientes de la Universidad de Guanajuato (UG), Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG) y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP).

Contenido

El segundo registro de clase lo realicé el 13 de octubre del 2022 dentro del consultorio nueve de la CMF ISSSTE León, comencé a las 11:58 am con la presencia de tres médicos internos de pregrado, dos estudiantes de quinto semestre quienes se incorporaron a la rotación de manera inesperada, situación que perturbó la dinámica para las sesiones con el resto de los estudiantes. Sin embargo, al considerar que (SEG, 2018) la empatía y la expresión asertiva es vital para el desarrollo de nuestras actividades hicimos ajustes para integrarlas, un médico residente y mi persona teniéndose programado como tema de clase: la relación médico paciente (M-P) durante la consulta externa del médico familiar cuyos propósitos eran describir el concepto, reconocer su importancia en la práctica clínica, conocer los elementos que la conforman, las técnicas empleadas así como los tipos que existen. Identificar la comunicación efectiva y la escucha activa, así como

los obstáculos en la relación M-P para finalmente expresar la experiencia en la atención del paciente utilizando como herramienta fundamental la relación M-P.

El esqueleto de mi sesión se estructuró en cuatro momentos: el saludo de bienvenida, la exposición del tema, discusión grupal y conclusiones; el saludo de bienvenida lo sigo utilizando con un espacio que favorezca la integración y la comunicación interpersonal, momento que genera confianza entre los estudiantes y contribuye a un ambiente educativo favorable para el aprendizaje significativo (Rogers, 1964). Cabe señalar que en esta sesión fue ocupado para resolver dudas administrativas de los estudiantes correspondientes a la organización de sus rotaciones cuyo interés era tan importante que inclusive se presentaron antes de la hora programada para la clase.

El momento de la exposición y discusión del tema se fusionaron debido a propuestas de los estudiantes sobre poner a debate los puntos relevantes o discrepantes al momento en que se hicieran evidentes; aspecto que fue muy enriquecedor y logró alcanzar los propósitos del tema de forma efectiva.

Ao: “Este, bueno, hoy vamos a hablar un poquito de la relación médico – paciente, este, pues como tal tampoco no hay, así como una gran información de, osea, osea bueno, sí hay pues, pero no hay como tanto, que les pueda platicar, me gustaría si la doctora lo permite, que lo hiciéramos un poquito más dinámico y pues si hay interrupciones y nos complementemos, osea todo el mundo en general sabe más o menos lo que es la relación médico-paciente y pues este, lo podemos completar (R.2, p. 61, 13/10/22).

Es evidente que la práctica de una metodología participativa facilita en el estudiante aprendizajes formativos que lo llevan a ser partícipe de la propia metodología del proceso enseñanza-aprendizaje justamente lo que esperamos lograr en los estudiantes para que durante su práctica médica sea capaz de participar en la formación de otros médicos en formación (SEG, 2018).

Ma: ... aquí pensar en que cada uno de nosotros asumamos nuestro rol, ya sea como médicos o como pacientes independientemente de que personas sean, lo mismo de este lado, nosotros nos quedamos como médicos y no sé ni quien es el que sigue, hasta que ya lo tengo acá enfrente, en ese momento tenemos que empezar a trabajar (R.2, p. 63, 13/10/22).

Reflexionar sobre qué tipo de relación M-P les gustaría construir para su futura práctica profesional en los MIP es fundamental (Rogers, 1964, p. 331) nos menciona el concepto de “la elección existencial” en las relaciones cuya importancia radica en la posibilidad de arriesgarse a comunicarse de manera coherente para lograr relaciones terapéuticas. Incluyendo en estas los dos principios morales que rigen a la relación M-P “responsabilidad compartida y respeto mutuo” según Huerta (2005, p. 149) es aquí donde el médico debe esmerarse en brindar una atención centrada en el enfermo y no la enfermedad; trabajando de manera personal y humana en todo momento.

Ma: el vulnerable, aja, el vulnerable en qué sentido haber Quique, dinos, él ya nos lo explico, ¿cómo lo entendiste? ¿por qué hablamos de la vulnerabilidad en el paciente en la relación médico-paciente?”

Ao: “bueno, ah, respondiendo primero a su pregunta Memo nos comentaba que hay como una balanza de poder, en el que el médico tiene la autoridad porque el paciente acude generalmente la mayoría de las veces a consulta porque sufre de algún padecimiento, entonces por eso es la vulnerabilidad del paciente; pero no siempre se cumple esto, muchas veces por ejemplo, regresando al punto anterior de que es consensuada, muchas de las veces, como en el escenario ideal es consensuada, pero por ejemplo en México, desde mi punto de vista, puede llegar un delincuente a tu consultorio y decirte atiéndeme y entonces ahí cambia un poco”. Bueno es lo que yo creo” (R.2, p. 64, 13/10/22).

Durante mi primer registro uno de los hallazgos fue la falta de participación de uno de los alumnos, ya que estaba poco integrado al grupo y no se había despertado en él la confianza para interactuar durante las sesiones; así que mi interés por su bienestar apoyo a lo que nos menciona (Jackson, 2010) “individualidad” este aspecto que en este caso dio como resultado la integración del MIP Quique así como participaciones fluidas y asertivas dentro de un ambiente positivo para lograrlo (SEG, 2018).

Ma: "... si entendemos que vamos a ofrecer una propuesta y mediáticamente vamos a llegar a una decisión, y de la otra manera el paciente entra y te va dice ¡ah me tienes que atender!, quiero esto y quiero aquello. Y entonces nos volvemos mmm, eh eh"

Ao: "un medio" /los alumnos asentían con la cabeza, demostrando aceptar esta realidad/ (R.2, p. 65, 13/10/22).

Que el alumno aprenda a reconocer el escenario clínico donde pondrá en práctica sus conocimientos y habilidades es imprescindible para que construya sus estrategias a utilizar en sus relaciones M-P; deberá ser cada vez más consciente de su contexto, sus potencialidades y sobre todo de sus responsabilidades para así ser capaz de alcanzar autonomía en su aprendizaje y lograr ser un médico con profesionalismo (Sánchez, 2015).

Ao: "la comunicación efectiva va a reflejar la satisfacción del paciente, disminuye errores, reducir quejas y demandas, va a mejorar el cubrimiento del paciente a los regímenes de medicación y tratamiento y va a tener un impacto positivo en resultados clínicos en salud física y mental de los pacientes. ¿qué opinan de esto?" (R.2, p. 66, 13/10/22).

En esta viñeta podemos ver con claridad que se logra uno de los propósitos primordiales del tema que es destacar la importancia de la relación M-P a partir de las ventajas que ofrece a todos los involucrados. Elemento que deja en claro que el alumno es capaz a partir del autoaprendizaje desarrollar aprendizaje significativo lo que aumenta su probabilidad de tener éxito.

Ma: "¿qué obstáculos como profesionales de salud solemos aplicar para no tener una comunicación efectiva?"

Ao: "obstáculos"

Ma: "obstáculos y eso lo hacemos todos eh"

Ao: "bueno ah"

Ma: "aja traten de, obstáculos más; que más recuerdan"

Ao: "bueno, primero que nada, muchos de los doctores cuando están dando consulta ni siquiera voltean a ver a los pacientes" (R.2, p. 66, 13/10/22).

La observación continua del estudiante a sus profesores puede llevar a conductas erróneas en algunos casos; sin embargo, una de los principios que trabajo en la estructura de mi clase es la relevancia en el autodescubrimiento; llevar a la reflexión y aprendizaje sobre lo vivido de manera personal y entender en el proceso las realidades que los rodean y les son propias sean o no gratas para así transformarse e ir construyendo su experiencia (SEG, 2018).

Ao: “... entonces aquí abro el debate pues, entonces es decir si somos emocionalmente distantes y tenemos más enfoque técnico y supuestamente no le damos tan buena atención clínica al paciente por eso, ¿deberíamos de ser involucrados más emocionalmente para ser menos técnico o deberíamos ser así”

Ma: “qué buena, qué buen punto debate ...” (R.2, p. 70, 13/10/22).

Me gusta mucho que exista en la clase el debate de puntos controversiales que dan pie a una discusión y expresión de opiniones de forma generalizada; el pensamiento analítico del alumno tratando de entender cómo conducirse emocionalmente durante la relación M-P me mostró que sería importante que para nuestras futuras clases se debe abordar el tema de la comprensión como ese sentimiento de enorme valor, enriquecedor para quien comprende y quien es comprendido que en todas las relaciones que esté presente será un valor positivo para ellas. En la práctica médica la comprensión empática es imprescindible para desarrollar buenas relaciones M-P (Rogers, 1964).

Ma: “... ¿qué pasó Memo?”

Ao: “no, ya se me olvidó lo que tenía, es que ya van como tres veces que pienso en eso, pero” (parece que Memo sintió que no le permití decir sus ideas de manera inmediata causándole que se le olvidaran) (R.2, p. 72, 13/10/22).

Nuevamente me sustraje mientras les explicaba a los estudiantes de tal manera que no me percaté que uno de ellos en varias ocasiones expresó de manera no verbal que deseaba participar; este aspecto ya lo había identificado en mi primer registro y era uno de los elementos que deseaba modificar; y aunque comprendo que podría estar relacionado con “la inmediatez” (Jackson, 2010)

esa exigencia del aquí y ahora que se da durante la clase y que puede contribuir a mi falta de atención. Aun así, debo mejorar y trabajar con mi concentración en estos aspectos de índole emocional durante mi clase.

Ma: fijense que aquí, Memo. Mmm, excelente lo que concluyes y lo que aterrizas, excelentemente bien. Yo el único consejo que les daría es que para que tengamos un impacto sobre lo que estamos haciendo es que nos demos a la tarea de reflexionar, tanto lo que nos salió bien, como lo que nos salió mal. Eso es lo que construye la experiencia sí. (R.2, p. 74, 13/10/22).

Como docente debo continuar fortaleciendo el reconocimiento de la propia persona en el estudiante para que sea capaz de aceptarse y así logre su transformación. (Rogers, 1964) algo fabuloso en el cierre es que ahora tuvimos tiempo suficiente para llevarlo a cabo; así fue como tuvimos la conclusión hecha por el alumno responsable de la exposición del tema y la conclusión hecha por la docente ligadas ambas con los comentarios de todos los participantes en la clase.

Ao: “es muy padre cuando estás de este lado y llega tu maestra”

Ao: “el otro día me encontré a mi maestra de la secundaria y se asombró mucho de verme que estoy estudiando medicina”

Ao: “es divertido”

Ma: “bien vámonos chicos, ya le voy a parar a la grabación” (R.2, p. 75, 13/10/22).

Debido a que utilizamos más tiempo del contemplado para la clase tuve que pedirles a los estudiantes que se detuvieran mientras compartían sus experiencias ya que el consultorio debemos desocuparlo puntualmente; esto, en definitiva, me desagradó porque no quería que se detuvieran, me hubiera gustado seguir escuchándolos compartir sus experiencias. Fue de esos llamados “milagros de clase” por (Jackson, 2010, p. 170-172) que efectivamente los viví como un acontecimiento inesperado que despertó gran satisfacción en mí y me llevó a darme cuenta de la necesidad que tenemos respecto a contar con más tiempo para tener clases en donde el dinamismo respalde la presentación y análisis de un tema determinado para despertar el interés de los

estudiantes, a tal grado que lo transformen en motivación para vincular sus conocimientos con la práctica así ser capaces de abordar al paciente de manera integral.

Ma: “claro, ¿qué más? ¿algo más?”

Ao: “y modificar si hay cambios en el estilo”

Ma: “estilo de vida, siempre, bueno, lo ideal es que empecemos como modificación del estilo de vida, uju, tratar de que disminuya, aunque en ningún momento, bueno, a menos que a mí se me haya pasado, pero no recuerdo que haya mencionado número de, de cigarros al día, no lo tenemos verdad, pero bueno, pensaríamos en que lo reduzca o desaparezca el abuso de tabaco”

Ao: “hay que ver por qué está fumando si lo hace por estrés, ansiedad”

Ao: “por el trabajo”

Ao: “hay que valorar todo esto”

Ma: “muy bien, entonces, ya llevamos, memo dice reducir la dosis de hipertensivo y me imagino monitorear la presión arterial para ver si nuestro ajuste es óptimo”

Ao:” así es”

Ma: “y también propuso algunos estudios de laboratorio, antígeno prostático, química sanguínea”

Ao: “electrocardiograma”

Ao: “incluso hasta un EGO”

Ma: “examen general de orina, sólo vamos a ver bioquímicos, ayúdenle a memo, deja que ellos digan, bioquímicos; memo propuso antígeno, bioquímica y EGO, llevamos tres, se quedan ahí o hay algo más que le pedirían” (R.1, p. 65, 13/09/22).

Retomar la necesidad del manejo integral del paciente por los MIP me llevó a recordar que ese aspecto en mi primer registro fue evidenciado como deficiente en los alumnos; es claro como únicamente a través de mis cuestionamientos el alumno intenta analizar los datos y establecer rutas de acción con el paciente; como lo señala: (Sánchez, 2015, p. 257) “el punto medular durante el internado médico es que el foco de atención gira en torno a que el estudiante aprenda y domine las estrategias metodológicas educativas, para que sea él quien protagonice la elaboración de su propio conocimiento y el profesor actué como facilitador, orientador y motivador”. Sin embargo, es en la vida diaria esto insuficiente, pues el médico interno de pregrado debe ser capaz de transitar durante su aprendizaje por las etapas que nos señala de pirámide de Miller: primero el alumno sabe, después sabe cómo y luego muestra cómo y finalmente hace. Por ello como docente debo trabajar

estrategias de enseñanza que centren al alumno en un enfoque integrativo durante la atención médica.

Uso del tiempo

De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica el uso del tiempo fue del 83% en la presentación y análisis del caso clínico, que en esta clase fue positivo pues permitió que bajo un ambiente positivo todos los alumnos participaran y construyeran aprendizajes significativos del tema ligados a sus experiencias personales en las relaciones M-P. El 11% correspondiente al saludo fue un tiempo mayor del esperado derivado de la necesidad de atender situaciones ajenas al tema, pero que están relacionadas con las rotaciones de los estudiantes; esto me conflictúa porque no puedo ni debo dejar de atender estas particularidades, pero me resta tiempo a los momentos de la estructura de la clase; así que creo que lo más pertinente sería planear y distribuir un horario exclusivamente para atender situaciones administrativas. Finalmente, el 6% destinado al cierre y conclusiones fue nuevamente insuficiente pues mientras los estudiantes deseaban seguir compartiendo sus experiencias con los otros tuve que interrumpirlo para desocupar el espacio del consultorio. Muy lamentable que otra vez sucediera esto.

Distribución y uso del espacio

El desarrollo de nuestras sesiones académicas en el espacio del consultorio representa algunas desventajas como: el hecho de no tener como proyectar las diapositivas lo que visualmente sería favorecedor para todos, la constante posibilidad de ser interrumpidos que en esta ocasión sucedió durante el cierre pues llegó un pasante de medicina a preguntarme sobre mi productividad del día distrayendo y me llevó a tardar en retomar las ideas que desea transmitirles a los MIP. La filtración del sonido de los consultorios que resulta muy molesto por ser un distractor; sin embargo una

ventaja importante en el espacio del consultorio es que la colocación de los muebles nos obliga a distribuirnos de manera cercana, quedando uno a uno favoreciéndose la comunicación interpersonal horizontal armónica.

Uso del habla

Derivado de mi primer registro durante esta clase modifiqué la velocidad de mi discurso, haciéndolo más pausado para favorecer la comprensión entre los alumnos; reduje el uso de muletillas y el abuso de afirmaciones y confirmaciones de las participaciones de los estudiantes; cabe señalar que continúo con participaciones muy largas, es decir, en momentos hablé demasiado e incluso eso me llevó a distraerme sobre los deseos de participación de uno de los médicos internos de pregrado.

Conclusiones

En términos generales el segundo registro evidenció que hay muchos factores que modifican los momentos de la estructura de clase y que una vez que se identifican deben ser analizados para reestructurar la planeación y así lograr los objetivos considerados en las clases. Me queda claro las ventajas de generar ambientes positivos y de confianza con los alumnos porque durante mi segundo registro pude percatarme de la fluidez en las participaciones, la iniciativa para discutir el tema y el interés por compartir sus conocimientos y experiencias. También pude notar el comienzo del pensamiento reflexivo y crítico en mis estudiantes, pero aun manifestando comportamientos pasivos que impiden que puedan integrarse a la vida diaria de la atención del paciente en la consulta externa de medicina familiar bajo un enfoque integral siendo necesario trabajar para mejorar sus competencias clínicas, alcanzar aprendizajes significativos, motivar su responsabilidad y vincular teoría-práctica bajo una actitud llamada profesionalismo.

Entonces debemos hacer la siguiente pregunta de indagación: ¿qué estrategias educativas utiliza la maestra para que los médicos internos de pregrado desarrollen habilidades, destrezas y actitudes para el abordaje integral del paciente?; dejando como preguntas secundarias las siguientes: ¿de qué manera la docente favorece la comprensión y participación de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente durante su rotación en la consulta externa de medicina familiar?, ¿cómo hace frente la docente a las faltas de comprensión de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente? y ¿qué actividades complementarias promueve la docente para favorecer el desarrollo de potencialidades que permitan a los médicos internos de pregrado alcanzar autonomía en su aprendizaje?; cuestionamientos que surgen del descubrimiento generado por los registros de mi práctica docente y que pretendo me lleven a entender lo que ocurre durante el proceso de enseñanza-aprendizaje y establecer propuestas de mejora en mi yo docente.

Referencias

- Campechano, J., García, A. P., Minakata, A., & Sañudo, L. (1997). *Entorno a la intervención de la práctica educativa*. UNED.
- Graue-Wiechers, E., Sánchez-Mendiola, M., Durante-Montiel, I., & Rivero-Serrano, O. (2010). *Educación en las residencias médicas*. Editores de textos mexicanos, S. A. de C. V.
- Huerta-González, J. L., (2005). *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. Editorial Alfil.
- Jackson, P.W., (2010), *La vida en las aulas*. Ediciones Morata.

Manual para facilitadores del aprendizaje, desarrollo humano. (2018). Secretaria de Educación de Guanajuato.

Rodríguez-Gómez, H.M. (2004). ¿De la educación médica al médico como educador? *Iatreia*, 17(1), 68-75. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000100006&lng=es&tlng=es.

Rogers, C.R. (1964). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Ediciones Culturales Paidós, S.A. de C. V.

Sánchez-Mendiola, M., Lifshitz-Guinzberg, A., Vilar-Puing, P., Martínez-González, A., Varela-Ruiz, M.E., & Graue- Wiechers, E. (2015). *Educación médica teoría y práctica*. Elsevier.

PRIMER REGISTRO

UBICACIÓN:

Institución: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Domicilio: Calle Cholula S/N Col. Azteca, León Guanajuato.

Docente: Dra. Isabel Sánchez Márquez

Nivel Académico: Licenciatura

Carrera: Médico Cirujano

Grado: Internado de pregrado

Lugar: Consultorio #9 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Módulo Rotatorio: Medicina Familiar

Horario: 12:00 – 13:00 pm

Fecha: 13 de septiembre de 2022

CONTEXTO

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, es una institución escuela que recibe de manera permanente estudiantes de diferentes Universidades (Universidad de Guanajuato, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Quetzalcóatl de Irapuato) que se encuentran en su año de Pregrado para que por dos meses tomen su módulo rotatorio en medicina familiar el cual es estructurado en un plan académico que involucra sesiones

académicas diarias con los principales temas atendidos en la consulta externa de medicina familiar así como adentrarse al campo clínico de la atención en primer nivel.

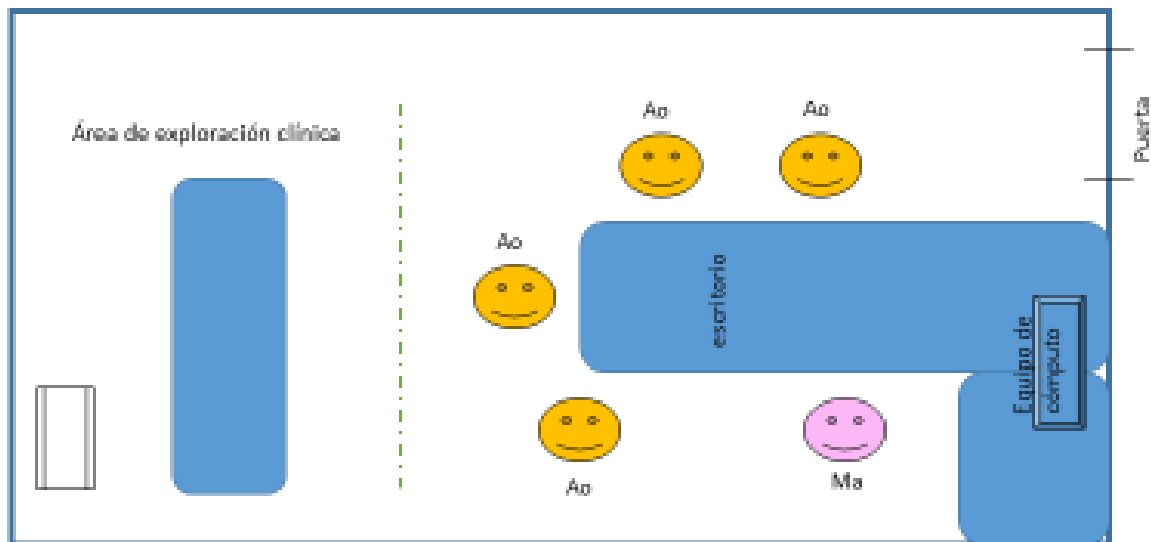
Actualmente el grupo de rotación a medicina familiar está conformado por tres médicos internos de pregrado, dos estudiantes de 5to semestre de la Licenciatura en Medicina General y un estudiante de primer año de la Especialización en Medicina Familiar. Todos se encuentran bajo un rol diario de las siguientes actividades: rotación clínica en diversos campos (medicina preventiva, planificación familiar, módulo gerontológico y consulta externa), sesiones educativas y guardias hospitalarias vespertinas-nocturnas en hospital de tercer nivel de atención.

Las sesiones educativas se desarrollan de lunes a viernes en horarios de 12:00 a 13:00pm ya sea en el espacio del aula o bien dentro del consultorio no. 9, siempre nos apoyamos de equipo de cómputo el cual es traído por el alumno y debemos mantener la puerta cerrada porque constantemente sufrimos interrupciones provenientes del espacio exterior.

DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO

Imagen 1

Croquis de la distribución dentro del aula durante la clase.



Nota: elaboración propia.

TEMA DE LA CLASE

La historia clínica en la consulta externa del médico familiar.

PROPÓSITOS DE LA CLASE

- a) Conocer el concepto, estructura y elementos esenciales de la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar como herramienta fundamental de la práctica médica.
- b) Identificar los factores de riesgo y acciones preventivas durante el desarrollo de la historia clínica (caso de paciente visto en la consulta externa de medicina familiar).

- c) Reconocer la relevancia del manejo multidisciplinario en la consulta externa de medicina familiar.

PROCESO

Luego de dar la bienvenida a los estudiantes y dedicar un espacio para preguntarles cómo se encuentran, les entregaré un cuestionario diagnóstico con la finalidad de que el alumno de manera individual reconozca su conocimiento previo al desarrollo del tema; posteriormente nos adentraremos en la lectura en voz alta de la historia clínica de una paciente atendido en la consulta externa de medicina familiar, hecha por otros estudiantes, resaltando cada uno de los elementos que la estructuran, los datos que aporta para el manejo del paciente para someterse a discusión y establecer un diagnóstico y plan de tratamiento del caso.

A través de tribuna libre todos los participantes expondrán sus conclusiones y establecerán un manejo integral con enfoque de riesgo dirigido a mejorar la condición del paciente y su familiar.

Finalmente reforzaremos el tema con la exposición del mismo por uno de los alumnos.

ESQUELETO DE LA PRÁCTICA

Planeación de Momentos			
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad
1. SALUDO	12:00 - 12:05 pm	5	Saludo / Pregunta por la rotación de los servicios/Cuestionario diagnóstico
2. HISTORIA CLÍNICA	12:05 – 12:10 pm	5	Término del cuestionario/ Indicaciones de la siguiente actividad/ Lectura en voz alta de Historia clínica
3. ANALISIS DE CASO	12:10 – 12:30 pm	20	Análisis del caso clínico
4. EXPOSICION	12:30 – 12:55 pm	25	Exposición de tema por estudiante
5. CIERRE	12:55 – 13:00 pm	5	Cierre

Momentos	Hechos	¿Qué está sucediendo?
<p>Momento 1</p> <p>12:00 pm</p> <p>*Saludo de bienvenida</p> <p>*Preguntar cómo estuvo su día</p> <p>*Contestar evaluación diagnóstica</p>	<p>/Recibo a los chicos dentro del consultorio de inmediato acercan las sillas para sentarse alrededor del escritorio, los voy saludando uno a uno y pregunto ¿cómo estuvo su rotación el día de hoy? ¿todo está en orden?; a lo cual responden que todo está bien. Momento en el que nos interrumpe personal del departamento de enseñanza solicitando hablar conmigo; procedo a entregarles rápidamente el cuestionario impreso de diagnóstico inicial sobre el conocimiento del tema a abordar y pedirles que lo contestaran en lo que atendía asuntos administrativos. /</p> <p>/Regreso al consultorio para iniciar con la clase y la grabación de la misma por medio de audio/</p>	<p>Todo este inicio de la sesión aproximadamente siete minutos no me fue posible grabarla debido a que me distrajo atender al jefe de enseñanza</p> <p>Los alumnos se ponen inquietos al recibir el cuestionario, pero de inmediato se concentran en contestarlo.</p>
<p>Momento 2</p> <p>12:07 pm</p> <p>*término del cuestionario</p> <p>*Indicaciones de la siguiente actividad</p> <p>*Lectura en voz alta de Historia clínica.</p>	<p>Ma: “Entonces, antes de que se me olvide yo creo que ya tenemos el tiempo suficiente hasta donde nos hayamos quedado, lo que sabemos, sabemos; todavía quédate con tu hojita memo, porfa porque todavía no acabamos. Vamos a hacer un pequeño ejercicio, sí, esto que les voy a poner ahorita es una historia clínica tal cual como fue realizada por alguno de sus compañeros, yo se los voy a leer. Si en algún punto de la información que les dé, para ustedes es insuficiente me pueden cuestionar por si la tenemos o no la tenemos y a final de cuentas lo que quiero que ustedes aterricen, lo que van a escribir en la parte posterior de su hoja sobre el paciente es su impresión diagnóstica, sí, a la que ustedes van a llegar, en esa parte yo no se los voy a decir, sí, ustedes me van a decir, mi impresión diagnóstica de la descripción que me hicieron es ésta, ha., y cuál sería su plan de tratamiento, sí, eso es lo que vamos a trabajar. Sí no, si desconocemos plan de tratamiento hablando de cuestiones farmacológicas para ustedes dos chicos.”</p> <p>/Menciono esto para los dos estudiantes de quinto semestre de la carrera de medicina que se integraron ya que en su programa académico aún no abarcan el área de farmacología/</p> <p>Ma: “Sí, hay otras acciones en medidas de prevención de riesgos donde deberían ya ustedes tener la información.</p> <p>Y a ustedes pues le toca todo completo, ¿no?”</p> <p>/Aquí me dirijo a los tres médicos internos de pregrado que son mis estudiantes durante dos meses durante su rotación en la clínica de medicina familiar ISSSTE León/.</p> <p>Ma: “Entonces, ¿listos?”</p> <p>/Comienzo con la lectura del caso clínico/</p> <p>Ma: “Se trata de masculino...”</p> <p>Ma: “Hasta ahí es su ficha de identificación”</p> <p>/Hago dicha aclaración para que los alumnos tengan presente la estructura correcta de la historia clínica/</p> <p>Ma: “En antecedentes heredofamiliares ...”</p>	<p>Tengo que llamar la atención de los alumnos para que me presten atención mientras comienzo la lectura de la historia clínica pues siguen escribiendo tratando de contestar las preguntas del cuestionario.</p> <p>Los dos alumnos de quinto semestre ponen cara de pánico al indicarles que ya deben tener esa información.</p>

<p>Momento 2</p> <p>*Lectura en voz alta de Historia clínica</p>	<p>/Continúo dando información como antecedentes laborales, personales no patológicos, personales patológicos, en lo que soy interrumpida por un alumno/</p> <p>Ao: “¿La intervención fue hace dos años o doce años?”</p> <p>Ma: “Tres años ...”</p> <p>/Continúo con la lectura del caso clínico con datos como padecimiento actual, exploración física/</p> <p>Ao: “¿Cuál es la frecuencia cardiaca?”</p> <p>Ma: “setenta y cinco”</p> <p>Ao: “Y ¿la presión arterial?”</p> <p>Ma: “110/90”</p> <p>Ma: “¿Algo más o ya registraron los signos vitales completos?”</p> <p>Ao: “¿Saturación 18?”</p> <p>Ma: “Noventa y ocho”</p> <p>Ao: “Digo no, no, no, perdón, perdón, ¿respiratoria 18 o 28?”</p> <p>Ma: “Me acaba de dar, veintiocho”</p> <p>/Me reí por las cifras que estaban preguntado/</p> <p>Ao: “Ah, 28”</p> <p>Ma: “Ok, ¿alguna otra cosa? A la exploración física, solamente les voy a decir si hay un hallazgo fuera de lo normal.”</p> <p>/Continúo leyendo la historia clínica/</p> <p>Ma: “Hasta ahí es toda la información que les voy a proporcionar, ahora quiero saber su impresión diagnóstica de ese paciente.”</p>	<p>Todos nos reímos por la confusión del alumno</p>
<p>Momento 3</p> <p>12:13 pm</p> <p>Análisis del caso clínico</p>	<p>Ao: “Pues, bueno, yo al leer las guías de la ISH se supone que, en pacientes mayores de 70 años, no deberías bajar la presión arterial a tanto, la deberías mantener entre 130 y 150 la sistólica”</p> <p>Ma: “Ajá”</p> <p>Ao: “Bueno, eso dicen las guías de la ISH”</p> <p>Ma: “Si claro, ¿por qué?”</p> <p>Ao: “Porque los cambios en el anciano, sobre todo en nivel de, ósea, arteriales, pues sí, ahora sí que se genera la matriz extra celular y se llena más de colágeno, se llena más de, hay, ¿cómo se llama esto? Sí, ósea se va calcificando la arteria y lo que va haciendo que las presiones, ósea las presiones, discurren mucho más rápido.”</p> <p>Ma: “uju”</p> <p>Ao: “este, es mucho más normal tener una hipertensión sistólica aislada.”</p>	<p>Mientras Ao participa el resto de sus compañeros están concentrados mirando sus anotaciones buscando que información utilizar para su participación dejando de atender la participación de su compañero.</p> <p>Hago la aclaración de cómo iniciaremos el análisis del caso para evitar que los alumnos pierdan el objetivo</p>

<p>Momento 3</p>	<p>Ma: “Claro, sí, entonces aquí, bueno ya memo se fue a un análisis de uno de sus signos vitales, ¿no?, no te gusta que tengamos una presión de 110/90, porque de acuerdo a lo que nos dicen las publicaciones deberíamos de tenerlo un poquito más arriba por el riesgo que implica una presión bajita; pero vamos a aterrizar primero, impresión diagnóstica, ¿cuáles son los diagnósticos de este paciente?”</p> <p>Ao: “Fibrilación auricular”</p> <p>Ma: “Sí, eso ya lo vimos en la historia, fibrilación auricular, ¿cuál otro?”</p> <p>Ao: “Hipertensión arterial”</p> <p>Ma: “Hipertensión arterial”</p> <p>Ao: “Y enfermedad diverticular”</p> <p>Ma: “Enfermedad diverticular, ¿hasta ahí nos quedamos? ¿seguros? Ah, a mí me llama la tensión, él fue sometido a una ... ¿se acuerdan que les comenté esto? ¿tendríamos qué darle un seguimiento a eso o ya damos por entendido que el problema se resolvió?”</p> <p>Ao: “Este, pues fue hace 20 años”</p> <p>Ma:” Uju, fue hace veinte años”</p> <p>Ao: “Si hubiera, un detalle, ya lo hubiera presentado”</p> <p>Ao: “Pues puede tenerlo”</p> <p>Ao: “La verdad no sé, osea, yo me estoy basando pues por la norma más que por otra cosa”</p> <p>Ao: “Pero si fue parcial y tenía hiperplasia, este benigna, bueno habría que ver si, ósea, bueno, sacar un marcador tumoral para determinar si pues, osea, pues si no ha cambiado la tensión maligna pues de la hiperplasia y segundo pues va a tener algún síntoma urinario, pero si no tiene ningún síntoma”</p> <p>Ma: “Eso es lo más importante, primero indagar si nuestro paciente dice que tiene el antecedente de un diagnóstico de hiperplasia ... hay que indagar ahorita si tiene manifestaciones urinarias, sí. Los hombres eh, suelen tener problemas de próstata, cuesta trabajo a veces extraer la información, ¿cómo es el chorro cuando hace del baño? Bien, normal, igual que siempre, ¿qué es igual que siempre? Osea, acostumbra tener chorros en pausa o reducción en la fuerza, hay que interrogarlo intencionadamente para saber si eso aún persiste o tenemos manifestaciones activas.”</p> <p>Ao: “sí, así es”</p> <p>Ma: “Es nuestra obligación pedirle un antígeno prostático específico a la fecha, porque sigue teniendo próstata”</p> <p>Ao: “Sí, poquita, pero no sabes”</p> <p>Ma: “¿poquita? Eh, ok, sí, pero no sabemos, el riesgo finalmente existe y más si tenemos el antecedente de la hiperplasia prostática, eh, ¿de cuánto fue su índice de masa corporal chicos?”</p> <p>Ao: “¿cuánto medía?”</p>	<p>Todos están analizando los datos y se aprecian receptivos e interesados</p>
-------------------------	--	--

<p>Análisis del caso clínico</p>	<p>Ma: "1.64 y pesaba 90"</p> <p>Ao: "1.64 ¿dijo?"</p> <p>Ma: "Ajá"</p> <p>Ao: "Es obesidad grado 1"</p> <p>Ma: "Entonces, ¿deberíamos ponerlo o no como impresión diagnóstica? Por eso es que les di, en la exploración física los signos vitales, ahí es nuestra obligación en un paciente que dice que solo viene a control y dotación de medicamentos, pero nosotros es nuestra obligación observar qué otros elementos. ¿qué otro elemento tiene como factor de riesgo?"</p> <p>Ao: "Tabaquismo"</p> <p>Ma: "Tabaquismo, exactamente, en el tabaquismo, bueno, podríamos incluso ponerlo como una impresión diagnóstica sí, la presencia del tabaquismo porque acarrea otras condiciones en nuestro paciente que además es hipertenso y que tiene problemas de fibrilación auricular, enfermedad diverticular, hiperplasia prostática más todo lo que nos abona el tabaco, nos puede dar resultados interesantes ¿o no? ¿a qué estaríamos ligando ahí la presencia de las sustancias tóxicas?"</p> <p>Ao: "Pues al infarto, osea, básicamente"</p> <p>Ma: "Ajá, cardiopatía isquémica, muy bien"</p> <p>Ao: "Y RC"</p> <p>Ma: "Ajá, eventos vasculares, cerebrales, ¿qué otra cosa?"</p> <p>Ao: "EPOC"</p> <p>Ma: "EPOC, ¿otra? ¿qué es lo que más nos promocionan en la tele? Cáncer, sí; entonces, recuerden que parte te enfrentar esta cuestión del tabaquismo es que puede generarnos cáncer, entonces, hipertensión arterial. Ya sumamos cosas a lo que tenían ustedes, fibrilación, hipertensión, eh, enfermedad diverticular, agregamos obesidad grado 1, agregamos tabaquismos, ¿agregamos alguna otra cosa o ahí nos quedamos? ¿ahí nos quedamos? Me parece bien. Ahora, ¿cuál sería el plan de tratamiento para este señor de 75 años de edad? ¿les gusta lo que tiene? ¿cambiarían algo? ¿qué harían ustedes? Sí, a ver."</p> <p>Ao: "Yo pues, realmente le disminuiría la dosis de telmisartán"</p> <p>Ma: "Ajá"</p> <p>Ao: "yo la verdad no me sé los sistemas, así como tal, pero, osea se supone que de primera línea está bien, y el telmisartán pues osea está bien, aunque se supone que osea se prefieren más beta bloqueadores"</p> <p>Ma: "ujum"</p> <p>Ao: "bueno, este, madamas que tienes que tener cuidado, bueno, este quién sabe, porque tienen el riesgo de RC, pero bueno, este, bajar la dosis de telmisartán, eh, luego sacar los estudios de laboratorio, osea general completos eh, para la función renal, para ver em, bueno, el anticuerpo prostático específico"</p>	
----------------------------------	--	--

<p>Momento 3</p> <p>Análisis del caso clínico</p>	<p>Ma: "ujum"</p> <p>Ao: "igual también creo que es importante determinar osea los niveles de glucosa, nosotros no sabemos si el paciente también tiene osea, alguna otra enfermedad clínica degenerativa añadida, este, madamas, así como de screening y ya si sí pues ya vemos que otras osea y podemos sacarle una, incluso, podemos ver electrocardiograma para ver, osea realmente como está."</p> <p>Ma: "claro, ¿qué más? ¿algo más?"</p> <p>Ao: "y modificar si hay cambios en el estilo"</p> <p>Ma: "estilo de vida, siempre, bueno, lo ideal es que empecemos como modificación del estilo de vida, ujum, tratar de que disminuya, aunque en ningún momento, bueno, a menos que a mí se me haya pasado, pero no recuerdo que haya mencionado número de, de cigarros al día, no lo tenemos verdad, pero bueno, pensaríamos en que lo reduzca o desaparezca el abuso de tabaco"</p> <p>Ao: "hay que ver porqué está fumando si lo hace por estrés, ansiedad"</p> <p>Ao: "por el trabajo"</p> <p>Ao: "hay que valorar todo esto"</p> <p>Ma: "muy bien, entonces, ya llevamos, memo dice reducir la dosis de hipertensivo y me imagino monitorear la presión arterial para ver si nuestro ajuste es óptimo"</p> <p>Ao: "así es"</p> <p>Ma: "y también propuso algunos estudios de laboratorio, antígeno prostático, química sanguínea"</p> <p>Ao: "electrocardiograma"</p> <p>Ao: "incluso hasta un EGO"</p> <p>Ma: "examen general de orina, sólo vamos a ver bioquímicos, ayúdenle a memo, deja que ellos digan, bioquímicos; memo propuso antígeno, bioquímica y EGO, llevamos tres, se quedan ahí o hay algo más que le pedirían"</p> <p>/Se escuchan murmullos/</p> <p>Ma: "no le soples"</p> <p>Ao: "la orina para ver si no"</p> <p>Ma: "¡ya! ese es EGO"</p> <p>Ao: "este, BH"</p> <p>Ma: "¿para qué? Cualquier cosa que tú digas que le vas a pedir, nos tienes que explicar para qué"</p> <p>Ao: "lo que sea está bien, nada más por qué"</p> <p>Ma: "sí"</p> <p>Ao: "no se si la temperatura la anoté mal, pero la trae elevada"</p>	<p>Tengo que contener a uno de los Ao quien es el más participativo para obligar a que los demás externen opiniones</p> <p>Resalto al Ao que no presta atención a los datos clínicos, lo cual genera desconcierto del alumno e intenta justificar su error</p>
--	---	--

<p>Momento 3</p> <p>Análisis del caso clínico</p>	<p>Ma: “¿treinta y seis puntos seis?”</p> <p>Ao: “está bien”</p> <p>Ao: “puse 38 jum, puse 38”</p> <p>Ma: “bueno, vamos a quitar, te diste cuenta que te equivocaste en la temperatura, entonces le pedirías BH, ¿sí o no? Ayúdale Beto”</p> <p>Ao: “pues yo no”</p> <p>Ma: “tú no se la pedirías ¿y tú Oli?”</p> <p>Ao: “no, yo tampoco, pues realmente no”</p> <p>Ma: “¿Cómo para qué? No hay ningún motivo para pedir una biometría hemática, eh, ¿algún otro?”</p> <p>Ao: “¡Ah! Hay uno muy importante, tenemos que pedirle electrolitos séricos porque ha tomado hidroclorotiazida”</p> <p>Ma: “ok ¡Muy bien! Perfecto, electrolitos séricos, memo les está ayudando en todo, Oli te toca, piensa en riesgo cardiovascular”</p> <p>Ao: “¡Ah sí!”</p> <p>Ma: “te estoy ayudando”</p> <p>Ao: “perfil de lípidos”</p> <p>Ma: “hay que pedirle un perfil de lípidos completo, muy bien, excelente, yo creo que con eso nos podemos quedar, sí. Hablando de la función renal que es algo que tú mencionaste memo, con la química podemos hacerle el cálculo de la tasa de filtración y si es necesario ahondamos con otras pruebas, ¿sí o no? ¿ok? Ohm, dijeron de la tele tórax, ¿por qué? Beto, ¿por qué tele tórax?”</p> <p>Ao: “umh, por el EPOC”</p> <p>Ma: “por el EPOC, qué puede tener, ¡hay que aclarar!”</p> <p>Ao: ah sí, este, el diafragma puede estar, estar mal nivelados, así como y este se va a ver niveles, se va a ver más negro pero normal”</p> <p>Ao: “ósea niveles hidroaéreos se toma, pero más bien como, ósea, es para asas intestinales cuando hay como gas por obstrucción intestinal”</p> <p>Ma: “eso es abdomen, jiji”</p> <p>Ao: “se eleva más como si fuera en el tórax”</p> <p>Ao: “así es”</p> <p>Ma: “ok, bueno, creo que vamos a tener que ayudarles a los chicos, sale”</p> <p>Ao: “digo, osea, van en quinto, osea”</p> <p>Ma: “sí, está bien, vamos a, el electrocardiograma también; ahora, nadie me ha dicho nada”</p> <p>Ao: “en la radiografía de tórax ver si no tiene una cardiomegalia”</p>	<p>En este momento los alumnos de 5to año se aprecian desconcertados por no entender lo que su compañero está explicando</p>
--	--	--

<p>Momento 3</p> <p>Análisis del caso clínico</p>	<p>Ma: "ajá, vamos a ver la silueta cardiaca"</p> <p>Ao: "vamos a ver una bolita o valles, o cáncer"</p> <p>Ma: "ujum, la, una tele tórax en este paciente podría ser muy provechosa, muy provechosa. Y bueno, ¿qué asunto con la amiodarona y el apixaban, ¿qué es la amiodarona?"</p> <p>Ao: la amiodarona es un antiaritmico de clase tres que inhibe los niveles de potasio"</p> <p>Ma: "muy bien, ¿y el apixaban?"</p> <p>Ao: "no sé"</p> <p>Ao: "se refiere al apixaban"</p> <p>Ma: "me encanta tu bolsa jajaja. Y este es importante aterrizarlo porque quiero que me digan si ligado a ese fármaco tenemos que vigilar algo"</p> <p>Ao: "Ah, sí y apoya con la"</p> <p>Ao: "Ah, sí, exactamente, sí, ósea, no sé exactamente cómo funciona"</p> <p>Ma: "sí, sí, vas muy bien, sí, tenemos que pedirle tiempos de coagulación, entonces, su tarea, tienen que investigar que es el apixaban, sí, recuerden que el paciente tiene fibrilación auricular"</p> <p>Ao: "tiene que estar entre dos y tres"</p> <p>Ma: "porque a él lo tenemos con apixaban y qué es lo que vamos a tener que estar vigilando, ¿qué y cada cuándo? Que luego tampoco es así de cada que venga le voy a pedir tiempos de coagulación, ¿verdad que no?"</p> <p>Ao: "cada 3 a 6 meses"</p> <p>Ma: "entonces, su dosis que les comentaba es 2.5 mg cada 12 h, es importante que tengamos eso también presente para su averiguación. ¿Qué otros elementos tendremos que solicitar a este paciente para vigilar su riesgo de complicaciones? Ahorita ya ahondamos ..."</p> <p>Ma: "¿qué otras cosas? Y les voy a ayudar un poquito para que no dispersarnos tanto, me refiero a valoraciones complementarias que tendríamos que hacerle a este paciente para prevenir o buscar intencionadamente complicaciones"</p> <p>Ao: "Pues pudieran ser unas PFH para ver la atención hepática respecto a los medicamentos que no haya este daño hepático"</p> <p>Ma: "¿hay algún medicamento de los que mencionamos que se elimine por vía hepática?"</p> <p>Ao: "mmm la verdad no se"</p> <p>Ao: "yo no sé si la amiodarona"</p> <p>Ma: "ok no mmm no necesitamos pruebas de funcionamiento hepático para él; ya no vamos a hablar de bioquímicos, yo creo que con los que llevamos tenemos información suficiente para escalar digamos como el preámbulo a conocer más de nuestro paciente."</p>	
--	---	--

<p>Momento 3 Análisis del caso clínico</p>	<p>Ao: "yo tengo otras dos, pero ya sería como más específicas."</p> <p>Ma: "haber"</p> <p>Ao: "ósea se supone que, en EPOC para poder diagnosticarlo, osea, aunque te sirve mucho una placa de tórax se debe de hacer pruebas de función respiratorio osea, con la espirometría"</p> <p>Ma: "espirometría a fuercitas"</p> <p>Ao: "aja, y la otra así también super más intencionado sería tratar de hacer un ecocardiograma para, este, si, un ecocardiograma"</p> <p>Ma: "¿Holter?"</p> <p>Ao: "si un ecocardiograma"</p> <p>Ma: "un ecocardiograma, ok."</p> <p>Ao: "hem, para ver si no tiene algún embolo algo así, osea que nosotros tuviéramos la sospecha para subirle el anticoagulante o así, pero pues primero sería las pruebas".</p> <p>Ma: "si está bien ya son pruebas más profundas. Ahora pensemos en complicaciones de enfermedad hipertensiva, ¿cuáles son las principales?"</p> <p>Ao: "un infarto"</p> <p>Ma: "mmm en problemas isquémicos, si, ya estamos como ahondando en eso. ¡también!"</p> <p>Ao: "hipertrofia ventricular izquierda"</p> <p>Ao: "que eso nos podría generar insuficiencia cardiaca"</p> <p>Ma: "aja"</p> <p>Ao: "pues nefropatía hipertensiva"</p> <p>Ma: "¡mmm, muy bien! Ya la estamos investigando la nefropatía, toda esta parte ya la cubrimos. ¿qué otra cosa nos falta? Muy importante"</p> <p>Ao: "pues los ojos"</p> <p>Ma: "exacto, entonces ¿a dónde tenemos que mandar a este paciente?"</p> <p>Ao: "a oftalmo"</p> <p>Ma: "¿para qué?"</p> <p>Ao: "porque"</p> <p>Ma: "¿qué le vamos a pedir al oftalmólogo que evalué en ese paciente?"</p> <p>Ao: "fondo de ojo"</p> <p>Ma: "revisión de fondo de ojo y medición de presión intraocular, a fuercitas, tenemos que ver que no desarrolle retinopatía hipertensiva, recuerden por eso es que son medidas preventivas, el paciente no nos va a decir nada, es más cuando nos diga hay que preocuparnos y</p>	<p>Pregunto a uno de los Ao por la hora ya que comenzaba a preocuparme el uso del tiempo</p>
---	---	--

<p>Momento 3 Análisis del caso clínico</p>	<p>darnos en verdad latigazos porque cometimos un grave error dejamos que el paciente llegara a ese punto.”</p> <p>Ao: “sí”</p> <p>Ma: “si, entonces la única manera de hacer un diagnóstico eh de manera anticipada o confirmar que el paciente está sin la complicación si le pedimos, lo enviamos a valoración con el oftalmólogo, ¿cada qué es obligado enviarlos?”</p> <p>Ao: “no se”</p> <p>Ma: “una vez al año, a fuercitas, tenga o no tenga nada quien define si el tiempo se acorta es el oftalmólogo dependiendo de sus hallazgos a la exploración”</p> <p>Ao: “va”</p> <p>Ma: “si, alguna otra cosa que le pediríamos o ya ahí nos quedamos”</p> <p>Ao: “bueno no sé si”</p> <p>Ma: “¿Qué hora es?”</p> <p>Ao: “si... tiene problema cardiaco se puede pedir, hay no recuerdo el examen que se ve la VEC y la prueba NP”</p> <p>Ma: “si tiene problema cardiaco”</p> <p>Ao: “hay, este se eleva cuando hay una, es un problema del ventrículo izquierdo.”</p> <p>Ao: “tú dices los polipéptidos natriuréticos, no”</p> <p>Ma: “aja”</p> <p>Ao: “Pero eso tiene que ver más de función renal, más que o sea si tiene que ver con el corazón, pero, o sea no se lo puedes pedir como bioquímico”</p> <p>Ao: “como indirecto no”</p> <p>Ao: “ósea sí, es como indirecto”</p> <p>Ma: “aquí, vamos, Memo les dijo una cosa hace rato, pueden pedir lo que sea, pero tenemos que saber porque, aquí institucional está bien fácil, yo le hago el papelito lo mando al paciente y listo, pero en realidad eso cuesta. Y ahora nuestra obligación no solo es la atención clínica que le damos al paciente, también tenemos una obligación y responsabilidad general con una buena distribución y uso de los recursos.”</p> <p>“Si yo le pido, ¡ah no vaya a ser que tenga eso! Mejor se lo pido. ¡no! Osea, por eso tengo que trabajarlo por etapas, sí. De primera línea y así es como intente llevarlos ahorita.”</p> <p>“Esto tiene que ver con la manera en que van a tener que abordar sus historias clínicas, ustedes dos chicos.”</p> <p>Ao: “aja”</p> <p>Ma: “a ellos todavía no sé qué les voy a poner creo que será”</p>	<p>Los alumnos se acercaron sobre la mesa muy curiosos tratando de ver las hojas de la historia clínica para identificar quien de sus compañeros la había realizado.</p>
---	--	--

<p>Momento 3</p> <p>Análisis del caso clínico</p>	<p>Ao: “no estamos bien así” /ambos estudiantes asumen una postura de rechazo ante la posibilidad de tarea/</p> <p>Ma: “bueno será interesante el asunto, este, pero si tienen que profundizar, esta historia clínica es de uno de sus compañeros y todo lo que ahorita discutimos, todo lo que pusimos en duda son cosas que no estaban plasmadas, que nunca se mencionaron.”</p> <p>“Y la respuesta que la mayoría me dice es que eso no venía en el expediente, aquí que falta sus últimos estudios bioquímicos para saber en qué condiciones está el paciente. Si tenemos otros estudios de gabinete por supuesto que sabemos que nos ayudan.”</p> <p>“Eh, pero bueno ya lo dejamos así ¿no? Pero ustedes en su historia clínica, para que realmente sirva ese trabajo hay que analizarlo a detalle. Que no se les vayan todos los aspectos que vamos a revisar y tienen que poner sus diagnósticos su plan de tratamiento no solo farmacológico. ¿si, ok? Muy bien. Gracias por eso. Alguna pregunta que me quieran decir o algo”</p> <p>Ao: “no”</p> <p>Ma: “así de repente le voy a traer cosas diferentes ¡eh! Yo me enfado de estar haciendo siempre lo mismo, entonces no se asusten si hacemos o incluimos actividades diversas. Va”</p> <p>Ao: “esta hojita se la dejamos ¿oh?”</p> <p>Ma: “¡ah! Si dénmela por favor”</p> <p>Ao: “ah no le puse impresión diagnóstica ni plan de tratamiento. ¿Se lo ponemos o ya se lo dejamos así?”</p> <p>Ma: no ya así déjamelos, ay ese Oli”</p> <p>Ao: /ríe/</p> <p>Ma: “y vamos con tu clase ¿no?”</p> <p>Ao: “sip”</p> <p>Ma: “porfa”</p> <p>Ao: “si ya”</p> <p>Ao: “mmm, ¿mande?”</p> <p>Ao: “yo tengo otra duda”</p> <p>Ma: “dime”</p> <p>Ao: “lo que dijo de la tarea del Apixaban”</p> <p>Ma: “¿de la qué?”</p> <p>Ao: “del apixaban”</p> <p>Ma: “ah”</p> <p>Ao: “este pues le podría más que nada, le podría ayudar por el sobrepeso y el tabaco eso también le puede causar, este, placa y</p>	<p>los alumnos adoptan una postura más relajada al notar que el análisis termino y la atención se centrara en el Ao que le toca exponer el tema.</p> <p>El Ao de 5to año intenta rápidamente con una participación mal documentada atender a la tarea de investigación que se dejó durante el desarrollo de análisis, generando una respuesta de su compañero tratando de explicarle su error</p>
--	---	---

<p>Momento 3</p> <p>Análisis del caso clínico</p>	<p>causarle un coagulo, esto también le puede ayudar, por eso se lo están dando ¿no? “</p> <p>Ao: “osea, bueno me espero “</p> <p>Ma: “no tú, participa memo, si adelante “</p> <p>Ao: “ya lo menciono, la verdad si era lo que pensaba ¿ubicas el Rivaroxaban? “</p> <p>Ao: “no “/se ríe/</p> <p>Ao: “bueno el ribaxoban y el apixaban funcionan igual bloquean un factor de la coagulación que es el 10, digamos que hay dos vías de la coagulación la intrínseca y a extrínseca y las dos llegan a la vía común y la vía común llega justo al 10, entonces que hace, osea este es un anticoagulante que hace que justo se inhiba ahí en la cascada de la coagulación. “</p> <p>“Lo que dices si tiene sentido lo que dices tenía hipertensión, tiene diabetes y no me acuerdo que más “</p> <p>Ma: “¡No! Diabetes no “</p> <p>Ao: “no, es obeso “</p> <p>Ao: “bueno hipertensión y es obeso “</p> <p>Ao: “tabaquismo “</p> <p>Ao: “y fuma, si obviamente está mucho más predispuesto a que pueda tener una placa de aterosclerosis, dos que se pueda romper esa placa y tres que se haga un coagulo y cuatro que se haga un embolo y cinco que ya sea que le dé un infarto del miocardio o que le dé un infarto en alguna otra parte como en el cerebro “</p> <p>Ma: “claro “</p> <p>Ao: “sí, entonces una lleva a la otra, pero no porque utilices el rivaroxaban te va a prevenir un infarto, sí, es eso sí que lo entiendas, sí, lo que sí “</p> <p>Ma: “vente, ¿no quieres venir al aula? “</p> <p>Ao: “lo que sí es que el apixaban se va a estar dando en la fibrilación auricular, ¿por qué? Porque como tú tienes las aurículas que están haciendo esto, entonces ... “</p> <p>/El alumno sigue explicando por qué se debe utilizar el apixaban/</p> <p>Ao: “entonces, más que porque tenga hipertensión y sea obeso y fume, el apixaban se le está dando porque la fibrilación auricular y entonces ... “</p> <p>Ao: “entonces por eso le das, osea todo para la hipertensión, ya igual y puede que te quede algún padecimiento para, o sea, a ti, ¿cómo se llama? Lípidos pues, osea ¿cómo? “</p> <p>Ma: “atorvastatina “</p> <p>Ao: “atorvastatina o algo así “</p>	<p>Hago una observación de la conducta de un Ao motivándolo a profundizar en su estudio</p> <p>Todos nos disponemos para escuchar al Ao que expondrá el tema</p>
--	---	--

<p>Momento 3</p> <p>Análisis del caso clínico</p>	<p>Ma: “Y hay una cosa Alexis, tienes que leer, eh, no se vale decir, ha es que no me acuerdo, se me acaba de olvidar, ¡ponte a leer! Porque bueno, tienes la gran oportunidad de tus compañeros que te pueden retroalimentar, pero si tú no leer, si tú no te pones a revisar lo que vayamos discutiendo aquí créeme que lo te dijo memo se te va a olvidar de aquí a mañana “</p> <p>Ao: “sí “</p> <p>Ma: “tienes que ponerte a investigarlo por ti mismo, ahorita tú dijiste, ¡ah, en este mismo momento lo leo! Si sólo se tratara de eso Alexis, digo, muchas de las cosas que discutimos ahorita con solo pensar en lo que teóricamente sabes de escuela, lo hubieras podido responder, ¡ponte a leerlo a conciencia!, ¡revisalo!, ¡analízalo! Y entonces, podemos discutir para que realmente te sirva como un aprendizaje y no se quede con que entra por aquí, sale por acá y el de aquí a la siguiente semana que tengamos un caso similar vas a volver a estar en la encrucijada, ¿sí? Te lo encargo mucho Alexis. Vamos ya a darle tiempo a Oli porque, vamos Oli, todo tuyo el espacio. “</p>	
<p>Momento 4</p> <p>12:37 pm</p> <p>Exposición de tema por estudiante</p>	<p>Ao: “Hoy vamos a ver la historia clínica pero más enfocada en la consulta externa del médico familiar, no en la consulta del médico general. Bueno antes que nada una pequeña introducción de qué es un médico familiar verdad, según la academia americana de médicos familiares, el médico familiar se define como aquella persona, este que con herramientas va a atender en el proceso de salud enfermedad a una persona ... “</p> <p>/El estudiante continúa con su exposición del tema historia clínica en la medicina familiar, entre los temas que se consideran son el familiograma que es uno de los proyectos que tengo considerado trabajar más adelante con ellos respecto su familia/</p> <p>Ma: “Voy a interrumpirte tantito Oli, para fines prácticos, el familiograma es una herramienta, una herramienta diagnóstica para conocer al menos tres generaciones que ligados a la persona identificada que sería a quien estamos dando la información, y lo que nos interesa es tener información relacionada con patologías físicas y mentales dentro de la familia, comportamientos repetidos, eh, tanto saludables como patológicos, un ejemplo de esto podría ser la práctica de ejercicio o la ausencia de éste en la diferentes generaciones y e identificar el tipo de relaciones que existe entre cada uno de los miembros porque es conocido que un detonante de las enfermedades puede ser el núcleo familiar, entonces la manera en que esté construido ese núcleo familiar podemos, salud, tener mayor posibilidad de enfermar, de controlarnos, o de estar sanos; ese es el objetivo del familiograma a grandes rasgos, que sí, bueno también, el poner el dato de la edad de los miembros si aún viven o si han muerto, pues de alguna manera, eh, nos da una figura de la sobrevivencia que vamos a tener nosotros, sí, osea hay muchos elementos que se pueden analizar de este y a partir de ahí incluso se saca esta información que Oli les va a presentar ahorita, se establece el tipo de familia, en qué etapa de su ciclo vital se encuentran y ayuda a plantear las intervenciones que como personal de salud hay que hacer con quien va a la consulta que sería su paciente identificado, el miembro identificado, ¿ok? “</p> <p>/Interrumpí la exposición con la intención de puntualizar el enfoque que quiero que consideren de la herramienta del familiograma dentro de la consulta externa/</p>	<p>Los alumnos adoptan una expresión como si lo que estoy explicándoles lo correlacionaran con sus situaciones familiares personales</p>

<p>Momento 4</p> <p>Exposición de tema por estudiante</p>	<p>Ao: “sí, exactamente como lo comentaba la doctora, ya después con esto vamos a tener los núcleos familiares o ver qué tipo de familia se presenta...”</p> <p>/El estudiante continúa con su exposición/</p> <p>Ma: “ok, Oli, miren, hay muchos tipos de familias de acuerdo al número de integrantes, y a la manera en que están interrelacionados, igual es lo mismo saber, conocer a cuál de estos se pertenece, te da una idea de la dinámica que tienen, pero, lo más importante y lo mencionó Oli, es que existen algo que se llaman crisis, todas las familias nos exponemos a crisis, en cada una de las etapas que tenga nuestra familia y como a todo hay crisis esperadas y crisis no esperadas, que acá se llaman normativas y para normativas, un ejemplo claro y justo me llegó a la idea cuando hablaste de la infertilidad, cuando una pareja decide casarse, se espera que se desarrolle una crisis y entendamos como crisis como ese momento de tensión o desequilibrio de la dinámica habitual de su relación y que va a originar un cambio, que el cambio puede ser positivo o negativo, si, ese es independiente del resultado, en sí la crisis es ese proceso que les acabo de mencionar, entonces una pareja que decide casarse ...”</p> <p>/continúo exponiendo el ejemplo para explicar una crisis normativa y una para normativa/</p> <p>Ma: “y para esto es todo esto que Oli nos está mencionando, cambian, a veces yo cuando empezaba a leer estas cosas decía, bueno y ¿eso para qué?, osea, ¿a mí de qué me va a servir? Ya cuando tengo al paciente, pero si cambia, cambia muchísimo, ahora con la pandemia tuvimos muchas pérdidas inesperadas y los pacientes o los familiares que quedan y están viviendo ese duelo tienen muchos problemas de tipo enfermedades mentales o emocionales ligadas a esas crisis inesperadas. Síguele porque si no, me emociono. “</p> <p>Ao: “sí, es, como lo comentaba la doctora también debemos evaluar el ciclo vital familiar “</p> <p>Ma: “me adelanto, ¿siempre me adelanto verdad? “</p> <p>Ao: “sí, un poco, jaja, pero no, no pasa nada doctora, y al final de cuentas, pues ya es lo que nos comentaba la doctora, osea, al final, todo el familiar atravesamos por nuestro ciclo, este vital donde, este, algunas situaciones nos pueden generar lo que son las crisis, verdad, entonces el médico familiar es donde hace su intervención en caso para la prevención y el tratamiento de las mismas, ahorita vamos a ver cuáles son pues todas estas crisis... es decir, por ejemplo, va a haber tres fases de este ciclo vital, la primera como lo decía la doctora es este cuando por ejemplo memo, que está soltero y va a conocer a su novia o ya conoce a su novia “</p> <p>/hace referencia a otro estudiante para poner un ejemplo del tema a exponer/</p> <p>Ao: “es la etapa de emparejamiento “</p> <p>Ma: “jumjum “</p> <p>Momento 4</p> <p>Ao: “después memo, ya que conoció a su novia se decide casar y tener hijos, esa ya es la etapa de expansión, la familia ahora sí se expande y finalmente viene la fase de contracción ya es cuando la familia se expandió, y memo tuvo sus hijos, sus hijos crecieron, pues ya viene la etapa que los hijos ya se van de la casa, donde desafortunadamente</p>	<p>El Ao me observa y su lenguaje corporal me dice que lo estoy interrumpiendo</p> <p>Me doy cuenta que acaparo demasiado la atención y hago uso del habla en momento que los estudiantes pueden dar sus opiniones.</p>
--	--	---

<p>Exposición de tema por estudiante</p>	<p>la familia luego ya también hay sucesos de proceso de enfermedad, muerte, incluso memo, igual que todos, este, pues se va verdad, esas son la tres principales fases del ciclo vital ... por ejemplo, ya cuando eh tiene un noviazgo de pareja ya que tengan problemas, este, pues problemas de pareja, etcétera</p> <p>Ma: problemas de pareja, miren en esa etapa los principales problemas cuáles son, ahí los puso Oli ... “</p> <p>/continúo dando ejemplos acordes a lo que se encuentra exponiendo el alumno/</p>	
<p>Momento 5 12: 57pm Cierre</p> <p>Momento 5 Cierre</p>	<p>Ma: “Olí hasta aquí nos tenemos que quedar “</p> <p>Ao: “si “</p> <p>Ma: “¿sí? ¿Te parece? ¿qué tanto te falta? ¿yo vi como 15 diapositivas no? “</p> <p>Ao: “es rápido, son los temas “</p> <p>Ma: “a ver, si quieres, lista de problemas, ok, bueno, eh</p> <p>Ao: lo podemos ver en la clase, es que mañana yo estoy de post “</p> <p>/Para los médicos internos de pregrado, en el ISSSTE y la UG acordaron que los días que se encuentren post guardias nocturnas hospitalarias tendrán un día de descanso donde no asisten a rotar por los servicios ni a clases, por lo que el alumno me hace ese comentario debido a que al siguiente día él se encuentra en esa situación y no podrá terminar la exposición pues no asistirá a clase/</p> <p>Ao: “pero cuando quique regrese después de exponga su línea de tiempo “</p> <p>/Es una actividad que les dejé de tarea y están exponiendo en diferentes sesiones/</p> <p>Ma: “sí, me parece bien “</p> <p>Ao: “y ya es bien poquito, osea que sería, 5 minutos, incluso menos. “</p> <p>Ma: “mañana no es necesario que se presenten a la sesión general porque va a haber una capacitación técnica para el personal, entonces sí “</p> <p>/Todos los miércoles a las 8:00 am el personal médico tiene una sesión general en el auditorio como parte de la capacitación continua del instituto, a la que les pido a mis estudiantes que asistan para que se empapen de los temas de actualización que se ve en cada sesión/</p> <p>Ma: “si alguno de sus médicos le toca venir a la capacitación, entonces sí suben “</p> <p>/Cada uno de los estudiantes se encuentra rotando por un servicio de la clínica de medicina familiar con algún médico, nutrióloga o fisioterapeuta con el que previamente se programó y se acordó su ayuda con el proceso de enseñanza – aprendizaje de los alumnos/</p> <p>Ma: “si no les toca venir a sus médicos, se quedan en su rotación, sí, por favor “</p>	<p>Me veo en la necesidad de interrumpir la exposición debido a que tenemos que desocupar el consultorio para que el turno vespertino entre a trabajar.</p>

<p>Momento 5 Cierre</p>	<p>Ao: "pero yo mañana voy a "</p> <p>Ma: "mañana, sí, ¿vas a quirófano? "</p> <p>/El alumno asiente y cuando se encuentran en el servicio que tengan visita a quirófano, obviamente no pueden salir del servicio y se deben quedar ahí hasta terminar/</p> <p>Ma: "¿es tu última semana? "</p> <p>Ao: "es mi primera "</p> <p>Ma: "quizás voy a hacer cambios para la próxima te aviso "</p> <p>/esta consideración es debido a cambios del personal que apoya en la rotación clínica de los estudiantes/</p> <p>Ma: "te aviso si hay alguna modificación de tu servicio de rotación, ¿sí? Muy bien chicos, hay que ponerse a estudiar, eh, porque se tardó mucho. Gracias a ustedes y nos vemos mañana otra vez "</p> <p>Ao: "que esté muy bien doctora "</p> <p>Ma: "pórtense bien, estudien, aprovechen "</p> <p>Ao: "ya hice el grupo para avisos y generales "</p> <p>Ma: "¡Ah!, ¿sí? Que, qué bueno "</p> <p>Ao: "ahorita deje la "</p> <p>Ma: "ya hice el grupo, pero usted no está "</p> <p>Ao: "no "</p> <p>Ma: "de hecho, mira Oli, no tengo ningún problema, si no me quieren agregar porque yo sé yo también fui estudiante. "</p> <p>FIN DE REGISTRO</p>	<p>Todos nos despedimos con mucha amabilidad y ambiente cordial.</p>
------------------------------------	--	--

REFLEXIÓN

Escucharme se convirtió en una obsesión a tal grado que ponía el audio en mi vehículo mientras viajaba tratando de volver al momento una y otra vez; notando los siguientes aspectos: respecto al uso del habla tiendo a hablar muy rápido, frecuentemente utilizo expresiones como ¿sí?, ¿no? Como muletillas y me la paso confirmando o negando los comentarios de los estudiantes, en un intento por reforzar siempre los puntos clave del tema; referente a mi participación durante el proceso de enseñanza-aprendizaje cuando los alumnos exponen tiendo a dar opiniones

adelantándose en el contenido del tema, lo que impide que el alumno continúe como lo tiene planeado y cuando tardan en dar sus conclusiones o son poco asertivos con sus comentarios me desespero y rápidamente opino corrigiendo sus deficiencias.

Hablando del uso del tiempo durante el momento dos en la presentación de la historia clínica a los estudiantes no consideré las habilidades respecto a la lectura de comprensión y destiné poco tiempo para la lectura de la historia clínica generando un ambiente de tensión entre los alumnos por no darles espacio suficiente para analizar con calma los datos que les presentaba de forma verbal. No dediqué en mi planeación un tiempo para explicar el objetivo del cuestionario diagnóstico, resolver dudas y sacar conclusiones de sus respuestas y debido a que me la administración del tiempo de clase fue inadecuada tuve que cerrar de manera prematura y ser muy breve no retroalimentando a los estudiantes para reforzar los puntos clave del tema.

USO DEL TIEMPO POR MOMENTOS DE LA CLASE

Tabla 1

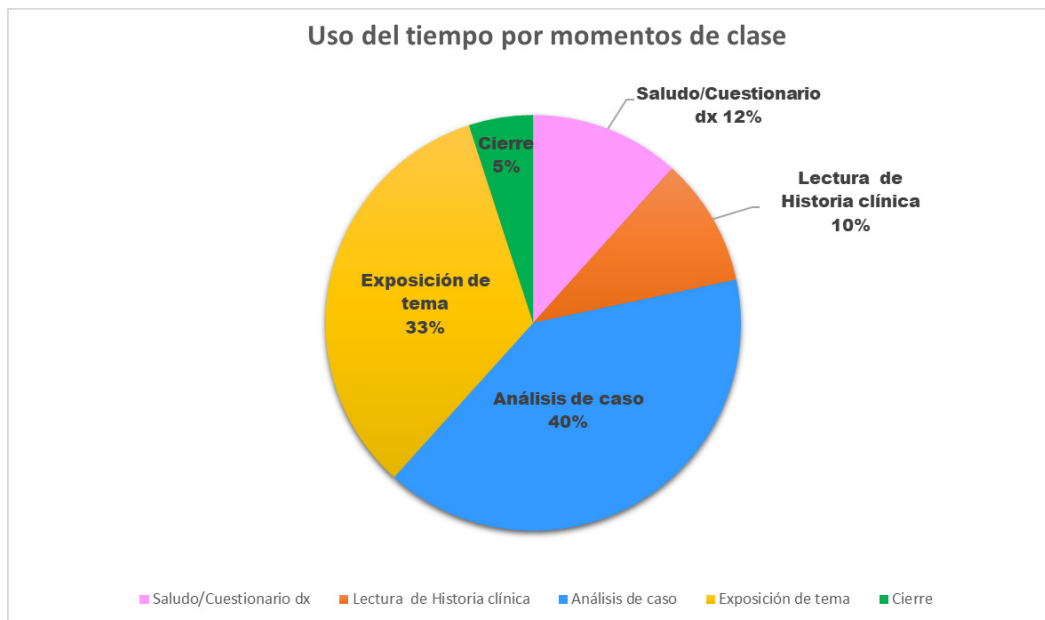
Distribución por momentos de la clase la historia clínica en la consulta externa del médico familiar

Momentos de la clase				
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad	(%)
1. SALUDO	12:00 - 12:07 pm	7	Saludo / Pregunta por la rotación de los servicios/Cuestionario diagnóstico	12%
2. HISTORIA CLÍNICA	12:07 – 12:13 pm	6	Término del cuestionario/ Indicaciones de la siguiente actividad/ Lectura en voz alta de Historia clínica	10%
3. ANALISIS DE CASO	12:13 – 12:37 pm	24	Análisis del caso clínico	40%
4. EXPOSICION	12:37 – 12:57 pm	20	Exposición de tema por estudiante	33%
5. CIERRE	12:57 – 13:00 pm	3	Cierre	5%

Nota: elaboración propia.

Gráfica 1

Distribución del tiempo por momentos de la clase la historia clínica en la consulta externa del médico familiar



Nota: elaboración propia.

EVIDENCIA DE ACTIVIDAD DE LA CLASE

Imagen 2

Historia clínica utilizada como recurso educativo durante el segundo momento de la clase

ISSSTE
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

PACIENTE: CARRILLO NAJDEBAS ANA ELIZABETH
CÉDULA: VAP0030405
FECHA DE ELABORACIÓN: 15/05/2022
EDAD: 46 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO: 15/06/1975
LUGAR DE ORIGEN: DOLORES HIDALGO, ISTD
LUGAR DE RESIDENCIA: LEON, GTO.
DOMICILIO: CAoba DE JEREZ 255 COL. JARDINES DE JEREZ SEGUNDA SECC.

TELÉFONO: 4772580498
ESCOLARIDAD: LICENCIATURA
OCUPACIÓN: JEFA DE ARCHIVO
ESTADO CIVIL: CASADA
RELIGIÓN: CATÓLICA
ALERGIAS: ONDACTRON
GRUPO SANGUÍNEO: A+

INTERROGATORIO: MIXTO

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIAR: (VIVOS O FALLECIDOS)
MAMA: FALLECIDA POR TROMBOEMBOLIA PULMONAR, CON HIPERTENSIÓN.
PAPA: FALLECIDA POR FALLO CARDIORESPIRATORIO, CON DIABETES MELLITUS
HERMANO: FALLECIDA, CON DEMENCIA
TÍOS: CÁNCER DE MAMA, CÁNCER DE PANCREAS Y COLÓN

MEJORA: 23 AÑOS. REGULAR CADA 23 A DÍAS, 1 TOALLA POR DÍA, DISMENORRÉICA
FUM DICIEMBRE DEL 2021
SIN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
SIN HIJOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:
HIGIENE: BAÑO DIARIO, CARNIOS DE DOPA DIARIO, CEPILLADO DE DIENTES DOS VECES AL DÍA
ALIMENTACIÓN: VARIADA FRUTAS 7/7, VERDURAS 7/7, CARNE BLANCA 3/7, CARNE ROJA 2/7, PRODUCTOS LÁCTEOS 5/7, TORTILLA O CEREALES 3/7, AGUA 2000 ML / DÍA.
ACTIVIDAD FÍSICA: NINGUNO
TABACUISMO: SOCIAL, MEDIA CAJETILLA AL DÍA, POR TEMPERADAS ?
ALCOHOLISMO: SOCIAL
OTRAS ADICCIONES: NEGADO
BIOMASA: INTERROGADO Y NEGADO
INMUNIZACIONES RECIENTES: ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO (SIN MOSTRAR CARTILLA). VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2 VACUNA ASTRA ZENECA 3 DOSES EN DICIEMBRE DEL 2021, VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA EN NOVIEMBRE DEL 2021
DOMICILIO: RENTA CASA EN ZONA URBANA, HECHA CON MATERIALES PERFORABLES (CEMENTO Y LADRILLO), HACERAMIENTO NEGADO (VIVEN 2 PERSONAS EN 2 HABITACIONES)
SERVICIOS: CUENTAN CON SERVICIOS COMPLETOS (AGUA, LUZ, DRENAJE, GAS, INTERNET)
ZOOLOGÍA: 7 GATOS EN EL PATIO

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS
ENFERMEDADES U OTRAS PATOLOGÍAS: COLITIS ULCERATIVA TRATADA POR GASTRO Y PROCTOLOGO TRATADA CON MESALAZINA 3 EN CADA COMIDA A CAUSA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO CADA 3 SEMANAS. OPERAZÓN: DURO UNA VEZ AL DÍA, TILUCETINA 1 DIARIA, CRUSTAT CUANDO NO PUEDE HACER DEL BAÑO. CUANDO NO PUEDE HACER DEL BAÑO. OMEPRAZOL DIARIO UNA VEZ AL DÍA, LO CETINA 1 DIARIA, CRUSTAT CUANDO NO PUEDE HACER DEL BAÑO. HOSPITALIZACIONES QUIRÚRGICAS: MONTENRE FOR LA COLITIS ULCERATIVA, RECONSTRUCCION DE BRAZO VOLVERNO HACE DOS AÑOS, CIRUGIA DE APENDICITIS A LOS 2 AÑOS, A LOS 14 AÑOS POR PROBLEMAS LUMBARES, A LOS 17 AÑOS POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO, DURO UN MES EN COMA Y CON CEGUERA TEMPORAL. OPERAZÓN: DURO UNA VEZ AL DÍA, LO CETINA 1 DIARIA, CRUSTAT CUANDO NO PUEDE HACER DEL BAÑO. TRAUMAS: DE CRANEO
TRANSFUSIONES: 3 PAQUETES DE SANGRE Y DOS DE PLAQUETAS HACE 6 MESES.

¿Cómo debes describir de manera ordenada los AFP?

Imagen 3

Médicos internos de pregrado presentes durante la exposición oral del tema.



SEGUNDO REGISTRO

UBICACIÓN

Institución:	Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León
Domicilio:	Calle Cholula S/N Col. Azteca, León Guanajuato.
Docente:	Dra. Isabel Sánchez Márquez
Nivel Académico:	Licenciatura
Carrera:	Médico Cirujano
Grado:	Internado de pregrado
Lugar:	Consultorio #9 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León
Módulo Rotatorio:	Medicina Familiar
Horario:	12:00 – 13:00 pm
Fecha:	13 de octubre de 2022

CONTEXTO

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, es una institución escuela que recibe de manera permanente estudiantes de diferentes Universidades (Universidad de Guanajuato, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Quetzalcóatl de Irapuato) que se encuentran en su año de Pregrado para que por dos meses tomen su módulo rotatorio en medicina familiar el cual es estructurado en un plan académico que involucra sesiones

académicas diarias con los principales temas atendidos en la consulta externa de medicina familiar así como adentrarse al campo clínico de la atención en primer nivel.

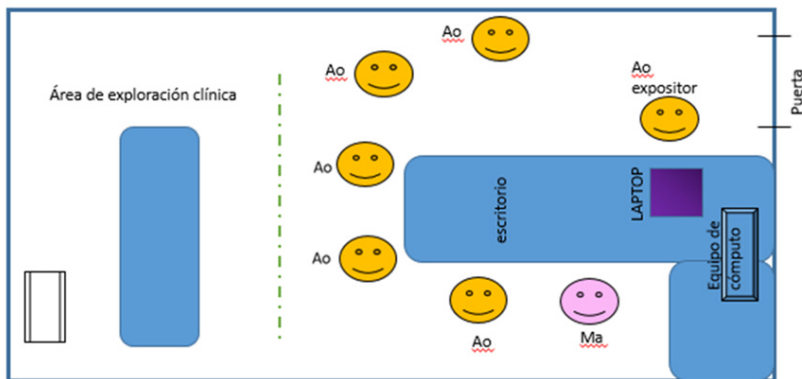
Actualmente el grupo de rotación a medicina familiar está conformado por tres médicos internos de pregrado, dos estudiantes de 5to semestre de la licenciatura en medicina general la cuales se incorporaron en las últimas dos semanas a nuestra rotación y un estudiante de primer año de la Especialización en Medicina Familiar. Todos se encuentran bajo un rol diario de las siguientes actividades: rotación clínica en diversos campos (medicina preventiva, planificación familiar, módulo gerontológico y consulta externa), sesiones educativas y guardias hospitalarias vespertinas-nocturnas en hospital de tercer nivel de atención.

Las sesiones educativas se desarrollan de lunes a viernes en horarios de 12:00 a 13:00pm ya sea en el espacio del aula o bien dentro del consultorio no. 9. Siempre nos apoyamos de equipo de cómputo el cual es traído por el alumno y debemos mantener la puerta cerrada porque constantemente sufrimos interrupciones provenientes del espacio exterior.

DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO

Imagen 4

Croquis de la distribución dentro del aula durante la clase.



Nota: elaboración propia.

TEMA DE LA CLASE

La relación médico-paciente (M-P) durante la consulta externa de medicina familiar

PROPÓSITOS DE LA CLASE

- Describir que es la relación médico-paciente (M-P)
- Reconocer la importancia de la relación M-P en la práctica clínica.
- Conocer los elementos esenciales de la relación médico-paciente, las técnicas y los tipos que existen.
- Comunicar de forma efectiva y escuchar de manera activa como modelos de comunicación en la relación M-P.

- e) Principales obstáculos en la relación M-P.
- f) Reflexión final sobre experiencias personales en las relaciones M-P durante la práctica clínica.

PROCESO

Luego de dar la bienvenida a los estudiantes, saludarlos y resolver inquietudes sobre sus rotaciones clínicas a la par de que el alumno asignado para exponer el tema de clase prepara su equipo de cómputo para proyectar su presentación una vez que todo esté listo daremos inicio con la exposición; dejaremos las ideas, conceptos y dudas de los puntos centrales del tema para al término de la exposición discutirlos de manera grupal a través de lluvia de ideas y debates; para finalizar con una conclusión general estructurada entre todos los participantes y hacer finalmente el cierre de la sesión despidiéndonos.

ESQUELETO DE LA PRÁCTICA

Planeación de Momentos			
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:05 pm	5	Saludar y dar la Bienvenida a los alumnos
2. EXPOSICIÓN DEL TEMA	12:05 – 12:30 pm	25	Exposición del tema relación médico-paciente por un alumno asignado previamente.
3. DISCUSION GRUPAL DEL TEMA	12:30 – 12:45 pm	15	Mediante lluvia de ideas discutir los puntos controversiales surgidos durante la exposición del tema.
4. CONCLUSIONES Y CIERRE	12:45 – 13:00 pm	15	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo.

Momentos	Hechos	¿Qué está sucediendo?
Momento 1 11:58 - 12:05 pm *Saludo	/Recibo a los chicos dentro del consultorio, el día de hoy se encuentra desde el inicio de la jornada laboral un residente del primer año de medicina familiar que se encuentra rotando conmigo durante el presente mes; me dirijo a los estudiantes que van llegando y pregunto en el orden que se incorporan ¿cómo vas con la rotación el día de hoy? ¿todo está en orden?; a lo cual responden	El inicio de la sesión aproximadamente 7 minutos del tiempo no me fue posible grabarla debido a que llegaron los alumnos

	<p>que todo está bien; sin embargo, surgen algunas dudas respecto al lugar donde les tocará la rotación para la próxima semana por lo que procedo a aclararlas/ /En lo que voy aclarando la duda de su rotación con un estudiante, el alumno que le toca exponer el tema de la relación médico-paciente procede a preparar su equipo de cómputo y tener todo listo para su presentación. / /habiendo aclarado las dudas, procedo a continuar con la sesión indicando el inicio de la exposición y procedo a grabar la clase en audio/</p>	<p>antes de su horario de clase al consultorio y yo no estaba preparada con el teléfono para grabar sin interrumpir la comunicación iniciada con ellos; por lo tanto, hasta que el estudiante que expondría el tema estuvo listo y comenzó la exposición del tema arranque con la grabación de la sesión. Me gustó mucho este fenómeno pues el llegar antes del horario de clase muestra el interés de los estudiantes para la actividad académica.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p> <p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ao: “Este, bueno, hoy vamos a hablar un poquito de la relación médico – paciente, este, pues como tal tampoco no hay, así como una gran información de, osea, osea bueno, sí hay pues, pero no hay como tanto, que les pueda platicar, me gustaría si la doctora lo permite, que lo hiciéramos un poquito más dinámico y pues si hay interrupciones y nos complementemos, osea todo el mundo en general sabe más o menos lo que es la relación médico-paciente y pues este, lo podemos completar”. Ao: “Este, encontré estas dos definiciones de que es la relación médico-paciente, la primera dice que es una interacción psicosocial, compleja, de vulnerabilidad, confianza, ahorita vamos a hablar un poquito más de lo que es la confianza y autoridad en un entorno profesional y la otra es una relación consensuada en la que el paciente a sabiendas busca la asistencia médica y el médico a sabiendas acepta a la persona como paciente...” /El alumno continúa con su exposición del tema/ Ma: “Ahí, memo nos dice consensuada, eh, ahora si lo vamos a aterrizar aquí a nuestro instituto, realmente cuántos de las relaciones médico-paciente que empiezan desde el momento en que nosotros eh, atendemos para que el paciente ingrese a nuestro consultorio, realmente ¿cuántas son consensuadas? ¿el paciente elije con quién entrar?” Ao: “No, pero, osea, así yo creo eso sí independientemente” Ma: “Ajá” Ao: “Bueno yo creo que eso sí, osea al final de cuentas la relación médico-paciente, bueno, a mí me llevaban de chiquito pues con algún doctor, el pediatra, lo que fuera, inmediatamente tomas una postura como paciente, independientemente si tú conoces o no al</p>	<p>Se dio por entendido que todos aceptamos la propuesta de participación conjunta en la exposición abriéndose a debate en el momento necesario los temas álgidos de la exposición cabe aclarar que los compañeros asintieron con la cabeza que aceptaban la dinámica de trabajo y a mí me pareció pertinente la intención de hacer dinámica la exposición con la participación continua durante la misma pues el tema justo uno de los objetivos que persigue es que los estudiantes expresen su experiencias en este elemento de su práctica clínica</p>

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>doctor, osea, al final de cuentas esa termina siendo una relación médico-paciente” Ma: “Ajá” Ao: “Y el pediatra, o cualquier doctor, traumatólogos, muchos traumatólogos, este, pues, osea toma la postura de que el tiene la autoridad sobre ti, osea obviamente no como un autoritarismo, pero tiene la autoridad sobre ti y uno asume, inconscientemente y consensuadamente, tú aceptas ese rol, no pues, tú tienes una persona al frente, que tú estás acudiendo pues al médico pues por algo, pues tienes que asumir primero ese rol para poder llevar en bien esa relación” Ma: “cierto, exactamente eso era, normalmente cuando hablamos de que hacemos un consenso, es porque elegimos mutuamente una determinada circunstancia, o estar con una persona, o hacer una determinada actividad. En este tema de la relación médico-paciente, esa parte de consensuado es en relación al rol que estamos dispuesto a asumir, cuando nosotros vamos a vernos todos como pacientes, estamos en este lado de decir voy a ir a hacer atendido o a solicitar orientación, yo automáticamente ya adopto mi rol de paciente, sí y lo que eso conlleva dependiendo del tipo de comunicación que establezca con la persona que me toca, que lo ideal sería, que por eso cuando surge cómo debe atender un médico familiar, se piensa en núcleos, núcleos de familias, es decir, determinada población o sectores de la población que circundan la clínica para que el conozca a ese grupo de personas y las personas lo conozcan y esa relación médico-paciente se va a desarrollar de una manera óptima; en el ISSSTE no existe eso bien estructurado, porque si tentativamente cuando alguien se mete al sistema de acuerdo a su domicilio le asignan un consultorio, entonces supongamos, mi consultorio, creo que más o menos las personas que yo veo, por ejemplo vienen, tengo aquí en el día de hoy, una, dos tres, cuatro, de una colonia que se llama ... eso me da a mí la posibilidad de más o menos ir ubicando a mis pacientes, lo mismo que ellos conmigo, pero no siempre se cumple esto; en el seguro social sí está bien marcadito, osea ellos siempre atienden a los mismos pacientes, entonces esa relación, esa parte de consensuada ya se logra de manera más efectiva; pero sí, lo que tú dijiste memo es el punto, aquí pensar en que cada uno de nosotros asumamos nuestro rol, ya sea como médicos o como pacientes independientemente de que personas sean, lo mismo de este lado, nosotros nos quedamos como médicos y no sé ni quien es el que sigue, hasta que ya lo tengo acá enfrente, en ese momento tenemos que empezar a trabajar bien rápido, a lo mejor ahorita lo vas a mencionar, las expectativas que tiene y las que yo tengo, rápido hay que construir, esa como parte de presentarnos y luego meternos a lo que le aqueja y luego resolver de una manera que tengamos que resolver” Ao: “Claro, entonces vamos a ver primero como las obligaciones que, bueno que mencionaba el artículo donde saqué la información” primero informar al paciente de qué condiciones, opciones, tratamiento, eh, pues osea, informar. Bueno ahorita lo vamos a ver. Pero el artículo mencionaba que uno de los cuatro pilares de la relación médico pacientes uno de ellos es el conocimiento; sin este no se puede entablar un ambiente, sin este no hay nada. Explicar la</p>	<p>Durante la formación médica siempre les pedimos a los estudiantes que para entender al paciente deben poner en el lugar del paciente, es decir, ser empáticos. Con este ejemplo el alumno está mostrando su conexión desde esta perspectiva con el escenario de la atención médica.</p> <p>Me dio gusto que el alumno pudo aclarar el punto de la pregunta que le hice porque demuestra que revisó el tema y está trabajando bajo el pensamiento crítico y analítico que es justamente lo que se persigue al asignar la exposición a un estudiante.</p> <p>Fue necesario extenderme en la explicación a los estudiantes sobre las circunstancias institucionales que nos pueden conducir a un determinado tipo de relación médico-</p>
--	---	---

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>condición médica, poder proporcionar el tratamiento óptimo y derivar al paciente con especialista apropiado en caso de que sea necesario y obtener los consentimientos ...” /El alumno continúa con su exposición del tema/ Ao: “el médico versus el paciente, el médico va a decidir sobre los servicios prestados en salud así del cómo y el cuándo lo que lo pone en la balanza del poder porque puede decidir el manejo del paciente y el paciente por la contraparte podemos verlo como una persona vulnerable que le van a confiar su salud y vida al médico y el punto del médico con el paciente pues es la confianza que se va a convertir en la piedra angular en una relación que es muy asimétrica. Que es lo que comentaba el artículo...” /El alumno continúa con su exposición del tema/ Ao: “por eso dice que es la balanza asimétrica del poder” Ma: “asimétrica a ok, ¿entonces la vulnerabilidad la pensaríamos solo en el paciente, ese concepto? ¿Solo el paciente esta como en esa parte de vulnerabilidad?” Ao: “puede ser que no, sin embargo, osea, osea, desde el inicio se le pinta al paciente como el vulnerable” Ma: el vulnerable, aja, el vulnerable en qué sentido haber Quique, dinos, él ya nos lo explico, ¿cómo lo entendiste? ¿por qué hablamos de la vulnerabilidad en el paciente en la relación médico-paciente?” Ao: “bueno, ah, respondiendo primero a su pregunta memo nos comentaba que hay como una balanza de poder, en el que el medico tiene la autoridad porque el paciente acude generalmente la mayoría de las veces a consulta porque sufre de algún padecimiento, entonces por eso es la vulnerabilidad del paciente; pero no siempre se cumple esto, muchas veces por ejemplo, regresando al punto anterior de que es consensuada, muchas de las veces, como en el escenario ideal es consensuada, pero por ejemplo en México, desde mi punto de vista, puede llegar un delincuente a tu consultorio y decirte atiéndeme y entonces ahí cambia un poco”. Bueno es lo que yo creo” Ma: “ummju...bueno ¿a ser coerciva?” Ao: “entonces ahí cambia un poco como, eso es lo que creo, que no siempre se cumple” Ao: “bueno, justo yo estaba pensando en eso, osea así un criminal o así, pues va a consulta y no se pone de una manera prepotente, aunque si ha llegado el caso, bueno osea así una balacera o algo así, pero por lo general uno no sabe si es buena o mala persona, osea viene con el rol de paciente”. Ma: “aja” Ao: “osea la mayoría de las veces, osea, la persona tú no sabes su historial criminal ni nada, pero probablemente una persona que nosotros hemos conocido pues ha hecho alguna atrocidad que nosotros no sabemos y al final pues tú no te das cuenta, porque por lo general el paciente viene en una posición vulnerable y pidiendo ayuda, osea, al final de cuentas el paciente pide y se pone a tu merced para que pues tú le trates de ofrecer la opción terapéutica nosotros tenemos el poder, porque a final de cuentas nosotros llevamos el poder, porque a final de cuentas el conocimiento es poder y nosotros estamos tratando de usar nuestros conocimientos para poder ayudar a ese paciente”</p>	<p>paciente ya que de no identificarse puede perjudicar el desempeño profesional del médico. Con esto nos enfocamos en reflexionar sobre qué tipo de relación médico paciente les gustaría construir para su práctica profesional individual.</p> <p>El alumno a pesar de que no planteo con claridad hacia donde iba la explicación que nos estaba dando; en este apartado expuso algunos de los elementos que dan relevancia al tema de la relación M-P respecto a su importancia en la práctica clínica lo que apoya el cumplimiento de algunos de los propósitos de la clase.</p> <p>Recordando que en el registro anterior uno de mis alumnos participaba poco tome la iniciativa de solicitarle directamente su intervención en la clase, lo cual resulto</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>condición médica, poder proporcionar el tratamiento óptimo y derivar al paciente con especialista apropiado en caso de que sea necesario y obtener los consentimientos ...” /El alumno continúa con su exposición del tema/ Ao: “el médico versus el paciente, el médico va a decidir sobre los servicios prestados en salud así del cómo y el cuándo lo que lo pone en la balanza del poder porque puede decidir el manejo del paciente y el paciente por la contraparte podemos verlo como una persona vulnerable que le van a confiar su salud y vida al médico y el punto del médico con el paciente pues es la confianza que se va a convertir en la piedra angular en una relación que es muy asimétrica. Que es lo que comentaba el artículo...” /El alumno continúa con su exposición del tema/ Ao: “por eso dice que es la balanza asimétrica del poder” Ma: “asimétrica a ok, ¿entonces la vulnerabilidad la pensaríamos solo en el paciente, ese concepto? ¿Solo el paciente esta como en esa parte de vulnerabilidad?” Ao: “puede ser que no, sin embargo, osea, osea, desde el inicio se le pinta al paciente como el vulnerable” Ma: el vulnerable, aja, el vulnerable en qué sentido haber Quique, dinos, él ya nos lo explico, ¿cómo lo entendiste? ¿por qué hablamos de la vulnerabilidad en el paciente en la relación médico-paciente?” Ao: “bueno, ah, respondiendo primero a su pregunta memo nos comentaba que hay como una balanza de poder, en el que el medico tiene la autoridad porque el paciente acude generalmente la mayoría de las veces a consulta porque sufre de algún padecimiento, entonces por eso es la vulnerabilidad del paciente; pero no siempre se cumple esto, muchas veces por ejemplo, regresando al punto anterior de que es consensuada, muchas de las veces, como en el escenario ideal es consensuada, pero por ejemplo en México, desde mi punto de vista, puede llegar un delincuente a tu consultorio y decirte atiéndeme y entonces ahí cambia un poco”. Bueno es lo que yo creo” Ma: “ummju...bueno ¿a ser coerciva?” Ao: “entonces ahí cambia un poco como, eso es lo que creo, que no siempre se cumple” Ao: “bueno, justo yo estaba pensando en eso, osea así un criminal o así, pues va a consulta y no se pone de una manera prepotente, aunque si ha llegado el caso, bueno osea así una balacera o algo así, pero por lo general uno no sabe si es buena o mala persona, osea viene con el rol de paciente”. Ma: “aja” Ao: “osea la mayoría de las veces, osea, la persona tú no sabes su historial criminal ni nada, pero probablemente una persona que nosotros hemos conocido pues ha hecho alguna atrocidad que nosotros no sabemos y al final pues tú no te das cuenta, porque por lo general el paciente viene en una posición vulnerable y pidiendo ayuda, osea, al final de cuentas el paciente pide y se pone a tu merced para que pues tú le trates de ofrecer la opción terapéutica nosotros tenemos el poder, porque a final de cuentas nosotros llevamos el poder, porque a final de cuentas el conocimiento es poder y nosotros estamos tratando de usar nuestros conocimientos para poder ayudar a ese paciente”</p>	<p>paciente ya que de no identificarse puede perjudicar el desempeño profesional del médico. Con esto nos enfocamos en reflexionar sobre qué tipo de relación médico paciente les gustaría construir para su práctica profesional individual.</p> <p>El alumno a pesar de que no planteo con claridad hacia donde iba la explicación que nos estaba dando; en este apartado expuso algunos de los elementos que dan relevancia al tema de la relación M-P respecto a su importancia en la práctica clínica lo que apoya el cumplimiento de algunos de los propósitos de la clase.</p> <p>Recordando que en el registro anterior uno de mis alumnos participaba poco tome la iniciativa de solicitarle directamente su intervención en la clase, lo cual resulto</p>

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ma: uju, de hecho, la vulnerabilidad del paciente radica en eso, en que es un individuo que viene a solicitar el apoyo de alguien porque esa otra persona tiene los recursos para ayudarlo, entonces, el hecho de ir a pedir eso es lo que lo hace vulnerable y que puede o no estar enfermo, también Enrique acuérdate, estamos hablando de personas sanas. Cuando pensemos en los pacientes, hay que tratar de pensar en nosotros como pacientes, para que no se nos olvide ese otro lado, de cómo se siente cuando te dicen haber súbbase a la camilla y, osea, descúbrase la pancita, ya lo han hecho, estoy segura que más de alguna vez recuerdan cómo se puede sentir a alguien que te está revisando tu estando acostado, si la percepción, y ese es el sentido de vulnerabilidad. El que tenga alguien que acercarse, alguien que no es nada de ti y tu mostrarle alguna parte de tu cuerpo te vulneraliza, que es donde nosotros tenemos que actuar siempre de manera muy profesional y ética para que esa vulnerabilidad nosotros no la convirtamos en una vulnerabilidad de la relación médico-paciente, si el paciente entiende que es algo que se requiere para llegar a un fin él va a aceptarlo y nosotros siempre vamos a ser respetuosos del proceder que realicemos. A mí me brinco algo que dijo Enrique que fue esta parte de la coerción. Y él lo relaciono nos puso el ejemplo de un delincuente. Eh de ahí vamos a sacar dos ideas, eh, la primera la vulnerabilidad de nosotros radica en que efectivamente no sabemos a qué nos enfrentamos, si, el paciente solo nos va a mostrar hasta donde él quiera y lo demás muchas veces ni siquiera nosotros lo necesitamos porque no nos compete a lo que vamos a hacer, pero si en algún momento sobre todo en la actualidad que estamos expuestos a cuestiones de violencia o de amm y es que es violencia en muchos sentidos, violencia psicológica, física, de género, son cosas que ya existen todos los días y podemos ser eh digamos violentados como profesionales de la salud en esas líneas, eh, entonces esa sería nuestra vulnerabilidad. Y el otro punto es no necesitamos que alguien sea delincuente para que el proceso empiece como un proceso de coerción. Que nos pasa aquí Juan, osea llega un paciente, vamos a suponer su cita era a las 8 de la mañana y llega 8:15. Se supone que tiene un lapso de 8 a 8:15 ese es su tiempo que tenemos para atenderlo. Entonces le dices sabe que discúlpeme, pero su cita ya no se puede ahorita le toca a otro paciente. Se dan media vuelta van con el jefe inmediato y el jefe inmediato regresa y te dice: tienes que ver a ese paciente. Es un acto de coerción y no hay un delincuente ahí que nos este. Y entonces ahí, es un precedente de cómo se va a formar esa relación. Así se cambia el sentido del poder”.</p> <p>Ao: “si”</p> <p>Ma: “esta cuestión que decíamos que en un mundo de caramelo el paciente viene receptivo, tú sabes que igual no eres así como hay yo soy superior a usted, pero si entendemos que vamos a ofrecer una propuesta y mediáticamente vamos a llegar a una decisión, y de la otra manera el paciente entra y te va dice ¡ah me tienes que atender!, quiero esto y quiero aquello. Y entonces nos volvemos mmm, eh”</p> <p>Ao: “un medio” /los alumnos asentían con la cabeza, demostrando aceptar esta realidad/</p>	<p>muy agradable pues el estudiante lo hizo con mucha fluidez y confianza.</p> <p>Resultado muy enriquecedor y gratificante observar cómo entre los estudiantes se tornó una discusión por las diferentes apreciaciones de las circunstancias que llevan a determinados tipos de relaciones y se dejó ver que elementos son los que les preocupan según los contextos en los que les ha tocado tener experiencias clínicas este tipo de escenarios brinda a los chicos la posibilidad de conocer a través de otros nuevos escenarios a los que en el futuro pueden enfrentarse; así adquieren herramientas para hacerlo de la mejor manera posible.</p> <p>Seguí interviniendo en la discusión para enfatizarles los diversos elementos que influyen en la</p>
--	--	--

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ma: “en esas circunstancias, un medio, si, un recurso que da lo mismo si es memo, quique, juan o yo”.</p> <p>Ao: “así es” (su actitud es de resignación a una realidad que no parece justa)</p> <p>Ma: es muy triste, eso, pero pasa y es parte de este tema, así que de tu opinión salieron esas dos cosas, muy interesantes. Síguete. Porque si no yo solo hablo y.”</p> <p>Ao: no está bien, igual si sigue saliendo algo, si quiere interrumpir.”</p> <p>/los alumnos mostraban con su expresión corporal interés y gusto porque yo haga las intervenciones durante la exposición del tema/</p> <p>Ao: “bueno entonces vamos a tener mmm, no bueno si, primero la comunicación efectiva, este, bueno, pues, tratemos de definir que es una comunicación efectiva, ósea lo que sea pues.”</p> <p>Ma: “¡es pregunta!”</p> <p>Ao: “aja”</p> <p>Ao: “bueno parte de la comunicación efectiva es que ambos lados se entiendan lo que se está explicando tanto de uno como del otro para poder resolver algún problema y evitar los errores que podemos llegar a cometer en una mala comunicación.”</p> <p>Ao: “así es”</p> <p>Ao: “un ejemplo podemos dar mal diagnóstico por un mal entendido, no escucharlo adecuadamente o el paciente de una información equivocada como en algunos casos puede suceder, a lo mejor un medicamento que es alérgico y ella te dice no creo que es el naproxeno”</p> <p>Ao: “umm”</p> <p>Ao: “el creo ya te da un sin fin de posibilidades ...”</p> <p>/El alumno continúa con su participación/</p> <p>Ao: “pero si la comunicación asertiva es que la emisión sea correcta, el receptor este entendiendo lo que está emitiendo y a su vez el mensaje este bien articulado para que haya un buen entendimiento de las indicaciones o de los que tu tratas de explicar hasta cierto punto” (todos los alumnos están muy atentos y en total acuerdo con lo expresado por su compañero según lo que se aprecia en su postura corporal y expresión facial de aprobación)</p> <p>Ao: “claro, si muy bien, lo dijo todo Juan Manuel, son como dos puntos dos ideas que hay que mencionar de ahí, la primera es que tiene que ver con la escucha activa, no, el prestar atención para que ese mensaje sea recibido de la mejor manera y la segunda es que como tú dices bien es que finalmente puede ser una barrera, ¡ah! Se me fue la idea, bueno ahorita se me regresa. (el alumno este incomodo porque del consultorio alterno se escucha mucho murmullo lo cual causa que se distraiga en su exposición del tema) la comunicación efectiva va a reflejar la satisfacción del paciente, disminuye errores, reducir quejas y demandas, va a mejorar el cubrimiento del paciente a los regímenes de medicación y tratamiento y va a tener un impacto positivo en resultados clínicos en salud física y mental de los pacientes. ¿qué opinan de esto?”</p> <p>Ao: “ah de la comunicación efectiva”</p> <p>Ao: “bueno pues si”</p> <p>Ao: “ah pues creo que osea justamente lo que ya se había mencionado emisión, receptor, mensaje anclado, pero el lenguaje también tiene que ser como, tiene que estar en el mismo canal,</p>	<p>cotidianeidad de las relaciones M-P.</p> <p>Los estudiantes necesitan reconocer que la contextualización a lo que sucede en la CMF en el tema de la relación M-P es imprescindible para entender lo que sucede y así poder analizar, cuestionar y proponer estrategias para mejorar las relaciones M-P.</p> <p>En esta clase el alumno responsable de exponer el tema estuvo interactuando verbal y no verbalmente con cada uno de los participantes lo que favoreció la creación de un ambiente favorable para la intercomunicación y participación efectiva del resto de sus compañeros acerca del tema.</p> <p>La síntesis que en este punto realizo el alumno aporta al propósito principal del</p>
--	---	--

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>porque no puedes hablar con el lenguaje técnico a alguien que no lo va a entender, entonces bueno solo eso.” Ma: “aportar eso ¡sí!” Ao: “ya me acorde antes de que se me vaya, porque si no se me va. El artículo también mencionaba de eso que decía de las barreras que a final de cuentas pues igual y nosotros no podemos, si nosotros somos el receptor bueno pues nosotros no va a quedar. Pero al momento en que somos emisores nosotros no podemos modificar como el emisor va a escuchar el mensaje. Por eso el artículo mencionaba que debemos de tratar de usar el lenguaje que sea claro pues, sin tecnicismos y obviamente a nivel de estudios del paciente y así, este, y pues hacer que el mensaje sea lo más claro posible...” Ma: “¿qué obstáculos como profesionales de salud solemos aplicar para no tener una comunicación efectiva?” Ao: “obstáculos” Ma: “obstáculos y eso lo hacemos todos eh” Ao: “bueno ah” Ma: “aja traten de, obstáculos más; que más recuerdan” Ao: “bueno, primero que nada, muchos de los doctores cuando están dando consulta ni siquiera voltean a ver a los pacientes” Ma: “falta de contacto visual” un obstáculo y que es muy efectivo eh, si tu no vez a alguien que es lo que estamos transmitiendo cuando no vez a alguien” Ao: “no me interesa” Ma: “no me interesa” Ao: “no, pero es que el lenguaje no verbal también lo puse ahí, también una diapositiva” Ma: “ah muy bien, si” Ao: “el lenguaje no verbal representa como el 70% del lenguaje” Ao: “y prácticamente de la comunicación y de que se te cure el paciente, si lo vez a los ojos, así le des paracetamol y le cambies por acetaminofén se te va a curar el paciente” Ao: “si” Ma: “se sienten, ah, la mayoría o el porcentaje de pacientes que viene para ser escuchado independientemente de las patologías que tiene solo para ser escuchado y sentirse atendido y eso se refiere a que le presten atención es muy alto.” Ao: “si” Ma: “si, entonces si nosotros trabajamos en identificar cuáles son nuestras barreras de comunicación, que todos los tenemos eh, el no tener este un contacto visual, el interrumpir constantemente, osea, que el paciente este, oiga no espéreme de esto que, oiga no esto que, solo vamos a. osea el tener esos interruptores también es de los bloqueadores, otro de los bloqueadores es, exactamente /un alumno señala el reloj de su mano/ estar con la cuestión del tiempo, eh otro bloqueador muy común aquí seria, mmm el silencio, osea el paciente puede estarte hablando y tú no decir absolutamente nada, bueno no se si hacer, escribir lo que aparentemente lo que está sucediendo y únicamente entregar la receta.” Ao: “la receta” Ao: “así” Ma: “la ausencia de una respuesta verbal, seria ese como un bloqueador y podríamos enlistar si nos pusiéramos a revisar, bueno</p>	<p>tema que es destacar la importancia de la relación médico paciente, así como sus ventajas para todos los involucrados en ella.</p> <p>La lluvia de ideas y el intercambio de las mismas entre los alumnos y yo fue muy agradable porque permitió ir desarticulando los elementos que involucran la escucha activa con los fenómenos de bloqueo en la comunicación de la relación médico paciente aportando para el mejor entendimiento del tema.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ao: “la receta” Ao: “así” Ma: “la ausencia de una respuesta verbal, seria ese como un bloqueador y podríamos enlistar si nos pusiéramos a revisar, bueno</p>	<p>Soy muy insistente puntualizando lo</p>

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>haber yo que hago, haber yo que hago que hago y ahí digamos que el tip es identificar cuáles son nuestros bloqueadores, trabajar sobre de ellos si es que queremos ser más efectivos en nuestra comunicación y como resultado tener mejores relaciones no solo con el paciente sino interpersonales de manera general con nuestros amigos, en casa, con nuestros colegas de eso dependerá nuestro éxito oh y bueno ya cuando hablaban de decir o recibir el mensaje correcto hígole que importantísimo es, pensemos cuantos problemas y no hablemos de la relación médico-paciente, sino cuantos problemas personales, laborales hablando de la sociedad con la que nos desenvolvemos ni siquiera existirían si el mensaje que queríamos dar hubiera sido transmitido correctamente e interpretado correctamente. Si” Ao: “así es” Ma: “cuantas cosas son” Ao: “cuantas guerras no se pudieron haber evitado” Ma: “ajá, exacto” Ao: “hablando de catástrofes, osea” Ao: “la muerte de Colosio” Ma: “la muerte de Colosio” Ao: “osea, ¿cuántas cosas?” Ma: “y aquí con los pacientes, Juan nos dijo, ¿qué pasa cuando les preguntamos si son alérgicos a algún medicamento? Yo les contaría, a mí me llegó a suceder cuando estaba en una de las actividades de urgencias que le preguntaba al paciente, ¿alérgico a? a no pues soy alérgico a penicilinas y luego, el motivo de atención era algún cuadro infeccioso y de verdad hasta que ya estaba escribiendo alguna penicilina decía, ah caray, espérate, ¿a qué me dijo que era alérgico? Incluso llegué a hacer impresiones con el medicamento al que era alérgico y yo decía, ¿qué me está pasando? Y eran esos procesos de comunicación incorrectos. Bendito Dios nunca se fue ninguno con eso y lo utilizó, pero a veces me salvó que, que el paciente volteaba y me decía, oiga le dije que soy alérgico a ese medicamento. Entonces, todo tiene que ver con la comunicación” Ao: “En un momento me tocó a mi compañero, entonces él pregunta, yo estaba con él y ya lo revisa, su infección, bla, bla, bla y ya este, una penicilina de ochocientas mil unidades, pónsela, se la pone, ok y ya sabemos y luego hay doctor, se me pasó decirle que soy alérgica a la penicilina, no ya se le había pasado, entonces, resulta la ventaja que no presentó, la dejamos en observación, no pasó a mayores, pero ese es un ejemplo, ahí aprendiste una cuestión de comunicación, preguntar primero, antes de aplicar el medicamento, lo bueno que no me pasó a mí, yo estaba presente, estaba con mi compañero, pero él estaba en otras situaciones, precisamente estaba con él pero estaba en otras situaciones. Igual, otra barrera es que muchas de las veces, como somos seres humanos, nuestro mayor error es tener nuestra mente muchas veces está en otro lado, en algunos casos no siempre, él estaba en una situación personal muy difícil, le dije, pásate para allá, yo termino tu consulta, osea es una forma de ayudar, una forma de comunicación y es una barrera que a veces” /El estudiante hace un chasquido de dedos/ Ao: “Claro”</p>	<p>importante que es para mejorar la relación médico paciente en nuestra práctica clínica el autoanálisis y reconocimiento de los elementos que pueden mejorarse o modificarse ya que uno de los grandes errores de los médicos es que justificamos una mala relación M-P en elementos ajenos a nuestra propia práctica y este paradigma debe ser modificado y reconstruido por los estudiantes para que tengan profesionalismo.</p>
--	---	--

	<p>Ao: "los médicos lo intentamos, pero no siempre"</p> <p>Ao: "claro"</p> <p>Ao: "pero no siempre"</p> <p>Ao: "somos humanos"</p> <p>Ao: "no siempre estamos al 100%, nuestro estado de ánimo también afecta la comunicación", también las cuestiones que tengamos, laborales, las personales, también te afecta. Un ejemplo, como decía quique, de un delincuente, ¿qué pasa cuando te llega el paciente y te llega esposado? ¿qué te interesa saber? ¿qué es lo que tiene o qué es lo que hizo?"</p> <p>Ao: "osea, por chisme pues qué es lo que hizo, pero"</p> <p>Ma: "ah, ah, a mí, lo primero, me interesa, ¿es peligroso? ¿puedo acercarme a él? Osea, eso es lo que primero pienso"</p> <p>Ao: "por seguridad"</p> <p>Ma: "cuando, cuando veo a un paciente que está esposado o viene acompañado, porque aquí, bueno, no me llegan esposados, nunca me ha llegado ningún esposado, pero sí llegan acompañados porque han tenido eventos de violencia, o hay documentado en el expediente, paciente agresivo, entonces, lo primero que pienso es en mi seguridad antes que, en la atención del paciente, sí, igual los pacientes acosadores, sí"</p> <p>Ao: "también"</p> <p>Ma: "los pacientes acosadores hay que tenerles mucho respeto porque las palabras, el nivel de distancia, el tipo de contacto visual que dices, ellos lo transforman en otros mensajes"</p> <p>Ao: "exactamente"</p> <p>Ma: "y es un riesgo, sobre todo para ustedes que están jóvenes, créanme, les van a salir muchas personas que a las que les van a llamar la atención y no porque sean médicos, profesionales o porque sean buenos en la cuestión médica, sin por otras líneas y eso es algo que tienen que aprender. La mayoría nos toca aprenderlo cuando tenemos la experiencia propia o del que está a lado, osea no hay algo, no nos dan herramientas para prevenirlo, es decir, oye cómo me enfrento o un paciente con esta situación, sí, es el adentrarnos a estos temas, cuando lo vemos en la escuela, yo recuerdo cuando estaba en la universidad decía bueno y esto, osea finalmente ya lo leí, se ve muy interesante, pero, osea no le hallaba ningún sabor, la primera vez que en una en una pase de visita uno de los médicos de base me dice, doctora interroga a la paciente sobre este, sus antecedentes gineco obstétricos, bueno me dijo a mí y a otra compañera, entre las dos teníamos que hacer la actividad, créanme que lo primero de lo que me percaté es que empezaba a sudar, empecé a sentir que estaba sudando y era porque a pasar de que ya lo había leído en el libro, que había visto tantos machotes de cómo, de si le preguntas si inició vida sexual activa, número de parejas sexuales, este, cuantas veces se ha embarazado, y vamos, te lo dices así como punto uno, punto dos, punto tres, pero teniendo a la paciente enfrente en las condiciones que ella estaba no encontraba las palabras correctas para preguntarle específicamente número de parejas sexuales y mi compañera y yo nos veíamos así como de te toca, no, te toca, tu dile, no hasta que el médico de base interviene y hace su participación y nosotros ah! Y, antes de eso yo podía decir hay ya vi el tema, relación médico paciente, historia clínica, ya lo he visto,</p>	<p>Los estudiantes están muy atentos, sumamente interesados en que les esté compartiendo mis experiencias; de esta manera articulamos la teoría con la practica en la clínica médica.</p>
--	--	---

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>es más lo he preguntado en las guardias con el paciente acostado a media luz, cuantos, de estos, pero bajo unas condiciones bien diferentes, sí, y acá en la consulta externa cuando ya los pacientes se convierten en tuyos y tuyos me refiero a que van contigo porque te buscan es otra historia, sí”</p> <p>Ao: “una experiencia graciosa hasta cierto punto, pero, así como dice la doctora, hubo una ocasión una femenina de 26 años, baja voy a revisarla, una infección vaginal, le pido, retírese su ropa de la cintura para abajo, ok, voy por la enfermera, siempre tiene que tener a tu enfermera a lado, entramos los dos, llego y le digo descúbrase, se descubre y la sorpresa para ambos fue que estaba completamente desnuda, como médico dices, yo nunca di esa indicación, cúbrase, póngase su ropa de la cintura para arriba, no ocupo que esté descubierta completamente, mi compañera se queda ahí, pero era una relación que la paciente era más por otra cosa que por la infección que trae, después eso lo vas a comprobar, aprender ustedes, suena gracioso pero una exploración sobre todo hacia el área”</p> <p>Ma: “genital”</p> <p>Ao: “femenina, siempre, aunque sean los internos entran con una enfermera al lado, siempre”</p> <p>Ma: “o no cierran la puerta”</p> <p>Ao: “o no cierran la puerta”</p> <p>Ma: “si no hay nadie que pueda estar con ustedes, bueno, mientras tengamos espacios que permitan poner una cortina o que den algo de privacidad, nunca cierran la puerta, jamás, porque hablando de cuestiones legales, he, en ese sentido le dan la razón al paciente en primer lugar, asumen como hechos reales lo que el paciente describe o relata antes que el profesional que brinda el servicio”</p> <p>Ao: “esa es una realidad chicos, es un consejo que les puedo compartir, es una experiencia que lo mejor es graciosa pero que realmente como médico dices tú, bueno, osea, como profesional de la salud no, pero digo a lo mejor alguna otra persona, otro compañero, pero él sí presentó algo diferente y terminó perdiendo pues su profesión, digo por algo que no debería hecho, haber sucedido, por perder su relación médico-paciente, precisamente”</p> <p>Ma: “y aquí voy a aprovechar una cosa y eso es para ustedes, he, están como médicos en formación, sí, puede llegar a suceder que de repente se expongan a servicios o personal trabajador que intente aprovecharse de las circunstancias sí, y eso puede ser desde que solo le diga ha, voy a usar una palabra bonita que hermoso estás hasta que traten de sobrepasarse, tienen que tener claro que eso no está permitido, institucionalmente en la Universidad, en ningún lado ustedes siempre, independientemente que sean médicos internos de pregrado su integridad es primero y esto se los, voy a aprovechar porque si en algún momento tienen alguna mala experiencia y les hablo aquí de nuestra clínica inmediatamente avísenme he y tomamos cartas en el asunto, sale. Ya nos desviamos un poquito, pero junto tuvimos que aterrizarlo”</p> <p>Ao: “todo es parte”</p> <p>Ma: “es parte del paquete”</p> <p>Ao: “entonces bueno, los aspectos vitales de la relación médico-paciente van a ser cuatro, que es la confianza, que digamos que es la piedra angular, es el punto medio, eh, conocimiento, la</p>	<p>El alumno también está dispuesto a compartirnos eventos de sus experiencias durante la atención clínica motivado al escucharme lo cual enriquece al desarrollo del tema.</p> <p>Debido a la importancia y trascendencia del profesionalismo con que deben desarrollarse fue importante profundizar sobre establecer relaciones M-P respetuosas en todo momento.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>es más lo he preguntado en las guardias con el paciente acostado a media luz, cuantos, de estos, pero bajo unas condiciones bien diferentes, sí, y acá en la consulta externa cuando ya los pacientes se convierten en tuyos y tuyos me refiero a que van contigo porque te buscan es otra historia, sí”</p> <p>Ao: “una experiencia graciosa hasta cierto punto, pero, así como dice la doctora, hubo una ocasión una femenina de 26 años, baja voy a revisarla, una infección vaginal, le pido, retírese su ropa de la cintura para abajo, ok, voy por la enfermera, siempre tiene que tener a tu enfermera a lado, entramos los dos, llego y le digo descúbrase, se descubre y la sorpresa para ambos fue que estaba completamente desnuda, como médico dices, yo nunca di esa indicación, cúbrase, póngase su ropa de la cintura para arriba, no ocupo que esté descubierta completamente, mi compañera se queda ahí, pero era una relación que la paciente era más por otra cosa que por la infección que trae, después eso lo vas a comprobar, aprender ustedes, suena gracioso pero una exploración sobre todo hacia el área”</p> <p>Ma: “genital”</p> <p>Ao: “femenina, siempre, aunque sean los internos entran con una enfermera al lado, siempre”</p> <p>Ma: “o no cierran la puerta”</p> <p>Ao: “o no cierran la puerta”</p> <p>Ma: “si no hay nadie que pueda estar con ustedes, bueno, mientras tengamos espacios que permitan poner una cortina o que den algo de privacidad, nunca cierran la puerta, jamás, porque hablando de cuestiones legales, he, en ese sentido le dan la razón al paciente en primer lugar, asumen como hechos reales lo que el paciente describe o relata antes que el profesional que brinda el servicio”</p> <p>Ao: “esa es una realidad chicos, es un consejo que les puedo compartir, es una experiencia que lo mejor es graciosa pero que realmente como médico dices tú, bueno, osea, como profesional de la salud no, pero digo a lo mejor alguna otra persona, otro compañero, pero él sí presentó algo diferente y terminó perdiendo pues su profesión, digo por algo que no debería hecho, haber sucedido, por perder su relación médico-paciente, precisamente”</p> <p>Ma: “y aquí voy a aprovechar una cosa y eso es para ustedes, he, están como médicos en formación, sí, puede llegar a suceder que de repente se expongan a servicios o personal trabajador que intente aprovecharse de las circunstancias sí, y eso puede ser desde que solo le diga ha, voy a usar una palabra bonita que hermoso estás hasta que traten de sobrepasarse, tienen que tener claro que eso no está permitido, institucionalmente en la Universidad, en ningún lado ustedes siempre, independientemente que sean médicos internos de pregrado su integridad es primero y esto se los, voy a aprovechar porque si en algún momento tienen alguna mala experiencia y les hablo aquí de nuestra clínica inmediatamente avísenme he y tomamos cartas en el asunto, sale. Ya nos desviamos un poquito, pero junto tuvimos que aterrizarlo”</p> <p>Ao: “todo es parte”</p> <p>Ma: “es parte del paquete”</p> <p>Ao: “entonces bueno, los aspectos vitales de la relación médico-paciente van a ser cuatro, que es la confianza, que digamos que es la piedra angular, es el punto medio, eh, conocimiento, la</p>	<p>El alumno también está dispuesto a compartirnos eventos de sus experiencias durante la atención clínica motivado al escucharme lo cual enriquece al desarrollo del tema.</p> <p>Debido a la importancia y trascendencia del profesionalismo con que deben desarrollarse fue importante profundizar sobre establecer relaciones M-P respetuosas en todo momento.</p>

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p> <p>Momento 2</p>	<p>consideración y la lealtad son los cuatro puntos que este pues que menciona el artículo, igual la confianza dice” ... /El estudiante sigue con su exposición del tema/ Ao: “bueno, mencionaba el artículo que nosotros por lo general somos malos comunicadores, de hecho, había una estadística de un estudio que reporta el 75% de los médicos creen haber informado bien al paciente, mientras que sólo un 21% de los pacientes expresan que sí fue así” Ma: “ujum” Ao: “no basarnos en la práctica de la medicina defensiva” Ma: “la medicina defensiva, sí” Ao: “em, intereses de conflicto de los objetivos clínicos o financieros, conflicto de interés a final de cuantas y bueno, entonces mencionaba que nosotros como médicos somos malos comunicadores, la buena noticia es que nosotros podemos ir desarrollando esa habilidad, mencionaba pues el artículo ... sin embargo yo lo dejaba aquí un poco abierto al debate, dice, la evidencia sugiere que los médicos son emocionalmente distantes, que tenemos mucho más enfoque técnico, entonces, pero no menciona que nos hagamos emocionales para no tener tanto enfoque técnico y así darle mejor calidad de atención clínica al paciente verdad, entonces aquí abro el debate pues, entonces es decir si somos emocionalmente distantes y tenemos más enfoque técnico y supuestamente no le damos tan buena atención clínica al paciente por eso, ¿deberíamos de ser involucrados más emocionalmente para ser menos técnico o deberíamos ser así” Ma: “qué buena, qué buen punto debate y aquí, justo yo entré en un conflicto como el que memo acaba de poner, el fin de semana platicando con unos compañeros, donde yo les decía, es que no es que seamos fríos, osea no somos fríos en esa medida como de hoy no tiene sentimientos, sí tenemos sentimientos, pero hay una línea gruesa que no podemos brincar porque sí yo dejo que en mí afloren todos los sentimientos pierdo objetividad, sí, el paciente entonces empiezo a verlo, ha pobrecito, no, si tiene razón, este, le doy lo que usted quiera o me desvío por otra línea y ahí fue cuando el punto surgió respecto a la comunicación, decían bueno, necesitas ser empático, necesitas, este, eh, tener sensibilidad para captar lo que el paciente no verbaliza si no hace a través del lenguaje no verbal, es cierto, sí necesitamos trabajar en esa línea, pero para contar con la herramienta que nos permita transmitir mejor o ser, tener comunicación más efectiva, no que nos vamos a poner a llorar o hasta asimilar el sentir del paciente, eso no es posible, no en estas carreras, sí, quien y lo vemos, ustedes tienen compañeros que son yo les digo, tú eres más sensible que los demás no, porque sus conductas y yo les digo, no te lo quiero quitar, no quiero que dejes de ser tan amable con los pacientes, pero necesitas aprender a saber hasta dónde llega tu punto de amabilidad porque entonces el paciente se pierde, tú te pierdes también, osea, tiene que haber un pues es que, ¿qué palabra utilizaremos aquí?, tienen que estar bien definidos los roles, sí, para que no tengamos conflicto de intereses y sí se pueden llegar a desarrollar habilidades de comunicación sin que tengas que aflorar tu sensibilidad, solamente se trata de entender los procesos, se acuerdan que yo les dije, un ejercicio sería ponernos a pensar cuáles son nuestros bloqueadores y</p>	<p>Me agrada muchísimo que el alumno como en otros momentos durante su exposición ponga a debate aspectos controversiales en torno a la relación M-P porque da pie a que todos den a conocer sus puntos de vista y se construya dentro de la sesión mejores relaciones interpersonales entre los participantes.</p>
---	---	---

<p>12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>nuestros bloqueadores en la comunicación en nuestro medio aparecen mucho por esa lucha constante que hay de poder, es lo que yo le digo o lo que usted dice y se fijan yo le dije usted, es lo que tú dices o lo que yo digo, también eso marca como una pauta de poder o de confianza, una barrera, sí, hay que practicar habilidades, sí, habilidades son las habilidades, reconocer qué tipo de lenguaje utilizamos, tener la capacidad de aplicar lenguaje técnico y no técnico dependiendo del contexto en que nos desarrollamos, yo creo que el aspecto que más tendríamos que trabajar el personal de salud, es la paciencia, creo que la mayoría nos forman en un ambiente donde las cosas son como son, que es lo que necesitamos, cómo hay que resolverlo, pues a resolverlo, así es, a, punto a, b y c, lo que sale de ahí es pérdida de tiempo o, eso no viene en las normas, qué publicación, eso no está en las guías, o sea, así son, tendemos a hacer, por eso es que si ustedes platican con otras especialidades, otras, otros profesionales que piensan de nosotros, además de que dicen que somos engreídos y eso está bien inmerso al papel que tenemos que desempeñar, sí, entonces, yo cuando entró esto en circulación con mis otros compañeros les dije, es que no vas a ver que yo sea, no sé cómo me quieres ver para decirme, para quitarme la etiqueta de fría, sí, no me considero una persona fría, simplemente utilizo la información que incluyen ciertas emociones y trato de ser lo más razonable posible para tomar buenas decisiones, ese es el punto” Ao: “claro” Ma: “sin llegar al extremo de la crueldad ni la indiferencia tampoco, o sea, si veo a un paciente con un sufrimiento y vamos a usar esa palabra, ya no una enfermedad, con sufrimiento, tampoco puedo ser indolente, sí, entiendo que usted está sufriendo que se siente triste, las alternativas son tales, usted necesita desahogarse, mire ahí hay papel, necesita secarse sus lágrimas y ahora sí nos vamos a concentrar en esto, ¿qué pasó memo?” Ao: “no, ya se me olvidó lo que tenía, es que ya van como tres veces que pienso en eso, pero” (parece que Memo sintió que no le permití decir sus ideas de manera inmediata causándole que se le olvidaran). Ma: “eh no me habías dicho eh” Ao: “lo voy apuntando, no lo voy apuntando” Ma: “eh como vez” Ao: “buena parte más que los sentimientos lo que yo había resaltaría y que te den un taller para ello es la empatía que es una parte importante en ese sentido, pero no significa que tú te pongas en los zapatos del paciente sino que entiendas una parte del paciente para poder resolver un problema pero si te pones, es lo que te va a llegar el paciente que todo le pasa y que todo le duele y que su vida es un mmm y tú te pones a llorar con él olvídale vas a terminar tu utilizando el apoyo no, pero si eres empático lo ayudas en ese momento, como dice la doctora, quiere llorar, llora, aquí está el papel sécate una vez que te desfogues orales, 5 dale 3 min 2 minutitos y a trabajar. Y si en algún momento había dieron un taller de empatía para poder tratar a padres de pacientes donadores de órganos entonces nos dan esa capacitación ...” “te enseñan a manejar las emociones y de verdad si funciona porque te ayuda a mejorar tu conducta con el paciente pero sin salir lastimado emocionalmente al ayudarlo, no</p>	<p>Definitivamente nuevamente me sustraje mientras les explicaba algunos puntos importantes y no me percate que uno de los alumnos estaba muy interesado en participar incluso parece que en 3 momentos con gestos me mostro que quería hacer aportaciones y yo no le di oportunidad de inmediato y esto llevo a que se le fuera la idea de la mente.</p>
--	---	---

	<p>somos rocas, somos seres humanos que si quiero ayudar no me voy a poner a llorar contigo, osea tengo que poner... ” “y saliendo de aquí ya termine, sino tú te vas a llevar esa, esa, parte contigo y va a crear un conflicto más, ésa parte es bien importante cuando aprendes a desfasar y te lo va a dar la experiencia...”</p> <p>Ao: “no es hacerte sensible es capacitarte para poder entender las emociones más que nada”</p> <p>Ao: “bueno, gracias, pues ya nada más para terminar puse un par de puntos de mmm omití bastantes puntos porque, bueno primero termino esto y luego ya para dar como conclusión. Bueno esto hay que no priorizar las cuestiones monetarias sobre la atención médica, no ver al paciente como si fueran clientes y no ver al paciente como un conjunto de órganos y tejidos”</p> <p>Ma: “aja sí”</p> <p>Ao: /ríen y afirman con la cabeza sobre lo que señala su compañero/</p> <p>Ao: “a final de cuentas la medicina es una profesión y no es un negocio. Este porque omití varias cosas pues el artículo mencionaba dos o tres cosas que nos recomendaban osea hablar de la atención médica-clínica, una de las cosas buenas, pero que no puse, pues sería la de recibe al paciente, abrir la puerta, presentarte y eso”</p> <p>Ma: “umjuu”</p> <p>Ao: “yo digo bueno eso es una buena práctica”</p> <p>Ao: “buena práctica”</p> <p>Ao: “y para mejorar la comunicación efectiva es ir repitiendo lo que el paciente va comentando ... y entiendo que es un buen método, pero pues yo no voy a ser quien pues para decirte que hagas como lo hagas y así para ...”</p> <p>Ao: “Entonces a manera de conclusión yo creo que la comunicación y bueno la relación médico-paciente es mucho más intuitiva de lo que uno piensa, a final de cuentas cada quien tiene sus formas, tiene sus métodos, tiene su lenguaje, tiene su tono, tiene su volumen lo que lo que fuera, este y es la manera en que cada quien, pues se presenta como persona, no pues a final de cuentas hasta los hasta los médicos somos y tenemos cada quien su todo, cada quien sabe que es lo que más le conviene a cada paciente, digo a cada médico dependiendo de cada paciente, pues a su día, a su estado de ánimo y a todo; entonces yo creo que pues ese tipo de recomendaciones al final este, pues son más de uno como individuo. Este una de las cosas que me gusto que dijo la doctora fue que pues la indiferencia es yo creo que pensándolo como una de las barreras más importantes que puede tener el médico, y pues no manejarnos bajo la indiferencia del paciente y pues como un poco de las estrategias que podríamos tomar es pues ser políticamente correctos, siempre, pues, llevar como una distancia necesaria obviamente pues siempre pues cuidarnos de lo que pues una demanda, o algo así, pues si es una relación un poco más difícil... a final de cuentas tu eres como eres con los pacientes, a mi como que los 2 primeros meses fue cuando tome mi rol como paciente y fue entonces cuando también los pacientes toman su rol como pacientes...”</p> <p>Ma: “umju”</p>	<p>A pesar de que el alumno trata de explicar lo importante que es mantener la empatía para con el paciente durante la relación M-P me parece que no puede dejar de sentirlo como una relación de la cual hay que mantener una distancia emocional; siendo esto un error ya que la relación M-P debe ser más profunda para que en las visitas subsecuentes cumpla su objetivo.</p> <p>El alumno que expone explico que había acortado el tema solo presentándonos lo que para él era más relevante y le generaba mayor interés; me gustó mucho que sintiera la confianza de decirlo, sin embargo, era importante que trabajara detalladamente los elementos y tipos de relaciones M-P dentro</p>
--	--	--

	<p>Ao: "se me hace como importante primero como asumir ese rol, luego te va a tocar pues pacientes difíciles, pacientes que ni les entiendes cuando hablan"</p> <p>Ma: "sí, los que no te oyen"</p> <p>Ao: "...uno tiene que desarrollar las habilidades para poder entablar una buena comunicación y no es como que allá una receta de cocina, por eso no quise ponerlo aquí. Pero lo único que, si es, osea no puede haber indiferencia en medio de la relación médico-paciente. Y pues parte de lo que usted decía doctora pues yo creo que se necesita, osea"</p> <p>Ao: "distorsionar"</p> <p>Ao: "si osea, no sé cómo decirlo, yo lo apunte, no sé cómo decirlo, pero a ver si ahorita regresa a mi cabeza, pero básicamente esto es ya la exposición."</p>	<p>de su exposición y los omito.</p> <p>Memo busco hacer su cierre de la exposición puntualizando que en la relación M-P el sentido humano de ella es lo más importante; y esto era precisamente lo que más me interesaba que aterrizara con el tema.</p> <p>La emoción que mostraba el alumno, sus ansias por no olvidar ningún detalle de lo que había planeado compartimos justamente lo llevo a olvidar algunos detalles finales; pero fue muy honesto aclarando la situación y despertó en todos los participantes esa emoción por el tema.</p>
<p>Momento 3 12: 59: 42:03 a las 13: 03:19.17 pm Cierre y conclusiones</p>	<p>Ma: fíjense que aquí, Memo. Mmm, excelente lo que concluyes y lo que aterrizas, excelentemente bien. Yo el único consejo que les daría es que para que tengamos un impacto sobre lo que estamos haciendo es que nos demos a la tarea de reflexionar, tanto lo que nos salió bien, como lo que nos salió mal. Eso es lo que construye la experiencia sí. Si yo tengo algún paciente que durante mi intervención con él todo el rato estuvo molesto, y yo lo veo francamente molesto, incomodo, se porta muy seco, no puede haber una interacción; yo puedo tomar una decisión y decir haya él, el paciente no quiso. Pero es importantísimo que veamos que hicimos nosotros. Yo hice esto para mejorar o empeorar el escenario.</p>	<p>Ahora sí destine un tiempo para hacer un cierre final del tema, lamentablemente a medio proceso fuimos interrumpidos por el supervisor; lo que me distrajo un poco y olvide algunas de las ideas que deseaba</p>

<p>Momento 3 12: 59: 42:03 a las 13: 03:19.17 pm Cierre y conclusiones</p>	<p>Si me fue bien, no te quedes ahí, vamos a ver que hice con este paciente. Porque va a haber pacientes iguales, sí, y entonces las estrategias que ustedes implementaron con algunos de los pacientes que son muy parecidos créanme que les van a ayudar a tener buenos resultados que bueno el dinamismo por tratar con personas es algo que esta inherente y que a veces nos va a llevar sobre el momento a ir construyendo estrategias. No pues con Memo la vez pasada nos funcionó perfecto” Sup: “¿Disculpe cuantas consultas dio hoy?” /abre la puerta del consultorio el médico pasante con preguntas provenientes del coordinador médico y nos interrumpe la clase/ Aos: /todos se ríen e inquietan/ Ma: “16, cero licencias y cero referencias” Sup: “perfecto, gracias” Ma: “de nada” Ma: /me rio/ “este ya hasta se me olvido que les estaba diciendo, en mi audio debo aclarar que me interrumpió un pasante. Jajá, pero bueno ya no sé qué más les iba a decir, a bueno, a veces nos puede funcionar algo, pero de repente vemos en el momento que no funciona porque las circunstancias cambiaron entonces ustedes lo van construyendo cada uno de acuerdo a su personalidad va a aplicar ciertas estrategias y eh también de acuerdo a lo que aspiren a qué tipo de referentes quieran tener, no se les olvide bueno la mayoría de nosotros el cómo somos ahorita tiene mucho que ver con los que nos formaron. Si a ustedes les hubiera tocado ver a mis profesoras y profesores que tuve en la residencia entonces entenderían porque hago muchas de las cosas que hago. Ujum...” Ao:” lo aprendí ahí” Ma: “y bueno entonces me gustó mucho como lo aterrizaste Memo” por esto este tema es esa genialidad de que se aborde por todos lados, alguien podría concentrarse solo en la parte técnica, siguiendo los machotes que te dan los diferentes autores... hay de todo, pero es algo que tenemos que aprender y la única manera es si nos retroalimentamos de lo que estamos haciendo de manera personal, si además podemos ver a otros y decimos hay mira el Dr. Juan como dirige su consulta y nos interesa intentarlo y vemos que además en la literatura si esa es una de las técnicas, tengo un sustento, puedo probar y ver si me funciona o no” Ao: “así es” Ao: “si es muy importante, por eso les comentaba tomen de cada uno lo que les funcione...” Ma: “ustedes que están en formación, lo que más me gusta es que puedan darse cuenta de lo que estamos haciendo, que revisen lo que está bien y lo que no lo está, si podemos juzgar es cierto, pero no es el punto, pero sí que nos sirvan de aprendizaje, quisiéramos para que no repitan lo mismo” Aos: “sí” Ma: “ustedes marquen la diferencia, son las nuevas generaciones” entonces chicos después cuando me reciban en su consulta por lo menos me voltean a ver chicos, no sean así” Aos: /se ríen/ “claro que sí, Dra.” Ao: “es muy padre cuando estas de este lado y llega tu maestra” Ao: “el otro día me encontré a mi maestra de la secundaria y se asombró mucho de verme que estoy estudiando medicina”</p>	<p>transmitirles a los chicos.</p> <p>A pesar de que los estudiantes querían continuar comentando sus experiencias tuve la necesidad de pedirles que se detuvieran pues el consultorio debe liberarse; situación que recurrentemente nos lleva a acortar el tiempo de cierre en nuestras sesiones.</p>
<p>Momento 3 12: 59: 42:03 a las 13: 03:19.17 pm</p>	<p>Si me fue bien, no te quedes ahí, vamos a ver que hice con este paciente. Porque va a haber pacientes iguales, sí, y entonces las estrategias que ustedes implementaron con algunos de los pacientes que son muy parecidos créanme que les van a ayudar a tener buenos resultados que bueno el dinamismo por tratar con personas es algo que esta inherente y que a veces nos va a llevar sobre el momento a ir construyendo estrategias. No pues con Memo la vez pasada nos funcionó perfecto” Sup: “¿Disculpe cuantas consultas dio hoy?” /abre la puerta del consultorio el médico pasante con preguntas provenientes del coordinador médico y nos interrumpe la clase/ Aos: /todos se ríen e inquietan/ Ma: “16, cero licencias y cero referencias” Sup: “perfecto, gracias” Ma: “de nada” Ma: /me rio/ “este ya hasta se me olvido que les estaba diciendo, en mi audio debo aclarar que me interrumpió un pasante. Jajá, pero bueno ya no sé qué más les iba a decir, a bueno, a veces nos puede funcionar algo, pero de repente vemos en el momento que no funciona porque las circunstancias cambiaron entonces ustedes lo van construyendo cada uno de acuerdo a su personalidad va a aplicar ciertas estrategias y eh también de acuerdo a lo que aspiren a qué tipo de referentes quieran tener, no se les olvide bueno la mayoría de nosotros el cómo somos ahorita tiene mucho que ver con los que nos formaron. Si a ustedes les hubiera tocado ver a mis profesoras y profesores que tuve en la residencia entonces entenderían porque hago muchas de las cosas que hago. Ujum...” Ao:” lo aprendí ahí” Ma: “y bueno entonces me gustó mucho como lo aterrizaste Memo” por esto este tema es esa genialidad de que se aborde por todos lados, alguien podría concentrarse solo en la parte técnica, siguiendo los machotes que te dan los diferentes autores... hay de todo, pero es algo que tenemos que aprender y la única manera es si nos retroalimentamos de lo que estamos haciendo de manera personal, si además podemos ver a otros y decimos hay mira el Dr. Juan como dirige su consulta y nos interesa intentarlo y vemos que además en la literatura si esa es una de las técnicas, tengo un sustento, puedo probar y ver si me funciona o no” Ao: “así es” Ao: “si es muy importante, por eso les comentaba tomen de cada uno lo que les funcione...” Ma: “ustedes que están en formación, lo que más me gusta es que puedan darse cuenta de lo que estamos haciendo, que revisen lo que está bien y lo que no lo está, si podemos juzgar es cierto, pero no es el punto, pero sí que nos sirvan de aprendizaje, quisiéramos para que no repitan lo mismo” Aos: “sí” Ma: “ustedes marquen la diferencia, son las nuevas generaciones” entonces chicos después cuando me reciban en su consulta por lo menos me voltean a ver chicos, no sean así” Aos: /se ríen/ “claro que sí, Dra.” Ao: “es muy padre cuando estas de este lado y llega tu maestra” Ao: “el otro día me encontré a mi maestra de la secundaria y se asombró mucho de verme que estoy estudiando medicina”</p>	<p>transmitirles a los chicos.</p> <p>A pesar de que los estudiantes querían continuar comentando sus experiencias tuve la necesidad de pedirles que se detuvieran pues el consultorio debe liberarse; situación que recurrentemente nos lleva a acortar el tiempo de cierre en nuestras sesiones.</p>

Cierre y conclusiones	Ao: "es divertido" Ma: "bien vámonos chicos, ya le voy a parar a la grabación" Ao: "si doctora" Aos: "vámonos, hasta mañana"	
-----------------------	---	--

REFLEXIÓN

Durante mi segundo registro a pesar de tener la experiencia del primero experimente cierto temor por escucharme, por miedo a lo que encontraría durante el proceso respecto a mi práctica; angustiada por la incertidumbre si habría o no modificados elementos negativos identificados en el anterior registro o seguían presentes. Aun no toda esta gama de emociones el segundo registro me permitió reflexionar lo siguiente:

El esqueleto de mi clase de manera inicial estaba conformado por 4 momentos los cuales se convirtieron únicamente en 3 momentos porque se compaginaron el momento 2 y 3 como una propuesta del alumno responsable de exponer el tema, situación que resultó muy favorable para la participación de todos los estudiantes durante su desarrollo pero que lamentablemente nos tomó más tiempo del contemplado en la planeación llevando a que otra vez las conclusiones finales y cierre de la sesión fue breve e incluso tuve que pedirles a mis alumnos que suspendiéramos sus participaciones pues teníamos que desocupar el consultorio.

Hablando de la distribución del tiempo también note que en el saludo ocupamos más tiempo del planeado debido a que tengo que atender a las par situaciones administrativas concernientes a sus rotaciones clínicas lo que lamentablemente reduce el tiempo destinado a la sesión académica.

Al inicio del tema el alumno no planteó el orden ni los objetivos que desarrollaría durante la exposición del tema y yo tampoco pedí que lo hiciera; esto finalmente nos llevó a que el alumno

se la pasara brincando de un objetivo al otro durante la exposición y dejando de cubrir el propósito de elementos y tipos de relaciones M-P.

Respecto a mi habla reduje el abuso de algunas expresiones, así como la velocidad con que hablo. Persistí afirmando o negando los comentarios y participaciones de mis alumnos que ahora me parecía intromisiones innecesarias que no conducían a nada dentro de la discusión del tema. Trate de ser más paciente y espere a que el alumno estuviera listo para participar sin adelantármele al ver que tardaba en hacerlo. Nuevamente cometí el error de no percatarme cuando uno de mis alumnos deseaba participar por estar tan ensimismada en mi propia participación situación que incluso ocasionó que el alumno olvidara lo que deseaba compartirnos.

Fue muy motivador percatarme que mis alumnos llevaron más temprano para nuestra clase, muestra de su interés por las sesiones; también noté la presencia de mayor participación, así como logré que se integrara Quique. Hubo evidencia del desarrollo de pensamiento reflexivo, analítico y crítico durante la exposición de sus puntos de vista. Sin embargo, aún fue necesario que yo reforzara en ellos la importancia del autoconocimiento, auto reconocimiento y la reconstrucción de sus ideas, actitudes en la relación M-P para aceptar su papel y responsabilidad principal en este escenario clínico.

USO DEL TIEMPO POR MOMENTOS DE LA CLASE

Tabla 2

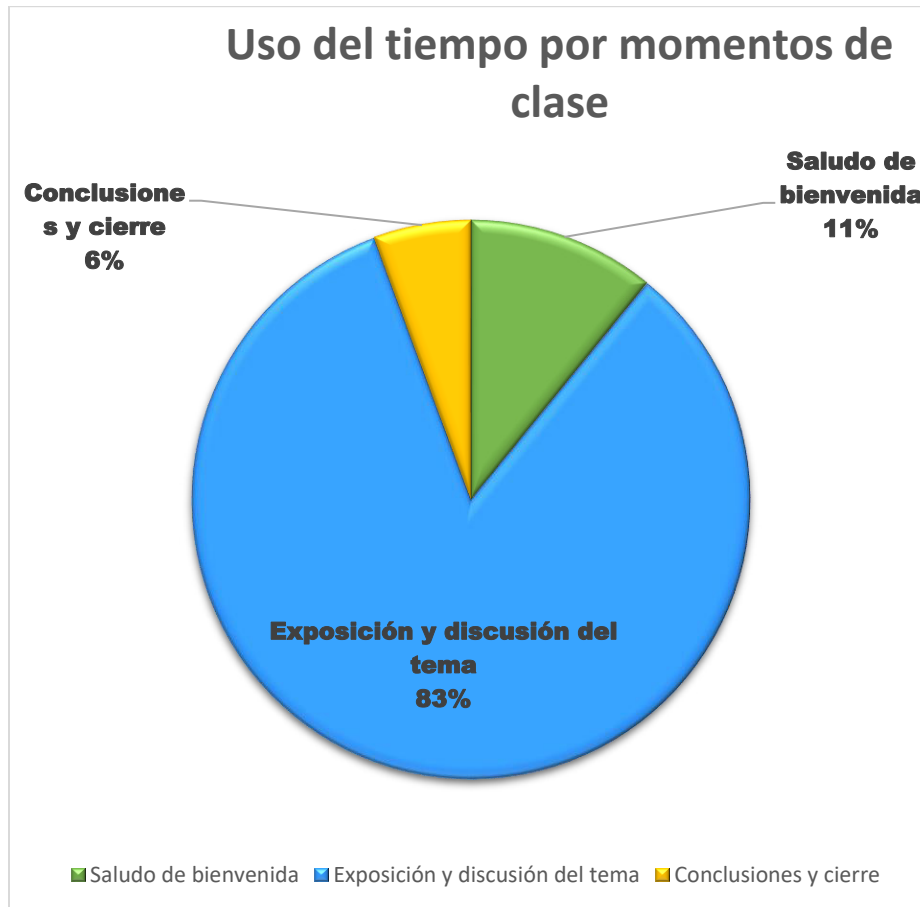
Distribución por momentos de la clase la historia clínica en la consulta externa del médico familiar

Momentos de la clase				
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad	(%)
1. SALUDO DE BIENVENIDA	11:58 - 12:05 pm	7	Saludar, dar la Bienvenida a los alumnos, atender dudas respecto a cuestiones administrativas de sus rotaciones clínicas en los servicios asignados.	10.88%
2. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN GRUPAL DEL TEMA	12:06 – 12:59:42 pm	53:42	Exposición del tema relación médico-paciente por el alumno previamente asignado y discusión por todos los participantes de puntos de interés a la par de la exposición.	83.49%
3. CONCLUSIONES Y CIERRE	12:59:42 – 13:03:19 pm	3:37	Conclusiones del tema y el cierre de la sesión.	5.63%

Nota: elaboración propia.

Gráfica 2

Distribución del tiempo por momentos de la clase la historia clínica en la consulta externa del médico familiar



Nota: elaboración propia.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE ACTIVIDADES DURANTE EL DESARROLLO DE LA CLASE

Imagen 5

Alumnos llegando antes de su horario de clase para aclarar asuntos de sus rotaciones clínicas.



Imagen 6

alumno con su equipo de cómputo mostrando su material de exposición al resto de la clase



INTRODUCCIÓN A LA SEGUNDA FASE

“Problematización de la práctica docente”

En este capítulo caminaremos por una serie de procesos que darán a la docente la oportunidad de plantearse un cuestionamiento, es decir, formularse una pregunta de investigación que, en adelante, se comportará como una brújula que guíe su proceso de investigación cuya respuesta buscará ser sustentada teórica y metodológicamente por las investigaciones y experiencias de otros; creando así los insumos necesarios para cocinar ese plan estratégico que lleve hacia la innovación su práctica docente; identificar la problematización que circula alrededor de mi práctica docente para alcanzar los objetivos planteados, es figurativamente hablando, como aquella llave que necesitamos para abrir una cerradura; en este caso sería la llave para abrir la puerta hacia el cambio.

La metodología utilizada es la investigación acción considerada como un amplio movimiento que se ha ido construyendo como cruce de paradigmas y experiencias prácticas, se reconoce su clara potencialidad como modelo para la formación y el desarrollo del profesorado, crecimiento crítico y emancipador y la transformación colaborativa de los profesores; siendo todas estas cualidades las que la hacen figurar como la metodología ideal en este trabajo.

El objetivo de esta fase consiste en que la docente reconozca su práctica, que ubique las acciones particulares que realiza y al pensar metodológicamente a través del análisis de los constitutivos que toda práctica docente tiene; pero que su desarrollo es absolutamente peculiar en cada profesor, en cada aula y con cada alumno, se dé cuenta de la articulación que cada constitutivo tiene para reconocer la totalidad de su práctica docente y así con una figura completa, vista desde cada ángulo y arista, distinguir cual es la lógica que le da forma y sentido para así comprenderla, asimilarla, reconstruirla, modificarla y transformarla en aquello que deseamos, es decir, lo que nos lleve hacia una consciencia responsable de nuestras acciones docentes.

Una vez que se logra conciencia de lo que se quiere, entonces, podremos retroalimentarnos acerca de la problemática encontrada, cuestionarnos de forma crítico-reflexiva sobre las necesidades y posibilidades de cambio; fortalecer nuestros hallazgos y propuestas a través de referentes teóricos que darán sustento al plan de innovación; el cual será diseñado a partir de la reconstrucción de nuestra pregunta de investigación hacia una pregunta de innovación; dándole un objetivo, justificación, impacto y efecto a nuestro actuar; todo trazado bajo un fundamento que nos llevará hacia la meta final de este trabajo de transformación de la práctica docente.

En este apartado se investiga y se recuperan trabajos de investigación con temáticas similares a las unidades de análisis de la pregunta de investigación, se realiza la construcción de referentes teóricos que den sustento al plan de innovación y se elabora una ruta crítica con base en los referentes teóricos identificados como aquellos cuya aportación teórica contribuye sustancialmente con elementos que permiten analizar mi trabajo, justificar mis acciones y entender los resultados obtenidos; para dar continuidad a lo que nutre y modificar aquello que limite o entorpezca mi plan de innovación.

MICRO-ENSAYO CONSTITUTIVOS DE LA PRACTICA DOCENTE

“Aprender medicina en libros?... Que lean el Quijote.”
Thomas Sydenham (1624-1689)

El regresar a revisar el segundo registro de la clase de la relación médico-paciente durante la consulta externa de medicina familiar es una oportunidad para profundizar en lo que estoy haciendo en mi práctica docente; a pesar de que el semestre pasado se convirtió en una ventana hacia el interior de mi aula me percaté que la experiencia de revisar cada momento, apreciar las interacciones generadas en el proceso y cuestionarme sobre los alcances me permiten crecer como docente tal como lo menciona Aldous Huxley (1932): “experiencia no es lo que le sucede al hombre, sino lo que el hombre hace con lo que le sucede” así todo se torna como insumos para la construcción de mi práctica docente.

Los procesos de enseñanza-aprendizaje para la formación médica tienen como elemento fundamental la actitud tanto del estudiante como del docente para compartir su experiencia, conocimiento, habilidades y destrezas; (Graue et al., 2010) “la emoción, la decisión, el entusiasmo y el indeclinable esfuerzo por conseguirlo, definen, en gran parte, la fórmula esencial para la formación en medicina” p. 24. Pese a todos estos invaluable elementos es imprescindible que se utilice una metodología educativa a la par, que brinde directrices a todos los participantes del proceso de enseñanza-aprendizaje y por consiguiente nos aproxime al éxito; en este caso sería que el estudiante de medicina sea capaz de autodirigir su aprendizaje de forma responsable y auténtica.

Como docente el reto mayor es reestructurar mi papel en el proceso de aprendizaje, rediseñar mis clases para preparar un verdadero cambio; aplicar estrategias activas que me permitan ser un facilitador meta cognitivo, sirviendo como modelo y asesor de mis estudiantes. Asegurarme que la reflexión de la experiencia; es decir la práctica reflexiva que conlleva un

aprendizaje experiencial; recordando que, para Rogers, el aprendizaje experiencial es sinónimo de significativo; sea el sustento de la educación médica en la que estoy involucrada. (Graue et al., 2010, p. 124) “un aprendizaje tiene más probabilidad de ser significativo si es autoiniciado, por lo que muchas veces la habilidad del profesor se centra en su capacidad de inducir iniciativas en los alumnos” de ahí que el maestro es fundamental para el aprendizaje experiencial que en medicina es la fuente más importante de aprendizaje.

En esta ocasión el análisis de la metodología de mi práctica docente, se hizo bajo la identificación de los elementos constitutivos de los que habla Bazdresh (citado en Uc, 2003) que toda práctica docente tiene, los cuales se convierten en categorías de análisis de la docencia para brindar oportunidades en la reflexión profunda de nuestras acciones como docentes.

Contextualización

Mis actividades como docente las desarrollo con estudiantes de la carrera de medicina que se encuentran cursando su internado rotatorio de pregrado; quienes durante dos meses tienen su rotación clínica en nuestra unidad médica con el objetivo de vincular sus conocimientos, habilidades y destrezas con actividades clínicas en el primer nivel de atención médica y así desarrollar para su práctica diaria la atención del paciente bajo el modelo biopsicosocial; ejerciendo un pensamiento reflexivo, científico y crítico para autoevaluar su práctica médica y proceso de aprendizaje, así como para la búsqueda y generación de conocimientos que le permitan resolver los problemas de salud más frecuentes (Salas-Flores & González-Pérez, 2016).

Como parte de la transformación de mi práctica docente me he permitido trabajar en diseñar ambientes de aprendizaje activo y colaborativo apoyada de la estrategia constructivista de la metodología del aprendizaje basado en problemas; para lograrlo he tenido que modificar mi rol a

asesor y así respetar la evolución formativa hecha por el propio estudiante. “el conocimiento se construye activamente por el estudiante, ... mediante instrumentos de estudio y asimilación teórica-práctica, lo que provoca que el alumno se erija en un actor activo, consciente y responsable de su propio aprendizaje (Barrel 1999 citado en Molina Ávila, 2016).

Contenido

La revisión de mi práctica docente se inicia con el elemento constitutivo del modelo que, según Bazdresh son los patrones o constantes que los docentes realizan durante su práctica docente; por lo que Uc Mas dice se refiere a la forma y situación articulada para presentar el contenido. En mi registro lo identifico así: en las actividades que realizo: saludo, pregunto como están, indico iniciar el desarrollo del tema, la técnica es expositiva con discusión grupal, hago preguntas intencionadas y señalo la finalización de la clase. Respecto a la organización de mi clase: asigno a un alumno como responsable del desarrollo del tema, propicio la participación colectiva para la discusión y todo el tiempo intervengo. El material empleado en mi clase son diapositivas, ejercicios de casos clínicos, así como proyecciones digitales. La evaluación es oral durante el desarrollo de la clase y escritas solo en coevaluación y los resultados de las mismas siempre los expreso con comentarios. Las tareas que dejo son investigación de artículos y escritos de reflexión personal.

Ma: pregunto en el orden que se incorporan ¿cómo vas con la rotación el día de hoy? ¿todo está en orden?; a lo cual responden que todo está bien

Ma: habiendo aclarado las dudas, procedo a continuar con la sesión indicando el inicio de la exposición (R.2, p. 94, 13/10/22).

Al momento de cuantificar y graficar el modelo me percaté que corresponde al 25% del total de mi práctica docente; con una distribución de cuatro intervenciones en el primer y tercer momento quedando ocho restantes en el segundo momento; lo más relevante es que estos datos

son determinados principalmente por las intervenciones que hago sea a través de preguntas intencionadas, discusión y aclaración del contenido.

Ma: “Ahí, memo nos dice consensuada, eh, ahora si lo vamos a aterrizar aquí a nuestro instituto, realmente cuántos de las relaciones médico-paciente que empiezan desde el momento en que nosotros eh, atendemos para que el paciente ingrese a nuestro consultorio, realmente ¿cuántas son consensuadas? ¿el paciente elije con quién entrar?”

Ao: “No, pero, osea, así yo creo eso sí independientemente”

Ma: “Ajá (R.2, p. 94, 13/10/22).

Lo que me lleva a la conclusión de que abuso de esta práctica y a pesar de que detonó la reflexión en mis estudiantes, en muchos de los casos no brindo la oportunidad de que ellos la expresen de manera amplia aspecto que necesito modificar para alcanzar lo que aspiro: “ser facilitador del aprendizaje requiere tener una perspectiva especial de la vida, los facilitadores no son artistas ni estrellas, sino personas que sitúan las necesidades e intereses de los estudiantes en primer lugar” (Chávez y Michel., 2002 p. 53).

Respecto al constitutivo del contenido identifico que representa el 37% de mi práctica y tiene presencia a partir del segundo momento; recordando que según Lázaro Uc Mas (2008) el contenido es el saber que se enseña en las escuelas, los saberes que los alumnos han de asimilar; entonces considerando los objetivos de mi clase aprecio que logro abarcar el concepto, importancia, elementos esenciales de la relación médico-paciente, obstáculos y experiencias diarias a través del: discurso oral del maestro y estudiante, evaluación oral, análisis de casos y resolución de problemas. Sin embargo, me incomoda darme cuenta que me enfoqué en abarcar demasiado, esto es; en cumplir con el currículo académico en contra del tiempo y esto no me parece favorable para impulsar el aprendizaje significativo.

Ma: “falta de contacto visual” un obstáculo y que es muy efectivo eh, si tu no vez a alguien que es lo que estamos transmitiendo cuando no vez a alguien”

Ma: “¡sí!, entonces si nosotros trabajamos en identificar cuáles son nuestras barreras de comunicación, que todos los tenemos eh, el no tener este un contacto visual, el interrumpir constantemente, osea, que el paciente este, oiga no espéreme de esto que, oiga no esto que, solo vamos a. osea el tener esos interruptores también es de los bloqueadores, otro de los bloqueadores es, exactamente /un alumno señala el reloj de su mano/ estar con la cuestión del tiempo, eh otro bloqueador muy común aquí sería, mmm el silencio, osea el paciente puede estarte hablando y tú no decir absolutamente nada, bueno no sé si hacer, escribir lo que aparentemente lo que está sucediendo y únicamente entregar la receta. (R.2, p.99, 13/10/22).

Me percibo replicando lo que viví como estudiante, o sea, haciendo lo que mis profesores hacían; “usualmente aquellas personas que en la inconsciencia total son habitadas por la presencia introyectada de sus mentores, individuales o colectivos, imaginarios o reales, terminan muriéndose en la raya defendiendo a ultranza aquello que, siéndoles ajeno, y alienante han aprendido a ver como propio” (Chávez y Michel 2002, p. 42); si quiero hacer cosas diferentes, debo primero entonces entender lo que existe en mí, analizando mi práctica de manera crítica podré abrirme camino hacia nuevos horizontes.

En relación al constitutivo del contexto que se define como el conjunto de elementos referenciales que usa un docente para situar su práctica de los cuales tenemos los siguientes tipos: social, institucional y emocional (estudiante-profesor); en mi caso se da cuenta en el segundo momento de la clase el institucional representado por el ruido de los consultorios contiguos que en muchos momentos es un elemento negativo para mantener la atención de los estudiantes hacia el desarrollo de la clase.

Ao: Se me fue la idea, bueno ahorita se me regresa. (el alumno está incomodo porque del consultorio alterno se escucha mucho murmullo lo cual causa que se distraiga en su exposición del tema) (R.2, p. 103, 11/10/22).

Y a pesar de que en mi registro no tengo elementos para subrayar el contexto emocional del estudiante eso no quiere decir que no esté presente y que además no sea un bloqueo para el proceso cognoscitivo y por ende el aprendizaje significativo pues se caracteriza por la presencia

de fatiga física extrema, actitud pasiva y desmotivación por tener una participación activa en su proceso de enseñanza-aprendizaje ligado a la sobrecarga de actividades y horas que se les asigna dentro del campo hospitalario. Después de reflexionar sobre la importancia y problemática de la educación clínica en medicina me queda claro que proveer un ambiente propio para la enseñanza y aprendizaje centrado en el estudiante es fundamental. Y con esto lo que resuena en mí en este momento es la frase de Miguel Jarquín (1982) “solo promueve a ser, aquel que es” (Chávez y Michel, 2002 p. 73).

La intersubjetividad que es según Uc Mas (2003) el construir significados comunes entre dos o más actores en la arqueología de mi práctica docente corresponde al 22% de las intervenciones principalmente observada en el segundo momento de mi clase; me resulta alentador pues creo que denota el diálogo reflexivo y crítico que se está propiciando; atendería a lo que nos dice (Prieto, 2006 citado en Molina Ávila, 2016) el principio básico del aprendizaje basado en problemas que nos señala “el conocimiento se desarrolla mediante el reconocimiento y aceptación de los procesos sociales y de la evaluación de las diferentes interpretaciones individuales del mismo fenómeno” en el registro se identificó el constitutivo de la intersubjetividad representado con la siguiente viñeta:

Ao: “ah de la comunicación efectiva”

Ao: “bueno pues si”

Ao: “ah pues creo que osea justamente lo que ya se había mencionado emisión, receptor, mensaje anclado, pero el lenguaje también tiene que ser como, tiene que estar en el mismo canal, porque no puedes hablar con el lenguaje técnico a alguien que no lo va a entender, entonces bueno solo eso.”

Ma: “aportar eso ¡sí!” (R.2, p. 98, 11/10/22).

Recordando que la comunicación e interacción incrementa la efectividad y sensibilidad de los alumnos para la atención de los pacientes además de ser la principal habilidad que deberá desarrollar para la construcción de la relación médico-paciente; estoy convencida que la

intersubjetividad deberá tener mayor presencia dentro del desarrollo de mis clases para así asegurar mejores resultados en el desarrollo de las futuras relaciones médico-pacientes que establezcan los estudiantes durante su práctica profesional. La rotación por mi clase espero se convierta para los médicos internos en lo que dice el texto de (Chávez y Michel, 2002, p.55) “a veces quieres ir allí donde todo el mundo sabe tu nombre y donde siempre eres bienvenido”.

Por último, el constitutivo del proceso cognoscitivo que según Bazdresh se refiere al proceso realmente construido en la práctica para comprender o entender el objeto de conocimiento; se puede visualizar en la siguiente viñeta:

Ao: “buena parte de la comunicación efectiva es que ambos lados se entiendan lo que se está explicando tanto de uno como del otro para poder resolver algún problema y evitar los errores que podemos llegar a cometer en una mala comunicación.”

Ao: “así es”

Ao: “un ejemplo podemos dar mal diagnóstico por un mal entendido, no escucharlo adecuadamente o el paciente de una información equivocada como en algunos casos puede suceder, a lo mejor un medicamento que es alérgico y ella te dice no creo que es el naproxeno” (R.2, p.97, 11/10/22).

En esta viñeta podemos ver con claridad que se logra uno de los propósitos primordiales del tema que es destacar la importancia de comunicación efectiva en la relación médico-paciente para establecer un diagnóstico y manejo integral. En los fragmentos de sabiduría que el filósofo Güemes deja me gusta mucho el que dice: “puedes empezar a reconocer, apreciar y desarrollar eso que saca brillo de tus ojos...” (Chávez y Michel, 2002 p. 57) y lo menciono porque darme cuenta de la presencia de ocho intervenciones que denotan proceso cognitivo en mis estudiantes fue motivador; ciertamente solo equivale al 13% de mi clase pero está presente; es necesario redireccionar mis estrategias para que en el futuro pueda observarse con mayor presencia y continúe sacando el brillo en mis ojos.

Conclusiones

Al reflexionar en torno a la presencia de los elementos constitutivos en mi práctica docente concluyo que debo implementar metodologías que me permitan modificar mi modelo de tal manera, que la intervención excesiva por mi parte sea reducida para dar pie a la transferencia de ideas, pensamientos, reflexiones entre los estudiantes mejorando con ello sus habilidades de comunicación para resolver conflictos, aceptar opiniones y discutir contradicciones. Respecto al contenido habrá que considerar además de los objetivos curriculares el conocimiento previo de mis estudiantes, sus intereses y motivaciones así podré planear mi clase enfocándome en el estudiante y no en programas curriculares. Ligado a esto también se presenta el reto de pese al contexto emocional de mis estudiantes despertar en ellos la motivación; siendo esta la palanca que mueve la conducta que adoptan para su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Me queda claro que debo profundizar en la metodología de aprendizaje basado en problemas, conocer plenamente sus principios, características, el perfil de los estudiantes, así como las características y funciones del docente para poder llevar a cabo con éxito dicha estrategia y así mis alumnos desarrollarán la habilidad para el aprendizaje independiente y autodirigido.

Por lo tanto, retomando las preguntas de interés planteadas en el micro ensayo de segundo orden: ¿de qué manera la docente favorece la comprensión y participación de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente durante su rotación en la consulta externa de medicina familiar?, ¿cómo hace frente la docente a las faltas de comprensión de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente? y ¿qué actividades complementarias promueve la docente para favorecer el desarrollo de potencialidades que permitan a los médicos internos de pregrado alcanzar autonomía en su aprendizaje? aunado con el análisis de la

arqueología de la práctica docente y la revisión de las investigaciones relacionadas con el tema se sostiene la pregunta de investigación: ¿de qué manera con la metodología aprendizaje basada en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?; la cual puede ser el detonante de un proceso de innovación de mi práctica docente.

Referencias

Barbosa, M., Chávez, S. (2002). *Aprender a ser y dejar ser*. Talleres gráficos del estado.

Graue-Wiechers, E., Sánchez-Mendiola, M., Durante-Montiel, I., & Rivero-Serrano, O. (2010).

Educación en las residencias médicas. Editores de textos mexicanos, S. A. de C. V.

Molina-Ávila, I.F. (2016). “Implementación del aprendizaje basado en problemas en clínica de periodoncia”. [Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud]. Universidad Autónoma De Sinaloa.

Rogers, C., Freiberg, J. (1996). *Libertad y creatividad en la educación*. Paidós.

Uc, L. (2003). *Entorno al análisis de la práctica docente*. ESENOG

SEGUNDO REGISTRO ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA PRÁCTICA

DOCENTE

UBICACIÓN

Institución: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Domicilio: Calle Cholula S/N Col. Azteca, León Guanajuato.

Docente: Dra. Isabel Sánchez Márquez

Nivel Académico: Licenciatura

Carrera: Médico Cirujano

Grado: Internado de pregrado

Lugar: Consultorio #9 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Módulo Rotatorio: Medicina Familiar

Horario: 12:00 – 13:00 pm.

Fecha: 13 de octubre de 2022

CONTEXTO

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, es una institución escuela que recibe de manera permanente estudiantes de diferentes Universidades (Universidad de Guanajuato, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Quetzalcóatl de Irapuato) que se encuentran en su año de Pregrado en donde por dos meses tomen su módulo

rotatorio en medicina familiar el cual es estructurado en un plan académico que involucra sesiones académicas diarias con los principales temas atendidos en la consulta externa de medicina familiar así como adentrarse al campo clínico de la atención en primer nivel.

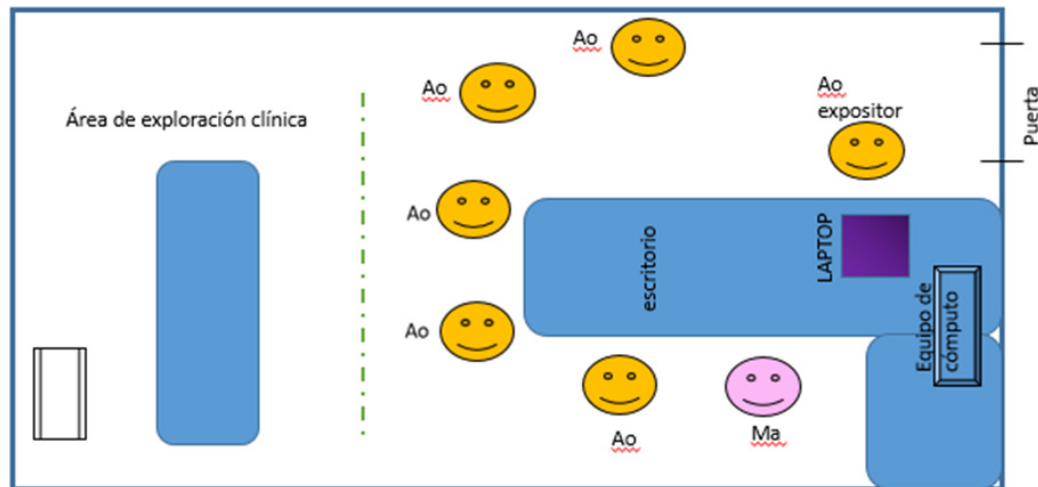
Actualmente el grupo de rotación a Medicina Familiar está conformado por tres médicos internos de pregrado, dos estudiantes de quinto semestre de la Licenciatura en Medicina General la cuales se incorporaron en las últimas dos semanas a nuestra rotación y un estudiante de primer año de la Especialización en Medicina Familiar. Todos se encuentran bajo un rol diario de las siguientes actividades: rotación clínica en diversos campos (medicina preventiva, planificación familiar, módulo gerontológico y consulta externa), sesiones educativas y guardias hospitalarias vespertinas-nocturnas en hospital de tercer nivel de atención.

Las sesiones educativas se desarrollan de lunes a viernes en horarios de 12:00 a 13:00 pm ya sea en el espacio del aula o bien dentro del consultorio no. 9. Siempre nos apoyamos de equipo de cómputo el cual es traído por el alumno y debemos mantener la puerta cerrada porque constantemente sufrimos interrupciones provenientes del espacio exterior.

DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO

Imagen 7

Croquis de la distribución dentro del aula durante la clase.



Nota: elaboración propia.

TEMA DE LA CLASE

La relación médico-paciente (M-P) durante la consulta externa de medicina familiar

PROPÓSITOS DE LA CLASE

- Describir que es la relación médico-paciente (M-P)
- Reconocer la importancia de la relación M-P en la práctica clínica.
- Conocer los elementos esenciales de la relación médico-paciente, las técnicas y los tipos que existen.
- Comunicar de forma efectiva y escuchar de manera activa como modelos de comunicación a establecer en la relación M-P.

- e) Principales obstáculos en la relación M-P.
- f) Reflexión final sobre experiencias personales en las relaciones M-P durante la práctica clínica.

PROCESO

Luego de dar la bienvenida a los estudiantes, saludarlos y resolver inquietudes sobre los servicios de sus rotaciones clínicas; se encuentra a la par el alumno asignado para exponer el tema de clase preparando su equipo de cómputo para proyectar su presentación; una vez que todo esté listo daremos inicio con la presentación oral; dejaremos que las ideas, conceptos y dudas que vayan surgiendo, sobre todo de los puntos centrales del tema, para al terminar la exposición discutirlos de manera grupal a través de lluvia de ideas y debates; para finalizar con una conclusión general estructurada entre todos los participantes y hacer finalmente el cierre de la sesión y despedirnos cordialmente.

ESQUELETO DE LA PRÁCTICA

Planeación de Momentos			
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:05 pm	5	Saludar y dar la Bienvenida a los alumnos
2. EXPOSICIÓN DEL TEMA	12:05 – 12:30 pm	25	Exposición del tema relación médico-paciente por un alumno asignado previamente.
3. DISCUSION GRUPAL DEL TEMA	12:30 – 12:45 pm	15	Mediante lluvia de ideas discutir los puntos controversiales surgidos durante la exposición del tema.
4. CONCLUSIONES Y CIERRE	12:45 – 13:00 pm	15	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo.

Momentos	Hechos	¿Qué está sucediendo?
Momento 1 11:58 - 12:05 pm *Saludo	<i>/Recibo a los chicos dentro del consultorio, el día de hoy se encuentra desde el inicio de la jornada laboral un residente del primer año de medicina familiar que se encuentra rotando conmigo durante el presente mes; me dirijo a los estudiantes que van llegando y pregunto en el orden que se incorporan ¿cómo vas con la rotación el día de hoy? ¿todo está en orden?; a lo cual responden que todo está bien; sin embargo, surgen algunas dudas respecto al lugar donde les tocará la rotación para la próxima semana por lo que procedo a aclararlas/</i>	El inicio de la sesión aproximadamente 7 minutos del tiempo no me fue posible grabarla debido a que llegaron los alumnos antes de su horario de clase al consultorio y yo no estaba preparada con el teléfono para grabar sin

	<p>/En lo que voy aclarando la duda de su rotación con un estudiante, el alumno que le toca exponer el tema de la relación médico-paciente procede a preparar su equipo de cómputo y tener todo listo para su presentación. /</p> <p>/habiendo aclarado las dudas, procedo a continuar con la sesión indicando el inicio de la exposición y procedo a grabar la clase en audio/</p>	<p>interrumpir la comunicación iniciada con ellos; por lo tanto, hasta que el estudiante que expondría el tema estuvo listo y comenzó la exposición del tema arranque con la grabación de la sesión. Me gustó mucho este fenómeno pues el llegar antes del horario de clase muestra el interés de los estudiantes para la actividad académica.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ao: “Este, bueno, hoy vamos a hablar un poquito de la relación médico – paciente, este, pues como tal tampoco no hay, así como una gran información de, osea, osea bueno, sí hay pues, pero no hay como tanto, que pueda platicar, me gustaría si la doctora lo permite, que lo hiciéramos un poquito más dinámico y pues si hay interrupciones y nos complementemos, osea todo el mundo en general sabe más o menos lo que es la relación médico-paciente y pues este, lo podemos completar”.</p> <p>Ao: “Este, encontré estas dos definiciones de que es la relación médico-paciente, la primera dice que es una interacción psicosocial, compleja, de vulnerabilidad, confianza, ahorita vamos a hablar un poquito más de lo que es la confianza y autoridad en un entorno profesional y la otra es una relación consensuada en la que el paciente a sabiendas busca la asistencia médica y el médico a sabiendas acepta a la persona como paciente...”</p> <p>/El alumno continúa con su exposición del tema/ Ma: “Ahí, memo nos dice consensuada, eh, ahora si lo vamos a aterrizar aquí a nuestro instituto, realmente cuántos de las relaciones médico-paciente que empiezan desde el momento en que nosotros eh, atendemos para que el paciente ingrese a nuestro consultorio, realmente ¿cuántas son consensuadas? ¿el paciente elije con quién entrar?”</p> <p>Ao: “No, pero, osea, así yo creo eso sí independientemente” Ma: “Ajá”</p> <p>Ao: “Bueno yo creo que eso sí, osea al final de cuentas la relación médico-paciente, bueno, a mí me llevaban de chiquito pues con algún doctor, el pediatra, lo que fuera, inmediatamente tomas una postura como paciente, independientemente si tú conoces o no al doctor, osea, al final de cuentas esa termina siendo una relación médico-paciente” Ma: “Ajá”</p> <p>Ao: “Y el pediatra, o cualquier doctor, traumatólogos, muchos traumatólogos, este, pues, osea toma la postura de que él tiene la autoridad sobre ti, osea obviamente no como un autoritarismo, pero tiene la autoridad sobre ti y uno asume, inconscientemente y consensuadamente, tú aceptas ese rol, no pues, tú tienes una persona al frente, que tú estás acudiendo pues al médico pues por algo, pues tienes que asumir primero ese rol para poder llevar en bien esa relación”</p> <p>Ma: “cierto, exactamente eso era, normalmente cuando hablamos de que hacemos un consenso, es porque elegimos mutuamente una determinada circunstancia, o estar con una persona, o hacer una determinada actividad. En este tema de la relación médico-paciente, esa parte de consensuado es en relación al rol que estamos dispuesto a asumir, cuando nosotros vamos a vernos todos como pacientes, estamos en este lado de decir voy a ir a hacer atendido o a solicitar orientación, yo automáticamente ya adopto mi rol de paciente, sí y lo que eso conlleva dependiendo del tipo de comunicación que establezca con la persona que me toca, que lo ideal sería, que por eso cuando surge cómo debe atender un médico familiar, se piensa en núcleos, núcleos de familias, es decir, determinada población o sectores de la población que circundan la clínica para que el conozca</p>	<p>Se dio por entendido que todos aceptamos la propuesta de participación conjunta en la exposición abriéndose a debate en el momento necesario los temas álgidos de la exposición cabe aclarar que los compañeros asintieron con la cabeza que aceptaban la dinámica de trabajo y a mí me pareció pertinente la intención de hacer dinámica la exposición con la participación continua durante la misma pues el tema justo uno de los objetivos que persigue es que los estudiantes expresen su experiencias en este elemento de su práctica clínica</p> <p>Durante la formación médica siempre les pedimos a los estudiantes que para entender al paciente deben poner en el lugar del paciente, es decir, ser empáticos. Con este ejemplo el alumno está mostrando su conexión desde esta perspectiva con el escenario de la atención médica.</p> <p>Me dio gusto que el alumno pudo aclarar el punto de la pregunta que le hice porque demuestra que revisó el tema y está trabajando bajo el pensamiento crítico y analítico que es justamente lo que se persigue al asignar la exposición a un estudiante.</p> <p>Fue necesario extenderme en la explicación a los estudiantes sobre las circunstancias institucionales que nos pueden conducir a un determinado tipo de relación médico-paciente ya que de no identificarse puede</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>		

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>a ese grupo de personas y las personas lo conozcan y esa relación médico-paciente se va a desarrollar de una manera óptima; en el ISSSTE no existe eso bien estructurado, porque si tentativamente cuando alguien se mete al sistema de acuerdo a su domicilio le asignan un consultorio, entonces supongamos, mi consultorio, creo que más o menos las personas que yo veo, por ejemplo vienen, tengo aquí en el día de hoy, una, dos tres, cuatro, de una colonia que se llama ... eso me da a mí la posibilidad de más o menos ir ubicando a mis pacientes, lo mismo que ellos conmigo, pero no siempre se cumple esto; en el seguro social sí está bien marcadito, ósea, ellos siempre atienden a los mismos pacientes, entonces esa relación, esa parte de consensuada ya se logra de manera más efectiva; pero sí, lo que tú dijiste memo es el punto, aquí pensar en que cada uno de nosotros asumamos nuestro rol, ya sea como médicos o como pacientes independientemente de que personas sean, lo mismo de este lado, nosotros nos quedamos como médicos y no sé ni quien es el que sigue, hasta que ya lo tengo acá enfrente, en ese momento tenemos que empezar a trabajar bien rápido, a lo mejor ahorita lo vas a mencionar, las expectativas que tiene y las que yo tengo, rápido hay que construir, esa como parte de presentarnos y luego meternos a lo que le aqueja y luego resolver de una manera que tengamos que resolver”</p> <p>Ao: “Claro, entonces vamos a ver primero como las obligaciones que, bueno que mencionaba el artículo donde saqué la información” primero informar al paciente de qué condiciones, opciones, tratamiento, eh, pues osea, informar. Bueno, ahorita lo vamos a ver. Pero el artículo mencionaba que uno de los cuatro pilares de la relación médico pacientes uno de ellos es el conocimiento; sin este nose puede entablar un ambiente, sin este no hay nada. Explicar la condición médica, poder proporcionar el tratamiento óptimo y derivar al paciente con especialista apropiado en caso de que sea necesario y obtener los consentimientos ...”</p> <p>/El alumno continúa con su exposición del tema/ Ao: “el médico versus el paciente, el médico va a decidir sobre los servicios prestados en salud así del cómo y el cuándo lo que lo pone en la balanza del poder porque puede decidir el manejo del paciente y el paciente por la contraparte podemos verlo como una persona vulnerable que le van a confiar su salud y vida al médico y el punto del médico con el paciente pues es la confianza que se va a convertir en la piedra angular en una relación que es muy asimétrica. Que es lo que comentaba el artículo...”</p> <p>/El alumno continúa con su exposición del tema/ Ao: “por eso dice que es la balanza asimétrica del poder” Ma: “asimétrica a ok, ¿entonces la vulnerabilidad la pensaríamos solo en el paciente, ese concepto? ¿Solo el paciente esta como en esa parte de vulnerabilidad?” Ao: “puede ser que no, sin embargo, osea, osea, desde el inicio se le pinta al paciente como el vulnerable” Ma: el vulnerable, aja, el vulnerable en qué sentido haber Quique, dinos, él ya nos lo explico, ¿cómo lo entendiste? ¿por qué hablamos de la vulnerabilidad en el paciente en la relación médico-paciente?”</p> <p>Ao: “bueno, ah, respondiendo primero a su pregunta memo nos comentaba que hay como una balanza de poder, en el que el medico tiene la autoridad porque el paciente acude generalmente la mayoría de las veces a consulta porque sufre de algún padecimiento, entonces por eso es la vulnerabilidad del paciente; pero no siempre se cumple esto, muchas veces por ejemplo, regresando al punto anterior de que es consensuada, muchas de las veces, como en el escenario ideal es consensuada, pero por ejemplo en México, desde mi punto de vista, puede llegar un delincuente a tu consultorio y decirte atiéndeme y entonces ahí cambia un poco”. Bueno es lo que yo creo” Ma: “ummju, bueno ¿a ser coerciva?”</p>	<p>perjudicar el desempeño profesional del médico. Con esto nos enfocamos en reflexionar sobre qué tipo de relación médico paciente les gustaría construir para su práctica profesional individual.</p> <p>El alumno a pesar de que no planteó con claridad hacia donde iba la explicación que nos estaba dando; en este apartado expuso algunos de los elementos que dan relevancia al tema de la relación M-P respecto a su importancia en la práctica clínica lo que apoya el cumplimiento de algunos de los propósitos de la clase.</p> <p>Recordando que en el registro anterior uno de mis alumnos participaba poco tomé la iniciativa de solicitarle directamente su intervención en la clase, lo cual resultó muy agradable pues el estudiante lo hizo con mucha fluidez y confianza.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Resultó muy enriquecedor y gratificante observar cómo entre los estudiantes se tornó una discusión por las diferentes apreciaciones de las circunstancias que llevan a determinados tipos de relaciones y se dejó ver que elementos son los que les preocupan según los contextos en los que les ha tocado tener experiencias clínicas este tipo de escenarios brinda a los chicos la posibilidad de conocer a través de otros nuevos escenarios a los que en el futuro pueden enfrentarse; así adquieren herramientas para hacerlo de la mejor manera posible.</p>	

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ao: “entonces ahí cambia un poco como, eso es lo que creo, que no siempre se cumple” Ao: “bueno, justo yo estaba pensando en eso, osea así un criminal o así, pues va a consulta y no se pone de una manera prepotente, aunque si ha llegado el caso, bueno osea así una balacera o algo así, pero por lo general uno no sabe si es buena o mala persona, osea viene con el rol de paciente”. Ma: “aja” Ao: “osea la mayoría de las veces, osea, la persona tú no sabes su historial criminal ni nada, pero probablemente una persona que nosotros hemos conocido pues ha hecho alguna atrocidad que nosotros no sabemos y al final pues tú no te das cuenta, porque por lo general el paciente viene en una posición vulnerable y pidiendo ayuda, osea, al final de cuentas el paciente pide y se pone a tu merced para que pues tú le trates de ofrecer la opción terapéutica nosotros tenemos el poder, porque a final de cuentas nosotros llevamos el poder, porque a final de cuentas el conocimiento es poder y nosotros estamos tratando de usar nuestros conocimientos para poder ayudar a ese paciente” Ma: uju, de hecho, la vulnerabilidad del paciente radica en eso, en que es un individuo que viene a solicitar el apoyo de alguien porque esa otra persona tiene los recursos para ayudarlo, entonces, el hecho de ir a pedir eso es lo que lo hace vulnerable y que puede o no estar enfermo, también Enrique acuérdate, estamos hablando de personas sanas. Cuando pensemos en los pacientes, hay que tratar de pensar en nosotros como pacientes, para que no se nos olvide ese otro lado, de cómo se siente cuando te dicen haber súbbase a la camilla y, osea, descúbrase la pancita, ya lo han hecho, estoy segura que más de alguna vez recuerdan cómo se puede sentir a alguien que te está revisando tu estando acostado, si la percepción, y ese es el sentido de vulnerabilidad. El que tenga alguien que acercarse, alguien que no es nada de ti y tu mostrarle alguna parte de tu cuerpo te vulneraliza, que es donde nosotros tenemos que actuar siempre de manera muy profesional y ética para que esa vulnerabilidad nosotros no la convirtamos en una vulnerabilidad de la relación médico-paciente, si el paciente entiende que es algo que se requiere para llegar a un fin él va a aceptarlo y nosotros siempre vamos a ser respetuosos del proceder que realicemos. A mí me brinco algo que dijo Enrique que fue esta parte de la coerción. Y él lo relaciono nos puso el ejemplo de un delincuente. Eh de ahí vamos a sacar dos ideas, eh, la primera la vulnerabilidad de nosotros radica en que efectivamente no sabemos a qué nos enfrentamos, si, el paciente solo nos va a mostrar hasta donde él quiera y lo demás muchas veces ni siquiera nosotros lo necesitamos porque no nos compete a lo que vamos a hacer, pero si en algún momento sobre todo en la actualidad que estamos expuestos a cuestiones de violencia o de amm y es que es violencia en muchos sentidos, violencia psicológica, física, de género, son cosas que ya existen todos los días y podemos ser eh digamos violentados como profesionales de la salud en esas líneas, eh, entonces esa sería nuestra vulnerabilidad. Y el otro punto es no necesitamos que alguien sea delincuente para que el proceso empiece como un proceso de coerción. Que nos pasa aquí Juan, osea llega un paciente, vamos a suponer su cita era a las 8 de la mañana y llega 8:15. Se supone que tiene un lapso de 8 a 8:15 ese es su tiempo que tenemos para atenderlo. Entonces le dices sabe que discúlpeme, pero su cita ya no se puede ahorita le toca a otro paciente. Se dan media vuelta van con el jefe inmediato y el jefe inmediato regresa y te dice: tienes que ver a ese paciente. Es un acto de coerción y no hay un delincuente ahí que nos este. Y entonces ahí, es un precedente de cómo se va a formar esa relación. Así se cambia el sentido del poder”. Ao: “si”</p>	<p>Seguí interviniendo en la discusión para enfatizarles los diversos elementos que influyen en la cotidianidad de las relaciones M-P.</p> <p>Los estudiantes necesitan reconocer que identificar la contextualización de la CMF en el tema de la relación M-P es imprescindible para entender lo que sucede y así poder analizar, cuestionar y proponer estrategias para mejorar las relaciones M-P.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>En esta clase el alumno responsable de exponer el tema estuvo interactuando verbal y no verbalmente con cada uno de los participantes lo que permitió la creación de un ambiente favorable para la intercomunicación y participación efectiva del resto de sus compañeros acerca del tema.</p>	

Momento 2
12:06 –
12:59:42.02 pm
***Exposición y
discusión del
tema**

Ma: “esta cuestión que decíamos que en un mundo de caramelo el paciente viene receptivo, tú sabes que igual no eres así como hay yo soy superior a usted, pero si entendemos que vamos a ofrecer una propuesta y mediáticamente vamos a llegar a una decisión, y de la otra manera el paciente entra y te va dice ¡ah me tienes que atender!, quiero esto y quiero aquello. Y entonces nos volvemos mmm, eh”

Ao: “un medio” /los alumnos asentían con la cabeza, demostrando aceptar esta realidad/

Ma: “en esas circunstancias, un medio, si, un recurso que da lo mismo si es memo, quique, juan o yo”.

Ao: “así es” (su actitud es de resignación a una realidad que no parece justa)

Ma: es muy triste, eso, pero pasa y es parte de este tema, así que de tu opinión salieron esas dos cosas, muy interesantes. **Siguele. Porque si no yo solo hablo y.”**

Ao: no está bien, igual si sigue saliendo algo, si quiere interrumpir.” /los alumnos mostraban con su expresión corporal interés y gusto porque yo haga las intervenciones durante la exposición del tema/

Ao: “bueno entonces vamos a tener mmm, no bueno si, primero la comunicación efectiva, este, bueno, pues, tratemos de definir que es una comunicación efectiva, ósea lo que sea pues.”

Ma: “¡es pregunta!”

Ao: “aja”

Ao: “bueno parte de la comunicación efectiva es que ambos lados se entiendan lo que se está explicando tanto de uno como del otro para poder resolver algún problema y evitar los errores que podemos llegar a cometer en una mala comunicación.”

Ao: “así es”

Ao: “un ejemplo podemos dar mal diagnóstico por un mal entendido, no escucharlo adecuadamente o el paciente de una información equivocada como en algunos casos puede suceder, a lo mejor un medicamento que es alérgico y ella te dice no creo que es el naproxeno”

Ao: “umm”

Ao: “el creo ya te da un sin fin de posibilidades ...”

/El alumno continúa con su participación/

Ao: “pero si la comunicación asertiva es que la emisión sea correcta, el receptor este entendiendo lo que está emitiendo y a su vez el mensaje este bien articulado para que haya un buen entendimiento de las indicaciones o de los que tu tratas de explicar hasta cierto punto” (todos los alumnos están muy atentos y en total acuerdo con lo expresado por su compañero según lo que se aprecia en su postura corporal y expresión facial de aprobación)

Ao: “claro, si muy bien, lo dijo todo Juan Manuel, son como dos puntos dos ideas que hay que mencionar de ahí, la primera es que tiene que ver con la escucha activa, no, el prestar atención para que ese mensaje sea recibido de la mejor manera y la segunda es que como tú dices bien es que finalmente puede ser una barrera, ¡ah! Se me fue la idea, bueno ahorita se me regresa. (el alumno está incomodo porque del consultorio alterno se escucha mucho murmullo lo cual causa que se distraiga en su exposición del tema) la comunicación efectiva va a reflejar la satisfacción del paciente, disminuye errores, reducir quejas y demandas, va a mejorar el cubrimiento del paciente a los regímenes de medicación y tratamiento y va a tener un impacto positivo en resultados clínicos en salud física y mental de los pacientes. ¿qué opinan de esto?”

Ao: “ah de la comunicación efectiva”

Ao: “bueno pues si”

Ao: “ah pues creo que osea justamente lo que ya se había mencionado emisión, receptor, mensaje anclado, pero el lenguaje también tiene que ser como, tiene que estar en el mismo canal, porque no puedes hablar

La síntesis que en este punto realizó el alumno aporta al propósito principal del tema que es destacar la importancia de la relación médico paciente, así como sus ventajas para todos los involucrados en ella.

La lluvia de ideas y el intercambio de las mismas entre los alumnos y yo fue muy agradable porque permitió ir desarticulando los elementos que involucran la escucha activa con los fenómenos de bloqueo en la comunicación de la relación médico paciente aportando para el mejor entendimiento del tema.

Soy muy insistente puntualizando lo importante que es para mejorar la relación médico paciente en nuestra práctica clínica el autoanálisis y

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>con el lenguaje técnico a alguien que no lo va a entender, entonces bueno solo eso.” Ma: “aportar eso ¡sí!” Ao: “ya me acorde antes de que se me vaya, porque si no se me va. El artículo también mencionaba de eso que decía de las barreras que a final de cuentas pues igual y nosotros no podemos, si nosotros somos el receptor bueno pues nosotros no va a quedar. Pero al momento en que somos emisores nosotros no podemos modificar como el emisor va a escuchar el mensaje. Por eso el artículo mencionaba que debemos de tratar de usar el lenguaje que sea claro pues, sin tecnicismos y obviamente a nivel de estudios del paciente y así, este, y pues hacer que el mensaje sea lo más claro posible...” Ma: “¿qué obstáculos como profesionales de salud solemos aplicar para no tener una comunicación efectiva?” Ao: “obstáculos” Ma: “obstáculos y eso lo hacemos todos eh” Ao: “bueno ah” Ma: “aja traten de, obstáculos más; que más recuerdan” Ao: “bueno, primero que nada, muchos de los doctores cuando están dando consulta ni siquiera voltean a ver a los pacientes” Ma: “falta de contacto visual” un obstáculo y que es muy efectivo eh, si tu no vez a alguien que es lo que estamos transmitiendo cuando no vez a alguien” Ao: “no me interesa” Ma: “no me interesa” Ao: “no, pero es que el lenguaje no verbal también lo puse ahí, también una diapositiva” Ma: “ah muy bien, si” Ao: “el lenguaje no verbal representa como el 70% del lenguaje” Ao: “y prácticamente de la comunicación y de que se te cure el paciente, si lo vez a los ojos, así le des paracetamol y le cambies por acetaminofén se te va a curar el paciente” Ao: “si” Ma: “se sienten, ah, la mayoría o el porcentaje de pacientes que viene para ser escuchado independientemente de las patologías que tiene solo para ser escuchado y sentirse atendido y eso se refiere a que le presten atención es muy alto” Ao: “si” Ma: “sí, entonces si nosotros trabajamos en identificar cuáles son nuestras barreras de comunicación, que todos los tenemos eh, el no tener este un contacto visual, el interrumpir constantemente, osea, que el paciente este, oiga no espéreme de esto que, oiga no esto que, solo vamos a. osea el tener esos interruptores también es de los bloqueadores, otro de los bloqueadores es, exactamente /un alumno señala el reloj de su mano/ estar con la cuestión del tiempo, eh otro bloqueador muy común aquí seria, mmm el silencio, osea el paciente puede estarte hablando y tú no decir absolutamente nada, bueno no sé si hacer, escribir lo que aparentemente lo que está sucediendo y únicamente entregar la receta” Ao: “la receta” Ao: “así”</p>	<p>reconocimiento de los elementos que pueden mejorarse o modificarse ya que uno de los grandes errores de los médicos es que justificamos una mala relación M-P en elementos ajenos a nuestra propia práctica y este paradigma debe ser modificado y reconstruido por los estudiantes para que tengan profesionalismo.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ma: “la ausencia de una respuesta verbal, seria ese como un bloqueador y podríamos enlistar si nos pusiéramos a revisar, bueno haber yo que hago, haber yo que hago que hago y ahí digamos que el tip es identificar cuáles son nuestros bloqueadores, trabajar sobre de ellos si es que queremos ser más efectivos en nuestra comunicación y como resultado tener mejores relaciones no solo con el paciente sino interpersonales de manera general con nuestros amigos, en casa, con nuestros colegas de eso dependerá nuestro éxito oh y bueno ya cuando hablaban de decir o recibir el mensaje correcto hígole que importantísimo es, pensemos cuantos problemas y no hablemos de la relación médico-paciente, sino cuantos problemas personales,</p>	

Momento 2
 12:06 –
 12:59:42.02 pm
 *Exposición y
 discusión del
 tema

laborales hablando de la sociedad con la que nos desenvolvemos ni siquiera existirían si el mensaje que queríamos dar hubiera sido transmitido correctamente e interpretado correctamente. Si”
 Ao: “así es”
 Ma: “cuántas cosas son”
 Ao: “cuántas guerras no se pudieron haber evitado”
 Ma: “ajá, exacto”
 Ao: “hablando de catástrofes, osea”
 Ao: “la muerte de Colosio”
 Ma: “la muerte de Colosio”
 Ao: “osea, ¿cuántas cosas?”
 Ma: “y aquí con los pacientes, Juan nos dijo, ¿qué pasa cuando les preguntamos si son alérgicos a algún medicamento? Yo les contaría, a mí me llegó a suceder cuando estaba en una de las actividades de urgencias que le preguntaba al paciente, ¿alérgico a? a no pues soy alérgico a penicilinas y luego, el motivo de atención era algún cuadro infeccioso y de verdad hasta que ya estaba escribiendo alguna penicilina decía, ah caray, espérate, ¿a qué me dijo que era alérgico? Incluso llegué a hacer impresiones con el medicamento al que era alérgico y yo decía, ¿qué me está pasando? Y eran esos procesos de comunicación incorrectos. Bendito Dios nunca se fue ninguno con eso y lo utilizó, pero a veces me salvó que, que el paciente volteaba y me decía, oiga le dije que soy alérgico a ese medicamento. Entonces, todo tiene que ver con la comunicación”
 Ao: “En un momento me tocó a mi compañero, entonces él pregunta, yo estaba con él y ya lo revisa, su infección, bla, bla, bla y ya este, una penicilina de ochocientos mil unidades, pónsela, se la pone, ok y ya sabemos y luego hay doctor, se me pasó decirle que soy alérgica a la penicilina, no ya se le había pasado, entonces, resulta la ventaja que no presentó, la dejamos en observación, no pasó a mayores, pero ese es un ejemplo, ahí aprendiste una cuestión de comunicación, preguntar primero, antes de aplicar el medicamento, lo bueno que no me pasó a mí, yo estaba presente, estaba con mi compañero, pero él estaba en otras situaciones, precisamente estaba con él pero estaba en otras situaciones. Igual, otra barrera es que muchas de las veces, como somos seres humanos, nuestro mayor error es tener nuestra mente muchas veces está en otro lado, en algunos casos no siempre, él estaba en una situación personal muy difícil, le dije, pásate para allá, yo termino tu consulta, osea es una forma de ayudar, una forma de comunicación y es una barrera que a veces”
 /El estudiante hace un chasquido de dedos/
 Ao: “Claro”
 Ao: “los médicos lo intentamos, pero no siempre”
 Ao: “claro”
 Ao: “pero no siempre”
 Ao: “somos humanos”
 Ao: “no siempre estamos al 100%, nuestro estado de ánimo también afecta la comunicación”, también las cuestiones que tengamos, laborales, las personales, también te afecta. Un ejemplo, como decía quique, de un delincuente, ¿qué pasa cuando te llega el paciente y te llega esposado? ¿qué te interesa saber? ¿qué es lo que tiene o qué es lo que hizo?”
 Ao: “osea, por chisme pues qué es lo que hizo, pero”
 Ma: “ah, ah, a mí, lo primero, me interesa, ¿es peligroso? ¿puedo acercarme a él? Osea, eso es lo que primero pienso”
 Ao: “por seguridad”
 Ma: “cuando, cuando veo a un paciente que está esposado, o viene acompañado, porque aquí, bueno, no me llegan esposados, nunca me ha llegado ningún esposado, pero sí llegan acompañados porque han tenido eventos de violencia, o hay documentado en el expediente, paciente agresivo, entonces, lo primero que pienso es en mi seguridad

Los estudiantes están muy atentos, sumamente interesados en que les estoy compartiendo mis experiencias; de esta manera articulamos la teoría con la práctica en la clínica médica.

El alumno se motiva al escucharme y muestra que también está dispuesto a compartimos sobre experiencias vividas durante la atención clínica de pacientes.

Debido a la importancia y trascendencia del profesionalismo con que deben desarrollarse fue importante profundizar sobre establecer relaciones M-P respetuosas en todo momento.

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>antes que, en la atención del paciente, sí, igual los pacientes acosadores, sí” Ao: “también” Ma: “los pacientes acosadores hay que tenerles mucho respeto porque las palabras, el nivel de distancia, el tipo de contacto visual que dices, ellos lo transforman en otros mensajes” Ao: “exactamente” Ma: “y es un riesgo, sobre todo para ustedes que están jóvenes, créanme, les van a salir muchas personas que a las que les van a llamar la atención y no porque sean médicos, profesionales o porque sean buenos en la cuestión médica, sin por otras líneas y eso es algo que tienen que aprender. La mayoría nos toca aprenderlo cuando tenemos la experiencia propia o del que está a lado, osea no hay algo, no nos dan herramientas para prevenirlo, es decir, oye cómo me enfrente o un paciente con esta situación, sí, es el adentramos a estos temas, cuando lo vemos en la escuela, yo recuerdo cuando estaba en la universidad decía bueno y esto, osea finalmente ya lo leí, se ve muy interesante, pero, osea no le hallaba ningún sabor, la primera vez que en una en una pase de visita uno de los médicos de base me dice, doctora interroga a la paciente sobre este, sus antecedentes gineco obstétricos, bueno me dijo a mí y a otra compañera, entre las dos teníamos que hacer la actividad, créanme que lo primero de lo que me percaté es que empezaba a sudar, empecé a sentir que estaba sudando y era porque a pasar de que ya lo había leído en el libro, que había visto tantos machotes de cómo, de si le preguntas si inició vida sexual activa, número de parejas sexuales, este, cuantas veces se ha embarazado, y vamos, te lo dices así como punto uno, punto dos, punto tres, pero teniendo a la paciente enfrente en las condiciones que ella estaba no encontraba las palabras correctas para preguntarle específicamente número de parejas sexuales y mi compañera y yo nos veíamos así como de te toca, no, te toca, tu dile, no hasta que el médico de base interviene y hace su participación y nosotros ah! Y, antes de eso yo podía decir hay ya vi el tema, relación médico paciente, historia clínica, ya lo he visto, es más lo he preguntado en las guardias con el paciente acostado a media luz, cuantos, de estos, pero bajo unas condiciones bien diferentes, sí, y acá en la consulta externa cuando ya los pacientes se convierten en tuyos y tuyos me refiero a que van contigo porque te buscan es otra historia, sí” Ao: “una experiencia graciosa hasta cierto punto, pero, así como dice la doctora, hubo una ocasión una femenina de 26 años, baja voy a revisarla, una infección vaginal, le pido, retírese su ropa de la cintura para abajo, ok, voy por la enfermera, siempre tiene que tener a tu enfermera a lado, entramos los dos, luego y le digo descúbrase, se descubre y la sorpresa para ambos fue que estaba completamente desnuda, como médico dices, yo nunca di esa indicación, cúbrase, póngase su ropa de la cintura para arriba, no ocupo que esté descubierta completamente, mi compañera se queda ahí, pero era una relación que la paciente era más por otra cosa que por la infección que trae, después eso lo vas a comprobar, aprender ustedes, suena gracioso pero una exploración sobre todo hacia el área” Ma: “genital” Ao: “femenina, siempre, aunque sean los internos entran con una enfermera al lado, siempre” Ma: “o no cierran la puerta” Ao: “o no cierran la puerta” Ma: “si no hay nadie que pueda estar con ustedes, bueno, mientras tengamos espacios que permitan poner una cortina o que den algo de privacidad, nunca cierran la puerta, jamás, porque hablando de cuestiones legales, he, en ese sentido le dan la razón al paciente en primer lugar, asumen como hechos reales lo que el paciente describe o relata antes que el profesional que brinda el servicio”</p>	<p>Me agrada muchísimo que el alumno como en otros momentos durante su exposición ponga a debate aspectos controversiales en torno a la relación M-P porque da pie a que todos den a conocer sus puntos de vista y se construya dentro de la sesión mejores relaciones interpersonales entre los participantes.</p>
--	---	---

Momento 2
12:06 –
12:59:42.02 pm
***Exposición y
discusión del
tema**

Ao: "esa es una realidad chicos, es un consejo que les puedo compartir, es una experiencia que lo mejor es graciosa pero que realmente como médico dices tú, bueno, osea, como profesional de la salud no, pero digo a lo mejor alguna otra persona, otro compañero, pero él sí presentó algo diferente y terminó perdiendo pues su profesión, digo por algo que no debería hecho, haber sucedido, por perder su relación médico-paciente, precisamente"

Ma: "y aquí voy a aprovechar una cosa y eso es para ustedes, he, están como médicos en formación, sí, puede llegar a suceder que de repente se expongan a servicios o personal trabajador que intente aprovecharse de las circunstancias sí, y eso puede ser desde que solo le diga ha, voy a usar una palabra bonita que hermoso estás hasta que traten de sobrepasarse, tienen que tener claro que eso no está permitido, institucionalmente en la Universidad, en ningún lado ustedes siempre, independientemente que sean médicos internos de pregrado su integridad es primero y esto se los, voy a aprovechas porque si en algún momento tienen alguna mala experiencia y les hablo aquí de nuestra clínica inmediatamente avísenme he y tomamos cartas en el asunto, sale. Ya nos desviamos un poquito, pero junto tuvimos que aterrizarlo"

Ao: "todo es parte"

Ma: "es parte del paquete"

Ao: "entonces bueno, los aspectos vitales de la relación médico-paciente van a ser cuatro, que es la confianza, que digamos que es la piedra angular, es el punto medio, eh, conocimiento, la consideración y la lealtad son los cuatro puntos que este pues que menciona el artículo, igual la confianza dice" ...

/El estudiante sigue con su exposición del tema/

Ao: "bueno, mencionaba el artículo que nosotros por lo general somos malos comunicadores, de hecho, había una estadística de un estudio que reporta el 75% de los médicos creen haber informado bien al paciente, mientras que sólo un 21% de los pacientes expresan que sí fue así"

Ma: "ujum"

Ao: "no basarnos en la práctica de la medicina defensiva"

Ma: "la medicina defensiva, sí"

Ao: "em, intereses de conflicto de los objetivos clínicos o financieros, conflicto de interés a final de cuantas y bueno, entonces mencionaba que nosotros como médicos somos malos comunicadores, la buena noticia es que nosotros podemos ir desarrollando esa habilidad, mencionaba pues el artículo ... sin embargo yo lo dejaba aquí un poco abierto al debate, dice, la evidencia sugiere que los médicos son emocionalmente distantes, que tenemos mucho más enfoque técnico, entonces, pero no menciona que nos hagamos emocionales para no tener tanto enfoque técnico y así darle mejor calidad de atención clínica al paciente verdad, entonces aquí abro el debate pues, entonces es decir si somos emocionalmente distantes y tenemos más enfoque técnico y supuestamente no le damos tan buena atención clínica al paciente por eso, ¿deberíamos de ser involucrados más emocionalmente para ser menos técnico o deberíamos ser así"

Ma: "qué buena, qué buen punto debate y aquí, justo yo entré en un conflicto como el que memo acaba de poner, el fin de semana platicando con unos compañeros, donde yo les decía, es que no es que seamos fríos, osea no somos fríos en esa medida como de huy no tiene sentimientos, sí tenemos sentimientos, pero hay una línea gruesa que no podemos brincar porque sí yo dejo que en mí afloren todos los sentimientos pierdo objetividad, sí, el paciente entonces empiezo a verlo, ha pobrecito, no, si tiene razón, este, le doy lo que usted quiera o me desvíe por otra línea y ahí fue cuando el punto surgió respecto a la comunicación, decían bueno, necesitas ser empático, necesitas, este, eh, tener sensibilidad para captar lo que el paciente no verbaliza si no hace a través del lenguaje no verbal, es cierto, sí necesitamos

Definitivamente nuevamente me sustraje mientras les explicaba algunos puntos importantes y no me percate que uno de los alumnos estaba muy interesado en participar incluso parece que en 3 momentos con gestos me mostró que quería hacer aportaciones y yo no le di oportunidad de inmediato y esto llevó a que se le fuera la idea de la mente.

A pesar de que el alumno trata de explicar lo importante que es mantener la empatía para con el paciente durante la relación M-P me parece que no puede dejar de sentirlo como una relación de la cual hay que mantener una distancia emocional; siendo esto un error ya que la relación M-P debe ser más profunda para que en las visitas subsecuentes cumpla su objetivo.

El alumno que expone explicó que había acortado el tema solo presentándonos lo que para él era más relevante y le generaba mayor interés; me gustó mucho que sintiera la confianza de decirlo, sin embargo, era importante que trabajara detalladamente los elementos y tipos de relaciones M-P dentro de su exposición y los omite.

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>trabajar en esa línea, pero para contar con la herramienta que nos permita transmitir mejor o ser, tener comunicación más efectiva, no que nos vamos a poner a llorar o hasta asimilar el sentir del paciente, eso no es posible, no en estas carreras, sí, quien y lo vemos, ustedes tienen compañeros que son yo les digo, tú eres más sensible que los demás no, porque sus conductas y yo les digo, no te lo quiero quitar, no quiero que dejes de ser tan amable con los pacientes, pero necesitas aprender a saber hasta dónde llega tu punto de amabilidad porque entonces el paciente se pierde, tú te pierdes también, osea, tiene que haber un pues es que, ¿qué palabra utilizaremos aquí?, tienen que estar bien definidos los roles, sí, para que no tengamos conflicto de intereses y sí se pueden llegar a desarrollar habilidades de comunicación sin que tengas que aflorar tu sensibilidad, solamente se trata de entender los procesos, se acuerdan que yo les dije, un ejercicio sería ponernos a pensar cuáles son nuestros bloqueadores y nuestros bloqueadores en la comunicación en nuestro medio aparecen mucho por esa lucha constante que hay de poder, es lo que yo le digo o lo que usted dice y se fijan yo le dije usted, es lo que tú dices o lo que yo digo, también eso marca como una pauta de poder o de confianza, una barrera, sí, hay que practicar habilidades, sí, habilidades son las habilidades, reconocer qué tipo de lenguaje utilizamos, tener la capacidad de aplicar lenguaje técnico y no técnico dependiendo del contexto en que nos desarrollamos, yo creo que el aspecto que más tendríamos que trabajar el personal de salud, es la paciencia, creo que la mayoría nos forman en un ambiente donde las cosas son como son, que es lo que necesitamos, cómo hay que resolverlo, pues a resolverlo, así es, a, punto a, b y c, lo que sale de ahí es pérdida de tiempo o, eso no viene en las normas, qué publicación, eso no está en las guías, osea, así son, tendemos a hacer, por eso es que si ustedes platican con otras especialidades, otras, otros profesionales que piensan de nosotros, además de que dicen que somos engrèidos y eso está bien inmerso al papel que tenemos que desempeñar, sí, entonces, yo cuando entró esto en circulación con mis otros compañeros les dije, es que no vas a ver que yo sea, no sé cómo me quieres ver para decirme, para quitarme la etiqueta de fría, sí, no me considero una persona fría, simplemente utilizo la información que incluyen ciertas emociones y trato de ser lo más razonable posible para tomar buenas decisiones, ese es el punto”</p>	<p>Memo buscó hacer su cierre de la exposición puntualizando que en la relación M-P el sentido humano de ella es lo más importante; y esto era precisamente lo que más me interesaba que aterrizara con el tema.</p> <p>La emoción que mostraba el alumno, sus ansias por no olvidar ningún detalle de lo que había planeado compartimos justamente lo llevó a olvidar algunos detalles finales; pero fue muy honesto aclarando la situación y despertó en todos los participantes esa emoción por el tema.</p>
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ao: “claro” Ma: “sin llegar al extremo de la crueldad ni la indiferencia tampoco, osea, si veo a un paciente con un sufrimiento y vamos a usar esa palabra, ya no una enfermedad, con sufrimiento, tampoco puedo ser indolente, sí, entiendo que usted está sufriendo que se siente triste, las alternativas son tales, usted necesita desahogarse, mire ahí hay papel, necesita secarse sus lágrimas y ahora sí nos vamos a concentrar en esto, ¿qué pasó memo?” Ao: “no, ya se me olvidó lo que tenía, es que ya van como tres veces que pienso en eso, pero” (parece que Memo sintió que no le permití decir sus ideas de manera inmediata causándole que se le olvidaran). Ma: “eh no me habías dicho eh” Ao: “lo voy apuntando, no lo voy apuntando” Ma: “eh como vez” Ao: “bueno parte más que los sentimientos lo que yo había resaltaría y que te den un taller para ello es la empatía que es una parte importante en ese sentido, pero no significa que tú te pongas en los zapatos del paciente sino que entiendas una parte del paciente para poder resolver un problema pero si te pones, es lo que te va a llegar el paciente que todo le pasa y que todo le duele y que su vida es un mmm y tú te pones a llorar con él olvídale vas a terminar tu utilizando el apoyo no, pero si eres empático lo ayudas en ese momento, como dice la doctora, quiere llorar, llora, aquí está el papel sécate una vez que te desfogues orales, 5 dale 3 min 2 minutitos y a trabajar. Y si en algún momento había</p>	

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>dieron un taller de empatía para poder tratar a padres de pacientes donadores de órganos entonces nos dan esa capacitación ...” “te enseñan a manejar las emociones y de verdad si funciona porque te ayuda a mejorar tu conducta con el paciente pero sin salir lastimado emocionalmente al ayudarlo, no somos rocas, somos seres humanos que si quiero ayudar no me voy a poner a llorar contigo, osea tengo que poner...” “y saliendo de aquí ya termine, sino tú te vas a llevar esa, esa, parte contigo y va a crear un conflicto más, ésa parte es bien importante cuando aprendes a desfasar y te lo va a dar la experiencia...”</p> <p>Ao: “no es hacerte sensible es capacitarte para poder entender las emociones más que nada”</p> <p>Ao: “bueno, gracias, pues ya nada más para terminar puse un par de puntos de mmm omití bastantes puntos porque, bueno primero termino esto y luego ya para dar como conclusión. Bueno esto hay que no priorizar las cuestiones monetarias sobre la atención médica, no ver al paciente como si fueran clientes y no ver al paciente como un conjunto de órganos y tejidos”</p> <p>Ma: “aja si”</p> <p>Ao: /ríen y afirman con la cabeza sobre lo que señala su compañero/ Ao: “a final de cuentas la medicina es una profesión y no es un negocio. Este porque omití varias cosas pues el artículo mencionaba dos o tres cosas que nos recomendaban osea hablar de la atención médica-clínica, una de las cosas buenas, pero que no puse, pues sería la de recibe al paciente, abrir la puerta, presentarte y eso”</p> <p>Ma: “umjuu”</p> <p>Ao: “yo digo bueno eso es una buena práctica”</p> <p>Ao: “buena práctica”</p> <p>Ao: “y para mejorar la comunicación efectiva es ir repitiendo lo que el paciente va comentando ... y entiendo que es un buen método, pero pues yo no voy a ser quien pues para decirte que hagas como lo hagas y así para ...”</p> <p>Ao: “Entonces a manera de conclusión yo creo que la comunicación y bueno la relación médico-paciente es mucho más intuitiva de lo que uno piensa, a final de cuentas cada quien tiene sus formas, tiene sus métodos, tiene su lenguaje, tiene su tono, tiene su volumen lo que lo que fuera, este y es la manera en que cada quien, pues se presenta como persona, no pues a final de cuentas hasta los</p>	
<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>hasta los médicos somos y tenemos cada quien su todo, cada quien sabe que es lo que más le conviene a cada paciente, digo a cada médico dependiendo de cada paciente, pues a su día, a su estado de ánimo y a todo; entonces yo creo que pues ese tipo de recomendaciones al final este, pues son más de uno como individuo. Este una de las cosas que me gusto que dijo la doctora fue que pues la indiferencia es yo creo que pensándolo como una de las barreras más importantes que puede tener el médico, y pues no manejarlos bajo la indiferencia del paciente y pues como un poco de las estrategias que podríamos tomar es pues ser políticamente correctos, siempre, pues, llevar como una distancia necesaria obviamente pues siempre pues cuidarnos de lo que pues una demanda, o algo así, pues si es una relación un poco más difícil... a final de cuentas tu eres como eres con los pacientes, a mi como que los 2 primeros meses fue cuando tome mi rol como paciente y fue entonces cuando también los pacientes toman su rol como pacientes...”</p> <p>Ma: “umju”</p> <p>Ao: “se me hace como importante primero como asumir ese rol, luego te va a tocar pues pacientes difíciles, pacientes que ni les entiendes cuando hablan”</p> <p>Ma: “si, los que no te oyen”</p> <p>Ao: “...uno tiene que desarrollar las habilidades para poder entablar una buena comunicación y no es como que allá una receta de cocina, por eso no quise ponerlo aquí. Pero lo único que, si es, osea no puede</p>	

<p>Momento 2 12:06 – 12:59:42.02 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>haber indiferencia en medio de la relación médico-paciente. Y pues parte de lo que usted decía doctora pues yo creo que se necesita osea" Ao: "distorsionar" Ao: "si osea, no sé cómo decirlo, yo lo apunte, no sé cómo decirlo, pero a ver si ahorita regresa a mi cabeza, pero básicamente esto es ya la exposición."</p>	
<p>Momento 3 12: 59: 42:03 a las 13: 03:19.17 pm Cierre y conclusiones</p> <p>Momento 3 12: 59: 42:03 a las 13: 03:19.17 pm Cierre y conclusiones</p>	<p>Ma: fíjense que aquí, Memo. Mmm, excelente lo que concluyes y lo que aterrizas, excelentemente bien. Yo el único consejo que les daría es que para que tengamos un impacto sobre lo que estamos haciendo es que nos demos a la tarea de reflexionar, tanto lo que nos salió bien, como lo que nos salió mal. Eso es lo que construye la experiencia sí. Si yo tengo algún paciente que durante mi intervención con él todo el rato estuvo molesto, y yo lo veo francamente molesto, incomodo, se porta muy seco, no puede haber una interacción; yo puedo tomar una decisión y decir haya él, el paciente no quiso. Pero es importantísimo que veamos que hicimos nosotros. Yo hice esto para mejorar o empeorar el escenario. Si me fue bien, no te quedes ahí, vamos a ver que hice con este paciente. Porque va a haber pacientes iguales, si, y entonces las estrategias que ustedes implementaron con algunos de los pacientes que son muy parecidos créanme que les van a ayudar a tener buenos resultados que bueno el dinamismo por tratar con personas es algo que esta inherente y que a veces nos va a llevar sobre el momento a ir construyendo estrategias. No pues con Memo la vez pasada nos funcionó perfecto" Sup: "¿Disculpe cuantas consultas dio hoy?" /abre la puerta del consultorio el médico pasante con preguntas provenientes del coordinador médico y nos interrumpe la clase/ Aos: /todos se ríen e inquietan/ Ma: "16, cero licencias y cero referencias" Sup: "perfecto, gracias" Ma: "de nada" Ma: /me rio/ "este ya hasta se me olvido que les estaba diciendo, en mi audio debo aclarar que me interrumpió un pasante. Jajá, pero bueno ya no sé qué más les iba a decir, a bueno, a veces nos puede funcionar algo, pero de repente vemos en el momento que no funciona porque las circunstancias cambiaron entonces ustedes lo van construyendo cada uno de acuerdo a su personalidad va a aplicar ciertas estrategias y eh también de acuerdo a lo que aspiren a qué tipo de referentes quieran tener, no se les olvide bueno la mayoría de nosotros el cómo somos ahorita tiene mucho que ver con los que nos formaron. Si a ustedes les hubiera tocado ver a mis profesoras y profesores que tuve en la residencia entonces entenderían porque hago muchas de las cosas que hago. Ujum..." Ao:" lo aprendí ahí" Ma: "y bueno entonces me gustó mucho como lo aterrizaste Memo" por esto este tema es esa genialidad de que se aborde por todos lados, alguien podría concentrarse solo en la parte técnica, siguiendo los machotes que te dan los diferentes autores... hay de todo, pero es algo que tenemos que aprender y la única manera es si nos retroalimentarnos de lo que estamos haciendo de manera personal, si además podemos ver a otros y decimos hay mira el Dr. Juan como dirige su consulta y nos interesa intentarlo y vemos que además en la</p>	<p>Ahora sí destiné un tiempo para hacer un cierre final del tema, lamentablemente a medio proceso fuimos interrumpidos por el supervisor; lo que me distrajo un poco y olvidé algunas de las ideas que deseaba transmitirles a los chicos.</p> <p>A pesar de que los estudiantes querían continuar comentando sus experiencias tuve la necesidad de pedirles que se detuvieran pues el consultorio debe liberarse; situación que recurrentemente nos lleva a acortar el tiempo de cierre en nuestras sesiones.</p>

<p>Momento 3 12: 59: 42:03 a las 13: 03:19.17 pm Cierre y conclusiones</p>	<p>literatura si esa es una de las técnicas, tengo un sustento, puedo probar y ver si me funciona o no" Ao: "así es" Ao: "si es muy importante, por eso les comentaba tomen de cada uno lo que les funcione..." Ma: "ustedes que están en formación, lo que más me gusta es que puedan darse cuenta de lo que estamos haciendo, que revisen lo que está bien y lo que no lo está, si podemos juzgar es cierto, pero no es el punto, pero sí que nos sirvan de aprendizaje, quisiéramos para que no repitan lo mismo" Aos: "sí" Ma: "ustedes marquen la diferencia, son las nuevas generaciones" entonces chicos después cuando me reciban en su consulta por lo menos me voltean a ver chicos, no sean así" Aos: /se ríen/ "claro que sí, Dra." Ao: "es muy padre cuando estas de este lado y llega tu maestra" Ao: "el otro día me encontré a mi maestra de la secundaria y se asombró mucho de verme que estoy estudiando medicina" Ao: "es divertido" Ma: "bien vámonos chicos, ya le voy a parar a la grabación" Ao: "si doctora" Aos: "vámonos, hasta mañana"</p>	
---	--	--

REFLEXIÓN

Durante mi segundo registro a pesar de tener la experiencia del primero sentí cierto temor por escucharme, por miedo a lo que encontraría durante el proceso respecto a mi práctica; angustiada por la incertidumbre si habría o no modificados elementos negativos identificados en el anterior registro o seguían presentes. Aun con toda esta gama de emociones el segundo registro me permitió reflexionar lo siguiente:

El esqueleto de mi clase de manera inicial estaba conformado por cuatro momentos los cuales se convirtieron únicamente en tres momentos porque se compaginaron el momento dos y tres como una propuesta del alumno responsable de exponer el tema, situación que resultó muy favorable para la participación de todos los estudiantes durante su desarrollo pero que lamentablemente nos tomó más tiempo del contemplado en la planeación llevando a que otra vez las conclusiones finales y cierre de la sesión fue breve e incluso tuve que pedirles a mis alumnos que suspendiéramos sus participaciones pues teníamos que desocupar el consultorio.

Hablando de la distribución del tiempo también noté que en el saludo ocupamos más tiempo del planeado debido a que tengo que atender a las par situaciones administrativas concernientes a sus rotaciones clínicas lo que lamentablemente reduce el tiempo destinado a la sesión académica. Al inicio del tema el alumno no mencionó el orden ni los objetivos con los que desarrollaría la exposición del tema y yo tampoco pedí que lo hiciera; esto finalmente nos llevó a que el alumno se la pasara brincando de un objetivo al otro durante la exposición y dejando de cubrir el propósito de elementos y tipos de relaciones M-P.

Respecto a mi habla reduje el abuso de algunas expresiones, así como la velocidad con que hablo. Persistí afirmando o negando los comentarios y participaciones de mis alumnos que ahora me parecía intromisiones innecesarias que no conducían a nada dentro de la discusión del tema. Traté de ser más paciente y esperé a que el alumno estuviera listo para participar sin adelantármele al ver que tardaba en hacerlo. Nuevamente cometí el error de no percatarme cuando uno de mis alumnos deseaba participar por estar tan ensimismada en mi propia participación situación que incluso ocasiono que el alumno olvidara lo que deseaba compartirnos.

Fue muy motivador percatarme que mis alumnos llevaron más temprano para nuestra clase, muestra de su interés por las sesiones; también noté la presencia de mayor participación, así como logré que se integrara Quique. Hubo evidencia del desarrollo de pensamiento reflexivo, analítico y crítico durante la exposición de sus puntos de vista. Sin embargo, aún fue necesario que yo reforzara en ellos la importancia del autoconocimiento, auto reconocimiento y la reconstrucción de sus ideas, actitudes en la relación M-P para aceptar su papel y responsabilidad principal en este escenario clínico.

USO DEL TIEMPO POR MOMENTOS DE LA CLASE

Tabla 3

Distribución por momentos de la clase

Momentos de la clase				
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad	(%)
1. SALUDO DE BIENVENIDA	11:58 - 12:05 pm	7	Saludar, dar la Bienvenida a los alumnos, atender dudas respecto a cuestiones administrativas de sus rotaciones clínicas en los servicios asignados.	10.88%
2. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN GRUPAL DEL TEMA	12:06 – 12:59:42 pm	53:42	Exposición del tema relación médico-paciente por el alumno previamente asignado y discusión por todos los participantes de puntos de interés a la par de la exposición.	83.49%
3. CONCLUSIONES Y CIERRE	12:59:42 – 13:03:19 pm	3:37	Conclusiones del tema y el cierre de la sesión.	5.63%

Nota: elaboración propia.

Gráfica 3

Distribución del tiempo por momentos de la clase



Nota: elaboración propia.

EVIDENCIA DE ACTIVIDAD DE LA CLASE

Imagen 8

Estudiantes que llegaron antes de su horario de clase al consultorio para aprovechar el tiempo previo en aclarar asuntos de sus rotaciones clínicas.



Imagen 9

Médico interno de pregrado con su equipo de cómputo mostrando su material de exposición al resto de la clase



Tabla 4

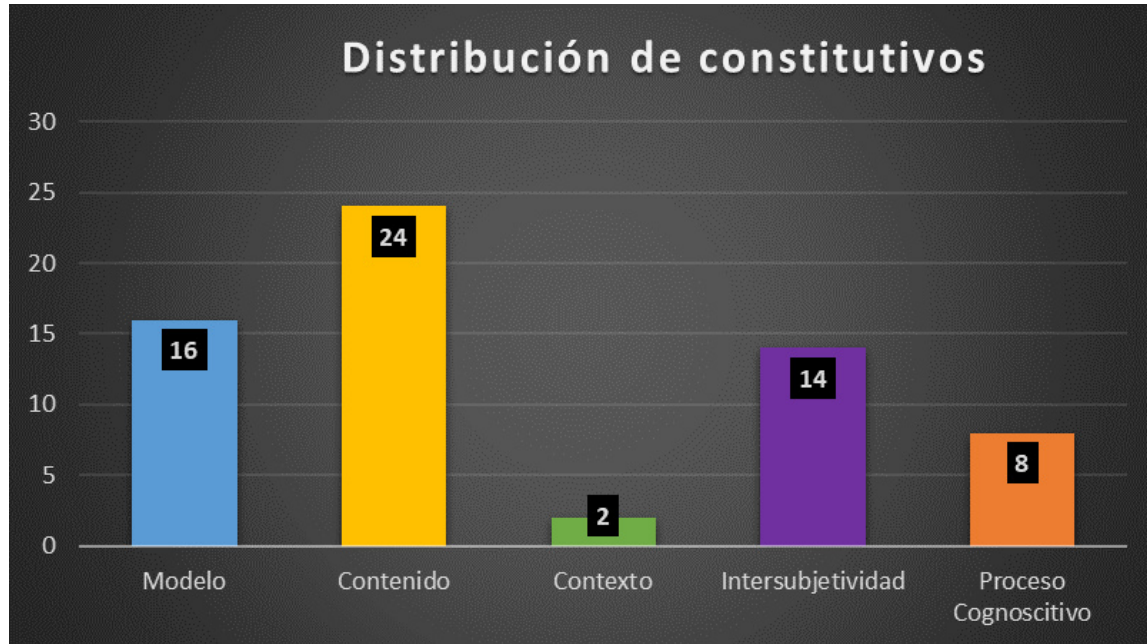
Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase.

ARQUEOLOGÍA DE LA CLASE						
No.	Momentos	Modelo	Contenido	Contexto	Intersubjetividad	Proceso Cognoscitivo
1	SALUDO DE BIENVENIDA	4	0	0	0	0
2	EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN	8	21	2	13	8
3	CONCLUSIONES Y CIERRE	4	3	0	1	0
	Σ	16	24	2	14	8
	%	25%	37%	3%	22%	13%

Nota: elaboración propia

Gráfica 4

Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase.



Nota: elaboración propia

Gráfica 5

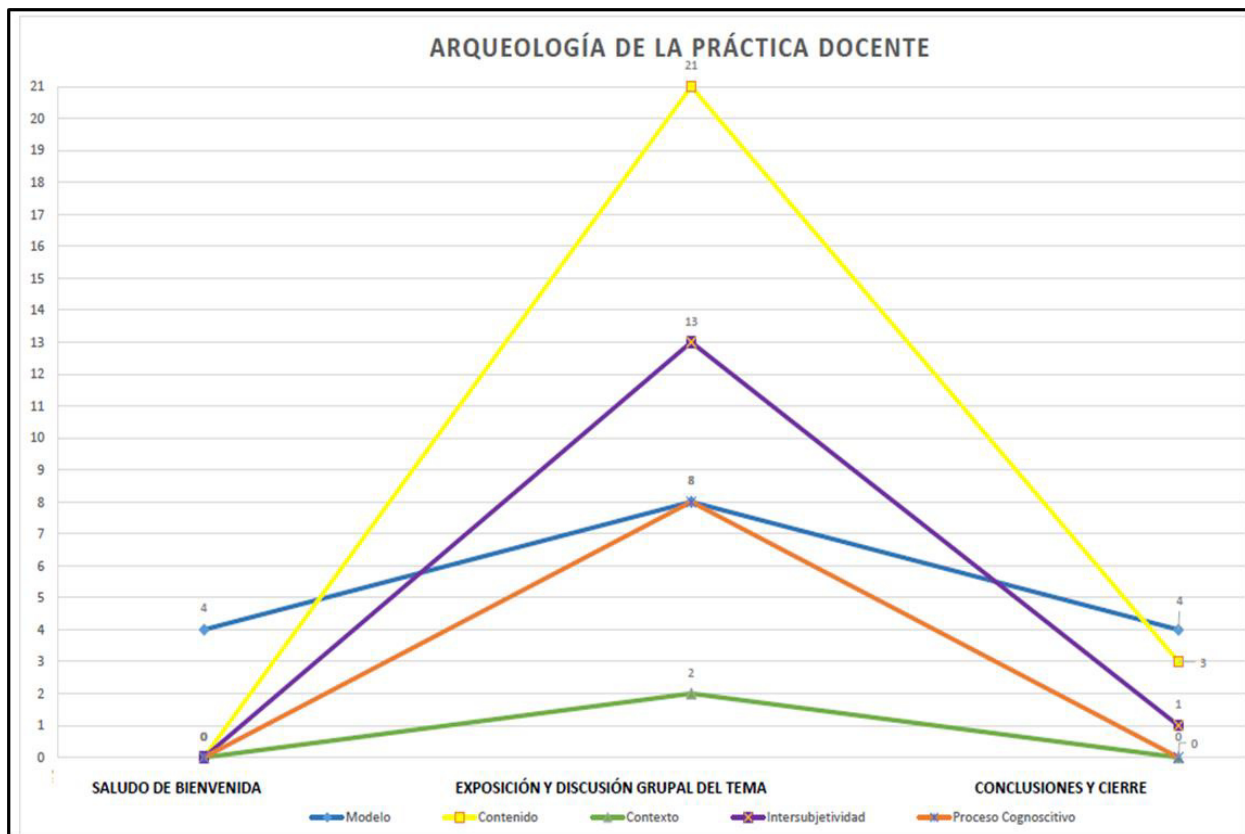
Distribución por porcentaje de elementos constitutivos durante la clase



Nota: elaboración propia

Gráfica 6

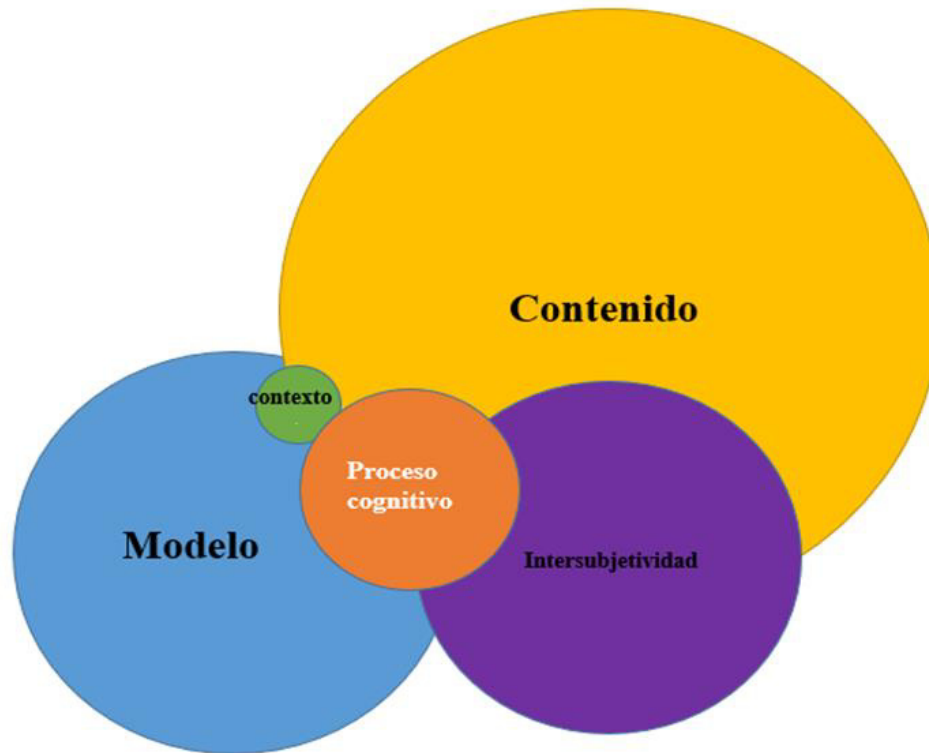
Distribución por momentos de clase los elementos constitutivos



Nota: elaboración propia

Imagen 10

Representación cualitativa de los constitutivos de la práctica docente.



Nota: elaboración propia.

En la revisión de la relación que existen entre los constitutivos en mi práctica docente, puedo identificar que el contenido es el constitutivo con más peso representado con un 37%, lo cual es un reflejo de una práctica común en la educación médica al pretender abarcar demasiado saturando con gran cantidad de información al estudiante, obviamente, es un aspecto que debo modificar pues aunque resulta fundamental dentro de la formación médica el análisis e interpretación de gran cantidad de información, creo que en algunos momentos esto distrae tanto a la docente como a los estudiantes y dejamos por ello de prestar atención acerca de si se logran un verdaderos aprendizajes significativos.

Con una distribución de un 25% está el modelo mostrándose así esta característica que tengo durante el desarrollo de mi práctica docente de centralizar en mí la dinámica; quizás y no lo diré para justificarme como resultado de una acción inconsciente de solventar algunas deficiencias percibidas en los estudiantes. Pero con este análisis lo estoy transformando en un elemento consciente que es una oportunidad de mejora. Con respecto a la intersubjetividad esta se ve representada durante la clase con el 22% la cual da cuenta de la interacción constante que se ha generado entre alumnos y el docente ligado a este ambiente de confianza que he buscado propiciar dando pie a despertar iniciativa en los médicos internos por dar su opinión reflexiva y crítica del contenido.

El proceso cognitivo únicamente alcanzó una representación del 13% dejando en claro, que es necesario seguir implementando estrategias activas centradas en el estudiante que fortalezcan este elemento constitutivo; aumentando la intersubjetividad entre estudiantes y desarrollando habilidades para identificar los elementos esenciales en el contenido para adquirir el aprendizaje significativo sin tornarse únicamente en una sobrecarga de información.

Y finalmente aunque el contexto se observó representado solo por el 3% durante el desarrollo de la clase por la interrupción externa que hubo en el segundo momento conllevando a la distracción de todos los participantes; esto no refleja otro aspecto ligado al contexto que es muy importante mencionar y me refiero a la vulnerabilidad del estado emocional que los médicos internos de pregrado pueden experimentar reiterativamente asociado a una sobrecarga de trabajo que condiciona un constante desgaste físico y emocional que contribuyen a distracción y en ocasiones desinterés por el desarrollo de la clase. De esto último parte el que para mí sea de suma importancia representar de manera central y junto al proceso cognitivo en la arqueología de mi clase al contexto.

Al revisar la arqueología de los elementos constituidos me doy cuenta que el modelo se comporta como una constante durante los tres momentos de mi clase; se abusa del contenido y el proceso cognitivo aunque presente; representado por ocho intervenciones éstas se dieron solo en el segundo momento correspondiendo a la exposición y discusión grupal del tema siendo pertinente propiciar su presencia en el cierre para con ello dar cuenta del cumplimiento del objetivo general de la clase con aprendizajes significativos para los médicos internos de pregrado.

Mi práctica docente es una mezcla entre la educación bancaria tradicionalista más intentos por incrustar durante las clases actividades que involucran metodología activa principalmente el análisis y resolución de casos clínicos a través de la metodología del aprendizaje basado en problemas; mi participación durante las clases es muy alta ya que me anticipo o me desespero ante la falta de participaciones asertivas por los estudiantes; estoy permanentemente enfocada en abarcar todos los objetivos que plantea el programa académico olvidando recurrentemente destinar tiempo para las conclusiones o aclarar dudas o inquietudes lo cual difícilmente logra impactar lo suficientemente en el desarrollo de aprendizajes significativos en el estudiante, puesto que favorece y predispone a que los médicos en formación continúen con situaciones tales como: se comporten apáticos a las actividades clínicas durante la rotación por medicina familiar condicionados por la falsa creencia de que en la consulta externa es suficiente con derivar al paciente a otras especialidades en lugar de hacer un abordaje clínico completo desde un enfoque de manejo integral, empleando como estrategias metodológicas de aprendizaje técnicas memorísticas teniendo únicamente pequeños momentos de reflexión sobre sus acciones y los resultados que se tienen de las mismas, envueltos recurrentemente en una desmotivación potenciada por la sobrecarga de trabajo con largas jornadas y guardias que los mantienen agotados

física y mentalmente todo el tiempo; siendo así poco participativos durante las sesiones académicas.

Puesto que la formación médica durante el año de pregrado debe concentrarse en lograr que el estudiante se convierta en el protagonista de sus procesos de aprendizaje, siendo absolutamente necesario que el rol de la docente figure como una facilitadora, orientadora y motivadora durante la rotación clínica por el servicio de medicina familiar y en este punto de mi trabajo en donde he logrado reconocer las singularidades de mi práctica docente y las características de mis estudiantes llevándome a comprender de una manera profunda como ambos elementos se sinergizan para condicionar las decisiones que tomo dentro del aula y a su vez me permiten explicarme el porqué de los resultados obtenidos entonces me lleva a reflexionar detonando en mí una serie de preguntas tales como: ¿de qué manera la docente favorece la comprensión y participación de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente?, ¿cómo hace frente a las faltas de comprensión en los estudiantes? ¿qué actividades promueve para favorecer la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado? Y ya que se identificó que la presencia de la metodología del aprendizaje basado en problemas podría transformar mi práctica docente y dar respuesta a las preguntas anteriores y por consecuencia impactar en las condiciones actuales de los estudiantes, se generó una pregunta de investigación principal ¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basada en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado? Siendo así la interrogante detonadora de todo el proceso de investigación acción que propiciará mi transformación docente.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN (PROBLEMATIZACIÓN)

PREGUNTA PRINCIPAL

¿De qué manera con la metodología aprendizaje basada en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?

PREGUNTAS SECUNDARIAS

¿De qué manera la docente favorece la comprensión y participación de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente durante su rotación en la consulta externa de medicina familiar?

¿Cómo hace frente la docente a las faltas de comprensión de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente?

¿Qué actividades complementarias promueve la docente para favorecer el desarrollo de potencialidades que permitan a los médicos internos de pregrado alcanzar autonomía en su aprendizaje?

ESTADO DEL CONOCIMIENTO

En este apartado se presentan diferentes investigaciones relacionadas con el tema de la problemática encontrada en mi práctica docente; de la cual se generó la siguiente pregunta de indagación: **¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?**

Tomando en consideración el título, objetivos, metodología y resultados se eligieron dos tesis nacionales y cuatro artículos siendo dos nacionales y dos extranjeros.

La primer tesis elegida fue realizada como requisito para obtener el grado de Maestra en Docencia en Ciencias de la Salud y se eligió porque busca demostrar que la implementación de estrategias didácticas de aprendizaje autodirigido incrementa el rendimiento académico en estudiantes de la licenciatura de médico general; los artículos revisados y detallados más adelante nos muestran las innovaciones del currículo y la metodología en la educación médica a lo largo de la historia sirviendo como respaldo ante la inminente necesidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje del uso de estrategias educativas activas y colaborativas que fomenten el aprendizaje autodirigido en los estudiantes de medicina y el rol del profesor como facilitador, estimulador y orientador permanente, en tanto el alumno va descubriendo, elaborando, reconstruyendo y apropiándose del aprendizaje, con lo cual se promueve el aprendizaje significativo. De manera específica la estrategia educativa del aprendizaje basado en problemas propicia el autoaprendizaje y conlleva a la adquisición de conocimientos, valores, actitudes, aptitudes con base a problemas reales de la práctica médica.

Pérez-Ávila, A. G. (2018). En Culiacán de Rosales, Sinaloa es una tesis que se titula “El aprendizaje autodirigido y sus efectos en el rendimiento académico en estudiantes de

educación superior de la Universidad Autónoma de Sinaloa” cuya investigación se sustenta en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1987), que define el aprendizaje autodirigido como un proceso en el que los pensamientos, sentimientos y acciones son autogenerados y sistemáticos y deliberadamente orientados al logro de las propias metas. El concepto de la autorregulación y las características de los estudiantes autorregulados según Zimmerman (2001-2005) quienes para lograr los objetivos académicos deben incorporar estrategias de aprendizaje, percepciones de autoeficacia del desempeño y establecer metas académicas claras. (Castellanos, 2006). En dichas situaciones un aprendizaje autónomo, autodirigido, no es exclusivamente una alternativa, una aspiración y la responsabilidad del aprendiz. Por el contrario, está inmerso en un complejo sistema de influencias y determinaciones. Un elemento crucial del mismo es el educador, y las situaciones de aprendizaje que él o ella sea capaz de estructurar en consonancia con su visión particular de los procesos mediante los cuales transcurre el aprendizaje y la interacción escolar; así como su capacidad para diseñar y promover situaciones de aprendizaje que propicien el pensamiento reflexivo y crítico en los estudiantes.

Torrano Montalvo y González Torres (2004) plantean que los modelos instruccionales que predominan en la actualidad, procuran que el docente sea un orientador o asesor y ejerza la función de andamiaje en el proceso de aprendizaje que realiza el alumno, de forma que éste progresivamente sea más estratégico, metacognitivo y autodirigido. Siendo un método didáctico que puede ser implementado en la clase para promover el aprendizaje autodirigido en los alumnos lo es el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), (Paris, 2001). De igual manera, el impulso de actividades grupales en las que se priorice el aprendizaje colaborativo, es otra técnica didáctica por medio de la cual puede desarrollarse ese aprendizaje (Boekaerts, 2005).

Para explicar las variables que interactúan en el proceso del aprendizaje autodirigido destaca a dos autores: Zimmerman y Pintrich; en el modelo de Zimmerman el aprendizaje autodirigido se describe como un proceso abierto que requiere una actividad cíclica por parte del aprendiz que ocurre en tres fases, a saber, según Schunk y Zimmerman (1998); Zimmerman, 2000). Donde cada fase tiene una serie de procesos y subprocessos: fase previa, de realización y de autorreflexión y en el modelo de Pintrich se le define como un proceso activo y constructivo donde la persona establece una serie de metas para su tarea e intenta planificar, supervisar, controlar y regular su cognición, motivación y conducta, considerando siempre las características contextuales de sus entornos (Pintrich, 2000- 2004). El autor sistematiza el análisis del aprendizaje autorregulado considerando una estructura en cuatro fases (planificación, supervisión, revisión y valoración) y cuatro áreas (cognitiva, afectivo-motivacional, comportamental y contextual). Esta clasificación ayuda a clarificar cómo los subprocessos implicados en la autorregulación se influyen unos a otros y funcionan en diferentes fases de un proceso de aprendizaje y cómo su influencia se da a lo largo del proceso.

Es una investigación con enfoque mixto con diseño cuasiexperimental, de corte comparativo, prospectivo y longitudinal, que utilizo un pretest, un test intermedio y un pos-test con el propósito de demostrar que la implementación del método de aprendizaje autodirigido incrementa el rendimiento académico en los alumnos que realizan sus prácticas de disección de anatomía de cabeza, cuello y neuroanatomía, se llevó a cabo en la licenciatura de médico general de la FM-UAS en el semestre II durante el periodo de enero a julio del 2014. La muestra se constituyó por 70 estudiantes. Distribuidos en dos grupos de 35 alumnos cada uno, siendo estos heterogéneos con edades que oscilaron entre 18 y 20 años.

Para desarrollar la estrategia didáctica del aprendizaje autodirigido se muestran como una planeación del aprendizaje autodirigido que involucro las tres fases: Fase I de previsión, Fase II de desempeño o control volitivo y fase III, denominada fase de reflexión. Para lo cual se realizó a la planeación didáctica por temas una adaptación, sobre todo, en el apartado de estrategias o técnicas de enseñanza. Durante el proceso de la investigación se elaboraron tres instrumentos, cuyo contenido se ajustó a los contenidos temáticos de la materia. El test que se dividió de la siguiente manera: el pretest consistió en un examen diagnóstico; los test intermedios se realizaron con los dos grupos participantes en la investigación con la finalidad de observar los cambios en la variable de rendimiento académico y el pos-test se aplicó con el propósito de tasar el nivel de rendimiento académico al final de la implementación de ambas estrategias. El diario de campo, el cual durante la observación se utilizó para registrar todas las anotaciones. Y el portafolio o cuaderno de evidencias que en este caso los alumnos llevaron un registro de sus actividades de aprendizaje autodirigido. Finalmente se procesó y analizo la información obtenida, haciendo uso del software Excel.

Con los resultados se infiere que el implementar la estrategia didáctica de aprendizaje autodirigido incrementa el rendimiento académico, en comparación con la aplicación de la enseñanza tradicional ya que se obtuvo en el grupo experimental una media de 7.14 y en el control de 5.8, con una desviación estándar de 1,29 en el grupo control y en el experimental de 1.48. Se concluye que el aprendizaje autodirigido influye en los estudiantes para que se conviertan en aprendices autónomos, independientes y autorregulados, capaces de aprender a aprender, por lo que se propone que el docente debe realizar este tipo de actividades, para ello, se debe estar capacitado en el uso de herramientas pedagógicas.

Las aportaciones que me brinda este trabajo es el reconocimiento de la relevancia del estudio autodirigido en el estudiante de medicina para favorecer un proceso autogestor que se refleje en un aprendizaje permanente que le permitan actualización continua de conocimientos, competencias, habilidades y destrezas garantizando con ello una práctica clínica orientada en el manejo integral del paciente. También el énfasis que se da a la participación del docente bajo el rol de orientador y asesor; cuya aportación primordial será utilizar estrategias educativas favorecedoras del aprendizaje autodirigido, así como el aprendizaje colaborativo a través de estrategias como el aprendizaje basado en problemas.

La segunda tesis escrita por Molina Ávila, I. F. (2016). titulada: “implementación del aprendizaje basado en problemas en clínica de periodoncia” elaborada en la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Sinaloa como requisito para obtener el grado de maestra en docencia en ciencias de la salud; realizo una investigación con el objetivo de probar que el aprendizaje basado en problemas en contraste con la enseñanza tradicional, para identificar si mejora el rendimiento académico, el interés, la motivación, responsabilidad y la cooperación de un grupo de estudiantes en la materia de clínica de periodoncia, en la facultad de odontología de una universidad pública.

La investigación se sustenta en la corriente teórica denominada constructivismo con los postulados de Shuell (1988) y Ausubel (2000) sobre el aprendizaje significativo reconociendo sus ventajas y tipos. La importancia del uso de materiales significativos por el docente como esencial para que se dé el aprendizaje significativo (González et al, 2010). Se apoya en el aprendizaje basado en problemas que se basa en la premisa de que el conocimiento se construye activamente por el estudiante, y que el conocimiento, al estar en movimiento y en constante cambio, se va

incorporado mediante instrumentos de estudio y asimilación teórica- práctica, lo que provoca que el alumno se erija en un actor activo, consciente y responsable de su propio aprendizaje (Barrel, 1999). En su evolución formativa el quehacer del alumno será de “una implicación casi total, los resultados vendrán a ser los conocimientos que el mismo ha podido ir confeccionando. Para lograr todo ello cuenta con la supervisión del profesor/asesor”.

La Universidad de McMaster estableció su plan curricular basado en el aprendizaje en pequeños grupos, centrado en el estudiante (Barrows, 1998) y en México en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), esta estrategia fue incorporada al plan único de estudios desde 1993, en pregrado y posgrado. (Castro et al, 2003).

El aprendizaje basado en problemas (ABP) se sustenta en diferentes corrientes teóricas sobre el aprendizaje, por lo que la teoría constructivista tiene particular presencia. De acuerdo con esta postura Prieto (2006) en el ABP se siguen tres principios básicos: El entendimiento con respecto a una situación de la realidad surge de las interacciones con el medio ambiente. El conflicto cognitivo al enfrentar cada nueva situación estimula el aprendizaje. El conocimiento se desarrolla mediante el reconocimiento y aceptación de los procesos sociales y de la evaluación de las diferentes interpretaciones individuales del mismo fenómeno. De esa manera, el ABP incluye el desarrollo del pensamiento crítico en el mismo proceso de enseñanza – aprendizaje.

Para Schmidt (1990), el ABP es un “método de instrucción que sigue la tradición racionalista y está fuertemente influenciado por la psicología cognitiva” (p. 36). Adopta el aprendizaje independiente y subraya la importancia de aprender mediante la experiencia e interacción con situaciones reales. (Martínez et. al. s.f.). De acuerdo a Schmidt (1990) existen seis

principios fundamentales del aprendizaje derivados de la psicología cognitiva, que se encuentran relacionados con la facilitación del aprendizaje a través del ABP.

El diseño de la presente investigación se enmarca en un enfoque mixto, ya que se evalúan de manera cualitativa aspectos relacionados con la motivación y la experiencia vivida por los estudiantes participantes al utilizar el aprendizaje basado en problemas (ABP). También se trabaja con un acercamiento cuantitativo al valorar el rendimiento académico de los alumnos tanto con el ABP como con la enseñanza tradicional comparando ambos resultados con metodología descriptiva y comparativa. La población estudiantil con la que se llevó a cabo el estudio se integra por una muestra de 40 alumnos del sexto semestre distribuidos de la siguiente manera: 20 en el grupo control y 20 en el grupo experimental.

En relación a las técnicas didácticas, se utilizó el método tradicional donde la enseñanza está centrada en el docente y el método de aprendizaje colaborativo utilizando la estrategia didáctica ABP. Como pre test y posttest se utilizó un examen de conocimientos de la unidad de aprendizaje de periodoncia, el cual fue construido por el docente finalmente para evaluar el rendimiento académico, el interés, la cooperación y responsabilidad se aplicó un test tipo Likert.

Con respecto a la variable rendimiento académico, en el pretest, antes de la aplicación de la estrategia, se identificó un resultado similar en los grupos control y experimental. Esto es, 7.3 y 7.5 respectivamente en los promedios, por lo que no se encontró diferencia significativa entre ellos. En el pos-test, el promedio se incrementó en ambos grupos, en el control fue de 8.9 y en el experimental fue de 9.2. Como se puede ver, al final de la implementación de las estrategias no se observó un incremento importante en el promedio de esta variable. en el pretest, tanto el grupo control como el experimental el 0% de los alumnos calificaron su motivación como muy alta (MA).

En el pos-test, en esta misma escala, el grupo control, obtuvo 25% más bajo que el grupo experimental. Estos datos permiten decir que la implementación del ABP en esta escala es mejor que el método tradicional. Por lo tanto, los resultados sobre rendimiento académico de ambos grupos no indican una diferencia significativa, sin embargo, si se observó mejora en cuanto al interés, la motivación, responsabilidad y cooperación de los alumnos.

Sus conclusiones fueron que, con la aplicación del aprendizaje basado en problemas para los casos clínicos, es una herramienta útil para el aprendizaje integrado, puesto que los estudiantes desarrollan mejor sus capacidades mentales al evaluar situaciones reales. Además, aprenden a desarrollar conceptos nuevos y aplican aquellos ya establecidos a situaciones novedosas, asimilan mejor las ideas y conceptos que utilizan ellos mismos en el transcurso de la resolución de los problemas surgidos de la realidad alcanzando aprendizajes significativos.

La aportación que me deja para mi trabajo es la imperante necesidad del reconocimiento de las estrategias activas como lo es el aprendizaje basado en problemas por el personal docente y los alumnos para que su implementación en los programas educativos arroje resultados efectivos; que la experiencia generada de este método fomente en el alumno una actitud positiva hacia el aprendizaje y tome conciencia de su propio proceso así como adquiera responsabilidad sobre el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas.

Tapia-Rodríguez Rosalinda A., Cortes-Roldan Dainne A., Cruz Hernández Paola A., Chávez Martínez Luis C., Camacho López Salvador M., en el Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma de Hidalgo presenta su trabajo titulado “Aprendizaje basado en problemas, un desafío para la praxis académica en medicina” expone una revisión paradigmática del contexto de la educación médica, sus principios

teórico-metodológicos y la incorporación del modelo de aprendizaje basado en problemas, enfatizando los principios epistemológicos, destacando el valor de su incorporación como un desafío para la praxis académica actual. Se adentra en la concepción del paradigma del aprendizaje basado en problemas que surge a finales de la década de los años 60 en la Mc Master University en Canadá como solución a las necesidades imperantes de la renovación en la educación médica cuyos objetivos de aprendizaje se centran en el alumno y el académico se establece como pieza fundamental para facilitar el aprendizaje autodirigido.

Sus indagaciones establecieron la conclusión de que el aprendizaje basado en problemas (ABP) es una metodología que ha orientado la formación médica en los últimos años, sus paradigmas pedagógicos se apoyan en el aprendizaje significativo y constructivista. La metodología aporta muchas ventajas para el proceso de enseñanza-aprendizaje, entre otras bondades, favorece los aprendizajes de la educación superior, garantiza el aprendizaje autodirigido y la educación médica continua. Es un método que privilegia el constructivismo como eje fundamental, establece que el conocimiento se origina como un proceso de elaboración interior, permanente y dinámico a partir de los conocimientos previos o andamiajes que, en función de la internalización de un nuevo saber mediado por el facilitador, va transformando las representaciones mentales hacia procesos más elaborados de conocimiento, los cuales adquieren un nuevo sentido a partir de su propia construcción, asociado con el aprendizaje significativo. En este paradigma son los estudiantes quienes se apropian del proceso educativo, incluye, la búsqueda, selección y organización de la información, donde un problema específico, se utiliza como detonador para que los alumnos cubran los objetivos de aprendizaje y puedan vincular la teoría con la práctica, desde una postura individual y grupal (trabajo colaborativo).

Las aportaciones que genera para mi proceso investigativo es que solidifica al aprendizaje basado en problemas como una alternativa metodológica viable para la educación médica en donde favorece los cuatro ejes del aprendizaje, fundamentales para el cumplimiento de las acciones propias de la educación superior. El aprender a aprender, el aprender a hacer desde la perspectiva de conseguir la mejor forma de poner en práctica los conocimientos para transformar y modificar el entorno, el aprender a convivir, a comunicarse asertiva y efectivamente, a propiciar el trabajo colaborativo, por último, el aprender a ser, fomentando la autonomía, el juicio crítico y responsabilidad personal y social.

González Flores Patricia., Luna de la Luz Verónica., (2019). En su artículo de revisión titulado **“La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1).”** en **Investigación en Educación Médica de la UNAM** se realizó un análisis crítico de la literatura para identificar aquellas que han impactado en el currículo, la enseñanza, el aprendizaje y la evaluación; se reflexiona sobre las innovaciones curriculares y didácticas. se identifican los modelos alternativos a la estructura flexneriana, como la estructura modular, los planes de estudio flexibles o la educación basada en competencias. En relación con las innovaciones didácticas, se contrastan las estrategias en las que el estudiante adoptaba un rol pasivo con las propuestas como el aprendizaje basado en problemas, One Minute Preceptor, y el método SNAPPS, a través de las cuales se busca promover el desarrollo de habilidades clínicas mediante la participación activa del alumno. Las innovaciones en estos dos ámbitos, curricular y didáctico, están interrelacionadas entre sí y también con la evaluación del aprendizaje.

Las innovaciones didácticas se han sustentado en dos teorías del aprendizaje: el constructivismo social y el cognoscitivismo. El primer paradigma destaca que el estudiante debe mantenerse activo y en constante práctica con pacientes (reales o simulados) bajo supervisión del educador médico. Se ha optado por desarrollar y/o fortalecer habilidades clínicas con metodologías centradas en el estudiante, el aprendizaje experiencial, situado y reflexivo, el aprendizaje en grupos pequeños, sesiones interactivas entre estudiantes y educadores médicos, análisis de casos, o simulaciones.

La revisión crítica de la literatura se realizó orientada a responder la pregunta: ¿cuáles son las tendencias en los ámbitos: curricular, didáctica y evaluación del aprendizaje que se han implementado en educación médica desde la aparición del Reporte Flexner? Para lograrlo, las autoras realizaron búsquedas en cinco bases de datos—PubMed, Scopus, Eric, Redalyc, Scielo—utilizando los términos: “innovación”, “innovación educativa”, “innovation educational” o “educational innovación” y “educación médica” o “medical education. En los artículos resultantes, se identificaron las innovaciones educativas descritas que, en la opinión de las autoras, cumplen con alguno de los cuatro atributos de la innovación descritos: naturaleza creativa y destructiva, impacto positivo, instrumentación, carácter “novedoso” reconocido por la comunidad médica. Posteriormente, se seleccionaron aquellas representativas de cada ámbito —currículo, didáctica y evaluación del aprendizaje— y se buscó información complementaria para integrar una descripción y un ejemplo de cada innovación.

Los resultados arrojan que a la par de las propuestas curriculares que transforman la visión del médico y su proceso de formación, han surgido innovaciones didácticas que buscan enseñar las nuevas capacidades que se integran a los planes de estudio, o mejorar las formas de aprender y

enseñar. Y que las innovaciones didácticas en medicina han girado en dos direcciones: buscar estrategias de enseñanza y aprendizaje para formar médicos autónomos, capaces de adaptarse a contextos en constante cambio, críticos, con habilidades para trabajar de manera colaborativa, buscar y seleccionar información para fortalecer la formación clínica.

La aportación más relevante es el recordatorio de que la educación médica demanda innovar respecto al uso de estrategias educativas que coloquen al estudiante como el principal responsable de su proceso de aprendizaje de ahí que el uso de estrategias activas como el ABP, SNAPPS, demostraciones activas, entre otras. Para que se torne como una medida para formar médicos autónomos y capaces. Cuyo alcance dependerá en gran medida de la formación del docente y su capacidad para implementar estrategias innovadoras en su práctica diaria.

Márquez, U. Carolina et al. (2014). Realizo el artículo “Aprendizaje autodirigido y su relación con estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes de medicina.” en Chile, Santiago. Cuya investigación se sustenta en el aprendizaje autodirigido que toma su base en la andragogía, sustentada originalmente por Malcolm Knowles, definiendo a la andragogía como el “arte y ciencia de ayudar a los adultos a aprender”. El aprendizaje autodirigido ha sido referido como un proceso de aprendizaje de carácter estratégico y autorreflexivo, en el cual el alumno toma la iniciativa, con o sin la ayuda de otros, para diagnosticar sus necesidades de aprendizaje, formular sus metas, identificar materiales y recursos humanos para aprender, implementar y elegir las estrategias adecuadas y evaluar los resultados de su propio aprendizaje.

Corresponde a un diseño cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. En el cual participaron la totalidad de los estudiantes de medicina de la Universidad de Concepción que ingresaron los años 2010 (n = 117) y 2011 (n = 118). La muestra final quedó constituida por 199

estudiantes de medicina, con 120 hombres (60,30%) y 73 mujeres (36,68%). Para evaluar la autodirección en los aprendizajes de los alumnos se usó la Escala de Aprendizaje Autodirigido de Fischer, Tague y King (EPAI), traducida al español y validada en alumnos de medicina chilenos por Fasce y cols. Para evaluar estilos de aprendizaje se utilizó el Cuestionario Honey y Alonso (CHAEA), cuyas puntuaciones sumativas indican el grado en que el participante presenta uno de los cuatro estilos de aprendizaje propuestos por Honey: activo, reflexivo, teórico y pragmático. Para evaluar estrategias de aprendizaje se utilizó la versión adaptada del Inventario de Procesos de Aprendizaje de Schmeck desarrollada por Truffello y Pérez. Los ítems permiten identificar cuatro modelos de aprendizaje: procesamiento elaborativo, estudio metódico, procesamiento profundo y retención de hechos.

Para obtener los datos se aplicó a la muestra los tres instrumentos antes mencionados, junto con un cuestionario sociodemográfico. Para evaluar la consistencia interna de los instrumentos se usó el coeficiente alfa de Cronbach y para evaluar las relaciones bivariadas el coeficiente de correlación de Pearson. Por último, se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple para el análisis multivariado. Se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. En los análisis estadísticos se utilizó el software STATA SE 11.0.

Sus conclusiones llevaron a que, desde el punto de vista de la gestión educativa, resulta evidente que aquellas metodologías que propicien análisis reflexivo, que generen mayor autoconfianza y determinen una mayor gestión personal, evitando la simple retención de la información, serán aquellas que en mayor medida contribuyan a desarrollar habilidades de estudio independiente. Las reflexiones anteriores, deben considerar que, aunque significativas las correlaciones no fueron intensas y que la capacidad explicativa del modelo fluctuó entre 4% y

23%, lo que es bajo pero esperable ante un fenómeno multifactorial como este. Por lo tanto, se requieren nuevos estudios que determinen relaciones entre los estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes de Medicina, además de estudios que consideren otras variables que puedan mediar esta relación. Esto, a fin de adecuar las estrategias de enseñanza a estrategias de aprendizaje que favorezcan el SDL y así promover aprendizajes significativos en nuestros estudiantes. Finalmente, dado que algunas puntuaciones, sobre todo en el CHAEA, resultaron admisibles, pero no óptimas ($< 0,80$), se recomienda considerar también mediciones alternativas de la forma en que los estudiantes aprenden.

Este trabajo contribuyó para entender el uso de escalas para evaluar estilos de aprendizaje y estrategias de aprendizaje en los alumnos cuyos resultados permitan hacer planeaciones estratégicas y modificar modelos educativos para los estudiantes de medicina. Reafirmó al autoaprendizaje como un elemento esencial en los estudiantes de medicina para sus procesos de enseñanza-aprendizaje favoreciendo la autoconfianza, autonomía, motivación y la disposición hacia un aprendizaje continuo. De igual manera la necesidad imperante de que los docentes adquieran competencias que promuevan estrategias favorecedoras del aprendizaje autodirigido.

Ortega, Rommer & Navarro, Mónica & Rios, Carla. (2019). Escribe el artículo titulado “El Aprendizaje Basado en Problemas en el internado rotatorio de la Carrera de Medicina del Hospital Univalle. en la Gaceta Medica boliviana. La investigación se realizó en el Hospital Universitario Univalle, de la ciudad de Cochabamba, Bolivia; de agosto de 2015 a noviembre de 2016. En población de estudiantes de último año de la carrera de Medicina de Univalle, estando en el pregrado. El sustento teórico se centró en el aprendizaje basado en problemas (ABP) como método que despierta el interés y la curiosidad en los internos de medicina;

quienes aseveran se destaca como una estrategia “innovadora, productivas y creativa” y es una “nueva medida que comporta un nuevo modelo educativo basado en el trabajo del estudiante y no en las horas de clase” (Alonso et al., 2005).

Según Trazobares & Gilaberte, el ABP es una estrategia innovadora que amplía el conocimiento con más entusiasmo, a pesar del cansancio y preocupaciones y por qué no denominarla “[estrella de las estrategias de enseñanza y aprendizaje, sobre todo en el área de la salud]” 2010, sumando a esto nuestros estudiantes indicaron que el aprendizaje basado en problemas refleja “habilidades de los compañeros”, “las diferentes opiniones y los errores; aceptando en todo caso críticas y observaciones”, finalmente mejoraría la comunicación entre los estudiantes. Y recordando que el ABP se puede aprovechar de mejor forma, siempre y cuando se aplicara con más frecuencia, con horarios accesibles y en un lugar establecido, como se menciona en la cita de (Trazobares & Gilaberte, 2010).

Es en el área de la salud y sobre todo con los casos clínicos, donde se puede obtener mayor beneficio, sobre la base del desarrollo de procesos cognitivos de nivel superior, así como el pensamiento crítico y creativo, el trabajo en equipo, la toma de decisiones y además promover la predisposición a la innovación y la actitud reflexiva (Alonso et al., 2005).

El presente trabajo es una investigación de tipo cualitativa, el mismo se inició con una etapa diagnóstica; para esto se identificaron dos grandes categorías de análisis: la primera tomo en cuenta el conocimiento teórico del estudiante, si busca información para su autoformación y manejo adecuado de las patologías, además si utiliza conocimiento previo, la segunda se enmarco en las habilidades de la práctica hospitalaria enfocadas en el docente, si este cuenta con un plan de rotación, si utiliza algunos instrumentos de evaluación y además si se implementa la

retroalimentación. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta, en función de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, que tomó en cuenta a 19 estudiantes de último año (Internos), rotantes la primera etapa de su metodología corresponde al diagnóstico de necesidades, sobre la base de una encuesta y una entrevista a grupo focal.

En una segunda etapa de Investigación-Acción, se aplicó la metodología del ABP se adaptaron cuatro instrumentos: guía de observación directa aplicada por los docentes evaluadores a los internos de medicina, que determinó la aptitud de los mismos para seguir adelante el instrumento implementado ABP; por otro lado se implementó una encuesta en función de un cuestionario abierto y cerrado, dirigido exclusivamente a los estudiantes para evaluar el ABP sobre la base de un caso clínico; por otro lado se empleó una guía de autoevaluación, también dirigida únicamente a los estudiantes, quienes estimaron su participación durante la aplicación del ABP. Finalmente se empleó una Guía de Coevaluación, realizada por docentes que evalúan a esta nueva estrategia.

Se destacó que el ABP es un “método productivo, innovador y creativo” que despierta la curiosidad e interés; además el uso de conocimientos previos y nuevos permite la reflexión en forma permanente e incentiva al discernimiento, sin ningún tipo de presión ni temor a ser castigados. Conclusión: la aplicación del ABP en los procesos educativos es recomendable, con horarios accesibles, con adecuada estructura y un cronograma de trabajo, donde se debe instruir, preparar al estudiante y docentes. Toda esta innovación, permite la articulación de la teoría y la práctica, algunas limitaciones son la dificultad en el cumplimiento de la planificación, falta de hábito de los estudiantes y docentes, prefiriendo en muchas oportunidades las clases magistrales.

En este momento de inminente proceso de renovación, de los paradigmas antiguos con la enseñanza conductual, es imperioso implementar diseños curriculares que tomen en cuenta estrategias de enseñanza y aprendizaje activos y con mucha autorreflexión.

Finalmente en esta investigación su aportación demostró la efectividad que se logra en el médico interno la utilización de estrategias de enseñanza-aprendizaje activas como lo es el aprendizaje basado en problemas para la integración de la teoría y la práctica en la atención del paciente; enfatiza en la necesidad de incorporarlas a nuestros modelos educativos en salud para lograr además que los estudiantes trabajen de manera autónoma en su aprendizaje, apliquen la participación colaborativa, el pensamiento crítico y reflexivo en la resolución de problemas de su práctica profesional.

En términos generales las fuentes revisados constituyen un cimiento de formación metodológica que permite conocer las indagaciones y experiencias generadas en distintos escenarios con la aplicación de estrategias educativas activas como el aprendizaje basado en problemas en campos clínicos de la enseñanza médica dándonos bases sólidas para argumentar relevancia en la aplicación de mi práctica docente con los médicos internos de pregrado durante su rotación en medicina familiar de la clínica león ISSSTE.

Referencia Bibliográfica

González-Flores, P., & Luna de la Luz, V., (2019). La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Investigación en Educación Médica. UNAM.* 8(30). 95-109.
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18165>

Márquez, U.C et al. (2014). Aprendizaje autodirigido y su relación con estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes de medicina. *Rev. méd. Chile, Santiago. 142* (11). 1422-1430. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100009>.

Molina-Ávila, I.F. (2016). “Implementación del aprendizaje basado en problemas en clínica de periodoncia”. [Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud]. Universidad Autónoma De Sinaloa.

Ortega, R., Navarro, M., & Ríos, C. (2019). El Aprendizaje Basado en Problemas en el internado rotatorio de la Carrera de Medicina del Hospital Univalle. *Gaceta Medica boliviana. 42*(2). 106-111. <https://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/402>

Pérez-Ávila, A.G. (2018). El aprendizaje autodirigido y sus efectos en el rendimiento académico en estudiantes de educación superior de la Universidad Autónoma de Sinaloa. [Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud]. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Tapia-Rodríguez R.A., Cortes-Roldan D.A., Cruz-Hernández P.A., Chávez-Martínez L.C., & Camacho-López S.M., Aprendizaje basado en problemas, un desafío para la praxis académica en medicina. *Publicación semestral, XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan. 10*(19). 42-46. <https://doi.org/10.29057/xikua.v10i19.8113>

TERCER REGISTRO

UBICACIÓN

Institución: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Domicilio: Calle Cholula S/N Col. Azteca, León Guanajuato.

Docente: Dra. Isabel Sánchez Márquez

Nivel Académico: Licenciatura

Carrera: Médico Cirujano

Grado: Internado de pregrado

Lugar: Aula 2 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Servicio Rotatorio: Medicina Familiar

Horario: 12:00 – 13:00 pm

Fecha: 25 de octubre de 2023

CONTEXTO

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, por ser una institución escuela, recibe de manera permanente, estudiantes que se encuentran en su año rotatorio de pregrado para que por dos meses en el servicio de consulta externa de medicina familiar de forma teórico-práctica integren los conocimientos previamente adquiridos con habilidades, destrezas y actitudes clínicas esenciales en la atención de pacientes, de tal manera, que le permita resolver los problemas de atención en

salud de manera integral, con enfoque preventivo y a la par ejerciendo un pensamiento crítico-reflexivo sobre la autorregulación de su aprendizaje.

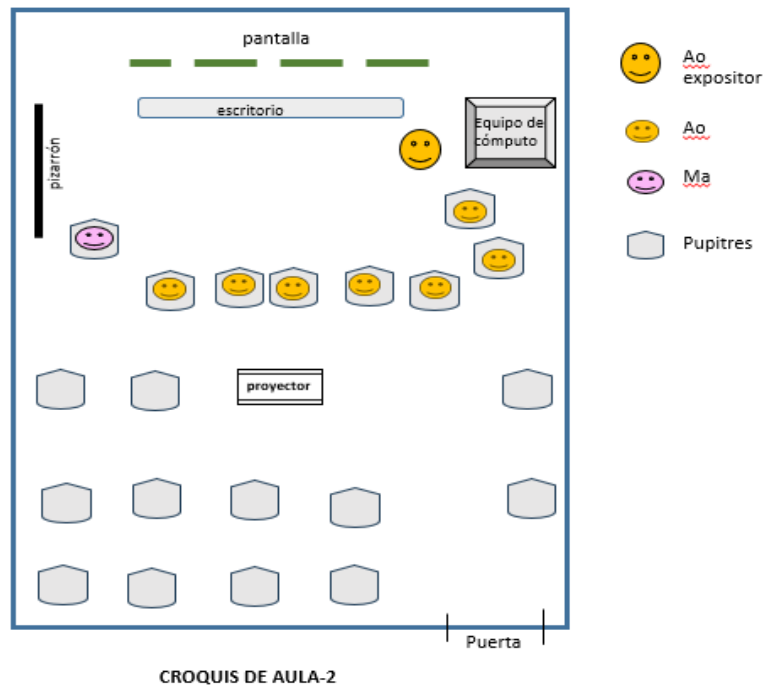
Los médicos internos de pregrado son estudiantes cuyo intervalo de edad está comprendido entre los 24 a 27 años; que se dedican de tiempo completo a realizar actividades hospitalarias cubriendo jornadas que oscilan de 8 a 36 horas continuas. Durante estos dos meses de rotación en la CMF su módulo rotatorio operara bajo un proyecto educativo estructurado que involucra sesiones académicas diarias en horario de 12:00 a 13:00pm donde a modalidad de seminario, taller o revisión de casos se abordan los principales temas de salud atendidos en la consulta externa de medicina familiar; las cuales se desarrollan en el espacio del aula-2 donde se cuenta con pantalla, proyector, computadora, bocinas y pizarrón de gis como recursos de apoyo.

El grupo rotante actual está conformado por 8 médicos internos de pregrado; cinco mujeres y tres hombres, provenientes de la Universidad de Guanajuato y la Universidad Quetzalcóatl de Irapuato. A los que se distribuye de manera aleatoria y alternante, para que puedan ser partícipes de las diversas actividades desarrolladas en los servicios de consulta externa con los médicos de base de los consultorios uno, dos, tres, cuatro, siete y once; el personal de salud del módulo de atención integral en diabetes, el personal de enfermería del departamento de medicina preventiva y el personal de salud que coordina el consultorio de planificación familiar.

DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO

Imagen 11

Croquis de la distribución dentro del aula durante la clase.



Nota: elaboración propia.

TEMA DE LA CLASE

La historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP.

PROPÓSITOS DE LA CLASE

- Describir el concepto, utilidad, importancia y soporte legal de la historia clínica
- Conocer los elementos esenciales de la historia clínica y sus características.

- c) Identificar los errores y omisiones más comunes dentro de la práctica médica al momento de elaborar historias clínicas.
- d) Describir el concepto, utilidad, importancia y soporte legal de la nota médica.
- e) Reconocer la importancia del método PSOAP para la elaboración de notas médicas.
- f) Analizar con juicio crítico-reflexivo notas médicas de expedientes clínicos.
- g) Reflexión final sobre experiencias personales en la realización de notas médicas durante su práctica clínica.

PROCESO

Luego de dar la bienvenida a los estudiantes, invitarlos a que pasen al aula y acomoden los pupitres para sentarse; aprovecho para preguntarles como estuvo su jornada hasta ese momento; durante unos minutos mientras todos estamos acomodándonos se establece un diálogo informal compartiendo brevemente algún instante que represento significancia para ellos durante su servicio de rotación; a la par se encuentra Juan, el alumno responsable de presentarnos el tema de clase, se encuentra preparando el equipo de cómputo para proyectar su presentación. Una vez que todo esté listo daremos inicio con la presentación del tema; durante la misma se permitirá el diálogo de ideas, opiniones y dudas de los puntos controversiales del tema para que al término de la exposición y discusión del tema de manera grupal se busque establecer una conclusión general que represente un cierre para todos los involucrados.

ESQUELETO DE LA PRÁCTICA

Planeación de Momentos			
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:05 pm	5	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula
2. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DEL TEMA	12:05 – 12:30 pm	20	Exposición del tema: la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP por alumno asignado previamente.
3. ANALISIS DE HISTORIAS Y NOTAS MEDICAS	12:30 – 12:45 pm	15	Mediante lluvia de ideas y discusión dirigida se identifican, analizan y reflexionan cada uno de los elementos presentes en las historias clínicas y notas médicas.
4. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO SIMULADO	12:45 – 13:00 pm	15	Se observará la resolución de un caso simulado y de manera colaborativa se retroalimentará sobre dudas, errores y aciertos observadas durante el proceso.
5. CONCLUSIONES Y CIERRE	13:00 – 13:15 pm	15	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo.

Momentos	Hechos	Inferencias	Fases de ruta crítica	Niveles de Intersubjetividad	Operaciones Cognitivas
Momento 1 12:00 - 12:09 pm *Saludo	/Me encuentro con los estudiantes en el pasillo afuera del aula esperándome a que habrá la puerta, pues siempre está cerrada bajo llave, mientras lo hago; saludo a cada uno de ellos y los invito a que pasen y acomoden los pupitres para sentarse. Una vez dentro del aula aprovecho para preguntarles como estuvo su jornada hasta ese momento; durante unos minutos se establece un diálogo informal compartiéndose experiencias y emociones vividas durante su servicio de rotación; a la par se encuentra Juan apurado encendiendo el equipo de cómputo, preguntando la contraseña de acceso y descargando su material de apoyo para presentarnos el tema de clase/ /procedo a dar indicación a Juan para que inicio a su presentación y procedo a grabar la clase en audio/	El inicio de la sesión aproximadamente 7 a 9 minutos del tiempo no me fue posible grabarla debido a que la comunicación arranca antes de podernos instalar adecuadamente en el aula; por lo tanto, hasta que el estudiante que expondría el tema estuvo listo y comenzó arranque con la grabación de la sesión. Me gustó mucho encontrar a los estudiantes esperándome en el pasillo ansiosos por entrar al aula, platicando armoniosos entre ellos mientras lo hacían.			

<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ao: “buenos días compañeros, el día de hoy vamos a hablar sobre la historia clínica y la nota médica, que son documentos muy importantes en el ejercicio pues de nuestra profesión, ya sea tanto como por su aprovechamiento para el bien de los pacientes como para dejar un registro de nuestro actuar como médicos, primero”.</p> <p>/los alumnos distraen su atención al todo de un teléfono y el alumno que expone detiene su discurso.../</p> <p>Ao: “Bueno, pues primero vamos a hablar de la historia clínica, este es un recopilatorio de todo lo relacionado a la atención del paciente en torno a la salud y es un medicamento que va a respaldar el actuar de nosotros como médicos, todas nuestras decisiones en torno a un paciente, nosotros vamos a encontrar respaldo en la historia clínica y es un documento médico legal, también este en determinadas lo que nosotros registremos aquí puede ser pues usado a nuestro favor o nuestra contra en un caso que haya algún conflicto en el que ya, pues sí, pues estuviste involucrado un caso médico legal, no. Principalmente tiene estas cinco funciones, que es uno, mejorar la calidad de la atención de los pacientes, como ya lo habíamos mencionado, como ya lo habíamos estado viendo ayer, no puedes juzgar un paciente que no conoces, entonces en la historia clínica entonces nosotros elaboramos en la historia clínica esta extensa información sobre el paciente que nos puede ayudar para dar un mejor tratamiento ..., para la elaboración de estadísticas, para la epidemiología, para la enseñanza sobre todo para los médicos internos, residentes que realizan las historias clínicas e información para la investigación para obtener pues si datos ... y aparte pues es un documento médico legal y pues bueno aquí para</p>	<p>Teniendo proyectado en la pantalla su presentación el alumno inicia dando a conocer el tema que será abordado, así como una breve introducción al mismo; mientras esto sucedía uno de los teléfonos celulares de los estudiantes empezó a sonar y esto interrumpió distrayendo a todos de la clase; así que tuve que solicitar a la alumna que saliera del aula para atender su celular y nos permitiera continuar con la sesión académica.</p>	<p>segundo proceso de la fase de planificación</p> <p>primer proceso de la fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p> <p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p> <p>Evocar</p>
<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>lo que nosotros registremos aquí puede ser pues usado a nuestro favor o nuestra contra en un caso que haya algún conflicto en el que ya, pues sí, pues estuviste involucrado un caso médico legal, no. Principalmente tiene estas cinco funciones, que es uno, mejorar la calidad de la atención de los pacientes, como ya lo habíamos mencionado, como ya lo habíamos estado viendo ayer, no puedes juzgar un paciente que no conoces, entonces en la historia clínica entonces nosotros elaboramos en la historia clínica esta extensa información sobre el paciente que nos puede ayudar para dar un mejor tratamiento ..., para la elaboración de estadísticas, para la epidemiología, para la enseñanza sobre todo para los médicos internos, residentes que realizan las historias clínicas e información para la investigación para obtener pues si datos ... y aparte pues es un documento médico legal y pues bueno aquí para</p>	<p>El estudiante apoyado en su presentación y discurso acercaba a la reflexión entre sus compañeros</p>	<p>primer proceso de fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p> <p>Evocar</p>

<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>nosotros en México la NOM-004-SSA-3-2012 es la que rige el expediente clínico entre los cuales el apartado 6.1 rige la historia clínica hay determinadas características que nos pide la NOM que tenga la historia clínica y una de ellas es la ficha de identificación involucra antecedentes del paciente desde patológicos y no patológicos hasta el padecimiento actual, sin embargo, vamos a irlos desglosando poco a poquito a modo de repaso y para discutir al respecto pues ya todos nosotros hemos tenido la oportunidad de hacer el ejercicio de elaborar una historia clínica, mmm, a lo mejor algunos tenemos nuestras carencias, a lo mejor algunos ya saben hacer historias clínicas de calidad, pero bueno comenzando por la ficha de identificación en la consulta de medicina familiar importa mucho ver el contexto del paciente ...” /El alumno continúa con su exposición del tema/ Ma: “Oigan, ya se fijaron como Juan, con las imágenes nos fue guiando de los elementos de la ficha de identificación, me encanta porque pone, a ver, regresas tantito porfa, para hacerle recordar o a nosotros las alergias y el tipo sanguíneo porque incluso se le ven a la imagen del paciente ahí las venitas, no sé, yo al menos así lo relacioné, mientras él estaba explicando dije bueno, cómo está llevando la secuencia de acuerdo a las imágenes no, allá, fue la región, estado civil, contexto sociocultural, bueno, muy interesante, bien Juan.” Ao: “Gracias, pues bueno, antecedentes de los familiares, es algo que también nosotros tenemos poner mucha atención, México, principalmente es pues una población que tiene una gran prevalencia de diabetes, hipertensión, como ya lo podemos ubicar en las estadísticas de defunciones... entonces si prestar atención en</p>	<p>El estudiante nos proyecta diapositivas cuyo contenido es únicamente imágenes permitiendo que los demás relacionemos la imagen con el discurso.</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p> <p>Certezas</p>	<p>Experimen-tar</p> <p>Intelegir</p>
<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>antecedentes de los familiares, es algo que también nosotros tenemos poner mucha atención, México, principalmente es pues una población que tiene una gran prevalencia de diabetes, hipertensión, como ya lo podemos ubicar en las estadísticas de defunciones... entonces si prestar atención en</p>				<p>Experimen-tar</p>

<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>los miembros de la familia que tengan enfermedades o hallan padecido enfermedades hereditarias, principalmente nosotros lo hacemos más en cardiovasculares no y sobre todo porque este patrón hereditario nos puede ayudar y sobre todo a prevenir y entender el riesgo que tiene una persona a desarrollar la enfermedad a lo largo de su vida... entre los antecedentes patológicos que tienen los pacientes entorno al estilo de vida, el tipo de higiene, la alimentación que llevan y ya dependiendo sobre todo del tipo de personal de salud que realice la historia clínica, la NOM nos marca que puede tener un mayor enfoque con cierto tema, por ejemplo un nutricionista especificaría más en los hábitos de consumo, no, pero para nosotros como médicos generales también nos importa saber qué tipo de alimentación tiene el paciente ... sobre todo está ahorita mucho de moda y pues yo no lo veo como algo negativo y hay que tener en cuenta la zoonosis, ya no es lo mismo de que antes los pacientes tenían sí un perrito y ahorita vez que en plaza mayor venden lémures, venden monos, entonces es importante tener un conocimiento del contacto que los pacientes tienen con los animales, sobre todo nos interesa también saber si están vacunados, desparasitados, como ya lo habíamos visto, muchas veces también aquí en México un perro es de toda la calle no, un gato es como de tres familias, no, entonces es importante saber el hábito que tienen los pacientes”</p>	<p>Los estudiantes susurran entre ellos comentarios sobre sus propias mascotas y el tipo de convivencia que mantienen con ellos.</p>	<p>segundo proceso fase de planificación</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p>
<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>Ma: “Oigan y porqué hay ese cambio, puesto que en nuestra cultura mexicana se sabe que les gusta o nos gusta esa convivencia con animales, pero porqué ahorita se está convirtiendo, ¿qué hay diferente digamos de diez años hacia atrás?, ¿cómo era la convivencia con estos animales? ¿lo han pensado?</p>				<p>Evocar</p> <p>Intelegir</p> <p>Evocar</p>

<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p> <p>Momento 2</p>	<p>Bueno, a ver, bueno, ahora, ¿cómo tenemos a nuestras mascotas? ¿en un patio, en una azotea, en un corral, en un jardín, dónde están nuestras mascotas? ¿en qué parte de nuestra casa? Ao: “En la cama” Ma: “¡En tu cama!, osea, realmente se convierte en un miembro que convive tanto contigo que está en tu sala, en tu recámara, en todos los espacios que tienen en común, por eso es que ahora es tan importante, no solo por la variabilidad de mascotas o de estos animalitos que ya se utilizan como mascotas, sino la cercanía tan estrecha que se tiene con todos los miembros de la familia, sí, incluso recuerden que en nuestra sociedad actual, este concepto que ahora se trabaja como perrijos es una realidad, sí, osea, ¿cuántas? Son ideas, ya, de verdad es parte de al grado de contarlos como los hijos, así que es importante preguntar si el caso o la circunstancia lo amerita. Me gusta mucho Juan que lo hayas resaltado con esta énfasis que hay que darle dependiendo incluso del servicio, de la condición del paciente de lo que estás buscando porque si no les va a pasar lo que a veces sucede cuando hacemos historias clínicas o notas de pacientes hospitalizados, estamos tan enfocados en llenar todo lo que viene en el machote y se nos olvida o perdemos la dirección de lo que realmente nos interesa con ese paciente y no digo que no hay que preguntar lo demás, es no pierdas dirección, hay cosas que de verdad podrían incluso omitirse, claro, ustedes van a tener que elegir en que profundizar y que cosas no hay que profundizar. Sale.” Ao: “Y pues bueno, continuando, con los antecedentes personales patológicos nos interesa pues también saber, ¿cuál es el historial del paciente con el proceso de salud-enfermedad?”</p>	<p>El estudiante profundiza con sus propias interpretaciones del contenido resaltando su relevancia en la práctica clínica diaria.</p>	<p>primer proceso fase ejecución</p>		<p>Experimen- -tar</p>
---	---	--	---	--	----------------------------

<p>12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>¿Cómo es que el paciente a lo mejor tiene secuelas de ciertos padecimientos o que podemos esperar de que pueda presentar ciertas complicaciones, sobre todo si preguntamos sobre las transfusiones, sobre todo si un paciente ha hecho reacción a las transfusiones pues es importante conocerlo para prevenirlo igual las fracturas, los traumatismos como fue su proceso de sanación... igual de las cirugía que ha tenido, las enfermedades crónicas que ya tiene el paciente, si tiene enfermedades no sé, psiquiátricas, todo esto nos va a importar tanto como para pues tratar al paciente y para no descuidar este paciente y darle tratamiento...” /El alumno continúa con su exposición del tema/ Ma: “En los antecedentes personales patológicos vamos a pensar enfocarnos en hipertensión, sí, imagínense que el paciente tiene hipertensión, si yo solo le pregunto que si él es hipertenso ¿es suficiente? ¿qué más debería ahondar sobre ese antecedente patológico? Ok, doctora, ¿tú dijiste qué?” Aa: “Desde cuándo?” Ma: “Hace cuánto tiempo, Ajá, muy bien.” Aa: “Medicamentos, dosis” Ma: “Tratamiento utilizado anteriores, o cómo, ¿cómo haces esa pregunta, a ver, es importante eso” Aa: “Yo preguntaría, o tal vez, ¿toma algo para su presión alta? Y ya pues sí, no me tomo tal y preguntaría este yo siento que sí es importante la dosis porque es para ver si está o no en control o ver si se le hacen o no modificaciones” Ma: “¿Será importante saber desde cuándo?” Aa: “Sí” Ma: “Sí, ¿desde hace cuánto está con ese tratamiento y si es un tratamiento, que tiene osea, hubo una modificación reciente eh, hay que saber porqué y si tiene mucho tiempo también</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p>
<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>			<p>primer proceso fase ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Intelegir</p> <p>Intelegir</p> <p>Experimentar</p> <p>Intelegir</p>

<p>Momento 2 12:10 – 12:31.18 pm *Exposición y discusión del tema</p>	<p>hay que saber porque, sobre todo ligado a lo que ustedes ya van encontrando de información, ¿qué otra cosa tendría que preguntarle? Ya dijeron hace cuánto que tiene hipertensión, qué tipo de tratamiento con todas sus sub preguntas ¿qué dosis? Incluso ahí vendría el sí se lo toma o no se lo toma eh, habrá que preguntar si tiene algún efecto adverso si le ha generado algo o cómo se siente con el medicamento, uhm, hace cuánto lo utiliza, ¿qué otra cosa deberíamos de preguntar?” Aa: “Los miles de complicaciones de hipertensión, bueno si tiene edema, si le hormiguean las piernas” Ma: “Ok” Aa: “Datos vasculares” Ma: “Podríamos incluso preguntarle si no, si él sabe o si le han dicho si derivado de su hipertensión tiene daño en algún otro lado, sí, ustedes le pueden decir si intencionadamente tiene cuestiones cardiacas, basculares, cerebro basculares, renales, ojitos, osea, como los órganos diana que no se nos deben escapar jamás de manera intencionada, ¿habría alguna otra cosa? Acuérdense que utilizamos sólo un ejemplo, si hipertensión, porque habitualmente sólo le preguntamos, ¿usted es hipertenso? Sí, ah, ok, se nos olvida todo eso, y todo esto es importante, hay que puntualizarlo, sí, hay que tenerlo presente por si tengo que tomar decisiones sobre este aspecto, sí, ok” Ao: “Y sobre todo pues también como lo habían mencionado en la clase de la sesión general de la mañana, este las enfermedades crónico degenerativas son procesos dinámicos no y el tratamiento estático pues no va a siempre no va a darles el mejor, pues el mejor que, la mejor atención, y sobre todo también muchas</p>	<p>El estudiante mostraba mucho entusiasmo al presentar el tema y en todo momento conectaba con comentarios aplicados a situaciones clínicas reales.</p> <p>Los estudiantes ríen y expresan con lenguaje no verbal, la confirmación de haber visto estos escenarios respecto a la categorización del pronóstico en el paciente.</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p> <p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p> <p>certezas</p>	<p>Intelegir</p> <p>Experimen-tar</p>
---	---	---	---	---------------------------------	---------------------------------------

	<p>veces los pacientes es común que pues están preguntado y si te dicen muchas veces pues si ya me tomaba esto pero me lo quitaron porque me salió una úlcera o me lo quitaron porque me hacía daño no, y entonces también como para contemplarlo y pues bueno, eh, posteriormente otro punto que trata la NOM, es una exploración física, que busca una exploración física detallada no nada más así de umm, tiene roto un tobillo y no te das cuenta que a lo mejor tiene una masa palpable en el abdomen o que tiene un soplo en el corazón, entonces una exploración física detallada de cabeza a los pies en sentido, ¿cómo se decía esa palabra?" Aa: "cefalocaudal" Ao: "cefalocaudal, eh, aquí por resumir les pongo unas imágenes de la inspección, auscultación, percusión y palpación, sin embargo, si hay que ir detalladamente desde la punta del pelo hasta la punta de los dedos del pie para identificar si hay alguna lesión ... todo este tipo se semiología que nosotros tenemos que llevar a cabo para llevar a cabo una buena exploración física y pues, una cosa es lo que nosotros le exploramos al paciente y otra cosa lo que el paciente experimenta, quizás por ejemplo un paciente puede no tener lesiones de pie diabético, sin embargo, experimentar, no se parestesias en extremidades y pues sería como lo que hablamos ayer una cosa es el padecimiento y otra cosa el padecer del paciente. Y pues bueno los resultados previos y actuales de los estudios del paciente, por ejemplo mmm tenemos nosotros que tienen una vigencia los laboratorios de 3 meses y si tenemos por ejemplo un paciente que tiene una hemoglobina glicada de 7% y es del año pasado pues ya no nos estaría hablando de nada, sin embargo, pues sí los últimos laboratorios que tengamos, igual estudios de</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p> <p>primer proceso fase de ejecución</p> <p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>Evocar</p> <p>Evocar</p> <p>Intelegir</p>
--	---	--	---	-----------------	--

	<p>imagen bueno, este cultivos, estudios patológicos para comprender que se ha hecho con el paciente pues a lo mejor nosotros tenemos una sospecha diagnóstica pero pues al estar viendo el expediente ya nos podemos basar un poco más y pues también para comprender mejor como está el paciente si tiene algún punto que es muy importante tratar, si está descompensado, si es necesario derivar con otro servicio de atención y pues bueno posterior a esto es el diagnóstico que es, pues de todo lo que nosotros integramos que es si es diabético, hipertenso, es decir, diabetes mellitus, más hipertensión, más esto y esto, pero nosotros debemos identificar qué es lo más importante al momento, que es lo que vamos a resolver primero, que es lo más importante, entonces todos los diagnósticos que nosotros hallamos encontrado debemos integrarlos y tomar decisiones. Y que es lo que se va a hacer, si ocupa tratamiento farmacológico, un procedimiento quirúrgico, si vamos a pedir otros laboratorios, es decir, no estamos convencidos y necesitamos otros para apoyar nuestro diagnóstico... determinar si el manejo que le vamos a dar debe ser continuo, se debe estar vigilando, igual todo lo que nosotros vayamos a hacer respecto al paciente tiene que ir dentro de la historia clínica... y el pronóstico generalmente lo dividen como bueno o malo para la vida y la función... igual pues este apartado son cosas delicadas y muchas veces como yo he notado que también muchas veces se suele deslindarse de esta responsabilidad poniéndose pronóstico reservado, pero, mmm, lo ideal sería que a nuestro juicio clínico nosotros pudiéramos dar un buen estimado de esta situación.</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Intelegir</p> <p>Intelegir</p> <p>Verificar</p> <p>Verificar</p>
--	---	--	--	---

					Verificar	
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>Y pues bueno aquí estamos poniendo unos ejemplos de la vida real, aquí tenemos unos ejemplos del ISSSTE, igual la ficha de identificación, el paciente de dónde es, osea, la integración de cómo es el paciente, no, qué estado civil tiene, escolaridad, si sabe su tipo de sangre, aquí las alergias sobre todo y el interrogatorio directo o indirecto, muchas veces nosotros estamos con pacientes que están hospitalizados, que ya tienen un, ya no tienen este una, ya tienen un deterioro de la conciencia y sin embargo nosotros necesitamos conocerlos, a lo mejor ya estaban recién anestesiados, a lo mejor ya son pacientes mayores, tienen alguna otra patología, no y pues aquí se le tienen que poner si se le preguntó al paciente o se sabe de los familiares, pues porque si es importante, a lo mejor el paciente tiene una idea y el familiar dice otra cosa, no, por eso sí es importante he, dejarlo por si cualquier problema no, igual los antecedentes de los familiares aquí está una persona pues bastante eh resumida, hay quienes bibliografías que dicen que parte por parte se tiene uno que ir padres, abuelos hermanos y por ejemplo en esto dicen no pues no hay que perderlo no, no hay que perder el enfoque, y pues nada más, pues aquí los antecedentes, aquí por ejemplo de que un paciente cuyo padre fue finado por cáncer de pulmón es un resulta importante y la edad a la que falleció no, también conocemos que los cánceres por ejemplo eh el tamizaje</p>			<p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>Mientras Juan explica yo les señalo, al resto de los médicos internos, un error que se aprecia en la diapositiva para</p>		<p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p> <p>Evocar</p> <p>Intelegir</p>	

<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>dependiendo del tipo de cáncer se hace cierto tiempo antes, unos diez años antes de la edad en que apareció en los familiares no, como para tener esta, este ser precoces y ser precavidos y pues ya los antecedentes personales patológicos; algo que se me pasó mencionarles que la NOM dice bien claro es que los antecedentes personales tienen que incluir las toxicomanías, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y otras sustancias a lo mejor y pues sí, los pacientes si están con sus papás no van a querer decir, pues yo consumo marihuana, yo consumo cocaína pero pues importante interrogarlo porque pues sí tiene repercusiones el consumo de sustancias para el tratamiento, para la recuperación del paciente, interacción con otros fármacos y eso, no y pues ya las inmunizaciones que tenga todas sus vacunas, no, y a lo mejor pues hay cosas que podemos prevenir y hay cosas que va a ser susceptible el paciente, igual y esto no lo hago con fines de hacer una revisión de caso clínico, nada más es como para dar un ejemplo”</p> <p>Ma: “Justo les señalé a tus compañeros, regrésame la anterior diapo, fijate bien eh cómo pusiste, tabaco, bueno, en tu historia clínica viene al inicio tabaquismo y ¿qué? Y alcoholismo y uno, dos, tres, cuatro, cinco renglones después ¿qué dice?”</p> <p>Ao: “Toxicomanías, negado, bueno, tengo claro que esto es un ejemplo de la vida real, esta no la hice yo, justamente para”</p> <p>Ma: “De hecho que padre que sea un ejemplo de la vida real porque esto es la clase de errores que se comenten cuando nos volvemos mecánicos, no estamos pensando lo que se hace o dejamos el machote tal cual y así es como aparece masculino o femenino cuando no es ni uno ni el otro, así es</p>	<p>llevarlos a la reflexión; todos se asombran, pues nadie había prestado atención al mismo.</p> <p>Todos se ríen, pues Juan toma una actitud nerviosa ante los hallazgos en su material, que no fueron notados previamente por el mismo.</p>			<p>Evocar</p>
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>dependiendo del tipo de cáncer se hace cierto tiempo antes, unos diez años antes de la edad en que apareció en los familiares no, como para tener esta, este ser precoces y ser precavidos y pues ya los antecedentes personales patológicos; algo que se me pasó mencionarles que la NOM dice bien claro es que los antecedentes personales tienen que incluir las toxicomanías, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y otras sustancias a lo mejor y pues sí, los pacientes si están con sus papás no van a querer decir, pues yo consumo marihuana, yo consumo cocaína pero pues importante interrogarlo porque pues sí tiene repercusiones el consumo de sustancias para el tratamiento, para la recuperación del paciente, interacción con otros fármacos y eso, no y pues ya las inmunizaciones que tenga todas sus vacunas, no, y a lo mejor pues hay cosas que podemos prevenir y hay cosas que va a ser susceptible el paciente, igual y esto no lo hago con fines de hacer una revisión de caso clínico, nada más es como para dar un ejemplo”</p> <p>Ma: “Justo les señalé a tus compañeros, regrésame la anterior diapo, fijate bien eh cómo pusiste, tabaco, bueno, en tu historia clínica viene al inicio tabaquismo y ¿qué? Y alcoholismo y uno, dos, tres, cuatro, cinco renglones después ¿qué dice?”</p> <p>Ao: “Toxicomanías, negado, bueno, tengo claro que esto es un ejemplo de la vida real, esta no la hice yo, justamente para”</p> <p>Ma: “De hecho que padre que sea un ejemplo de la vida real porque esto es la clase de errores que se comenten cuando nos volvemos mecánicos, no estamos pensando lo que se hace o dejamos el machote tal cual y así es como aparece masculino o femenino cuando no es ni uno ni el otro, así es</p>	<p>Todos se ríen, pues Juan toma una actitud nerviosa ante los hallazgos en su material, que no fueron notados previamente por el mismo.</p>	<p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Experimentar Evocar</p>
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>dependiendo del tipo de cáncer se hace cierto tiempo antes, unos diez años antes de la edad en que apareció en los familiares no, como para tener esta, este ser precoces y ser precavidos y pues ya los antecedentes personales patológicos; algo que se me pasó mencionarles que la NOM dice bien claro es que los antecedentes personales tienen que incluir las toxicomanías, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y otras sustancias a lo mejor y pues sí, los pacientes si están con sus papás no van a querer decir, pues yo consumo marihuana, yo consumo cocaína pero pues importante interrogarlo porque pues sí tiene repercusiones el consumo de sustancias para el tratamiento, para la recuperación del paciente, interacción con otros fármacos y eso, no y pues ya las inmunizaciones que tenga todas sus vacunas, no, y a lo mejor pues hay cosas que podemos prevenir y hay cosas que va a ser susceptible el paciente, igual y esto no lo hago con fines de hacer una revisión de caso clínico, nada más es como para dar un ejemplo”</p> <p>Ma: “Justo les señalé a tus compañeros, regrésame la anterior diapo, fijate bien eh cómo pusiste, tabaco, bueno, en tu historia clínica viene al inicio tabaquismo y ¿qué? Y alcoholismo y uno, dos, tres, cuatro, cinco renglones después ¿qué dice?”</p> <p>Ao: “Toxicomanías, negado, bueno, tengo claro que esto es un ejemplo de la vida real, esta no la hice yo, justamente para”</p> <p>Ma: “De hecho que padre que sea un ejemplo de la vida real porque esto es la clase de errores que se comenten cuando nos volvemos mecánicos, no estamos pensando lo que se hace o dejamos el machote tal cual y así es como aparece masculino o femenino cuando no es ni uno ni el otro, así es</p>				<p>Intelegir</p>

	<p>como aparece antecedentes gineco obstétricos en los pacientes masculinos, toda esa clase de errores y si Juan nos acaba de decir que la historia clínica es un documento legal sí, quiere decir que toda, todo este tipo de errores pueden condenarnos, ok, pónganse alerta con lo que escriben siempre que estén haciendo sus documentos”</p> <p>Ao: “Igual, este, estos ejemplos yo los tomé, no de historias clínicas que hubiese hecho yo, no solo para decir no quiero que me critiquen, sino también para poner un ejemplo, bueno este es de un expediente que está en el servicio de medicina interna, es de una historia clínica que ya está pues hecha para un paciente, entonces pues es un ejemplo de lo que sí puede suceder, la verdad yo tampoco me había fijado no, que había alcoholismo y así y que aquí también se había preguntado negado, entonces sí, no hay que automatizarnos tanto, igual si es una historia clínica real que está ahí. Y pues bueno, los antecedentes personales patológicos como les mencionaba, no son solamente patologías que a nosotros nos importan más digestivas, por aparatos y sistemas, también eh, trastornos, eh, neurológicos, psiquiátricos ... y pues bueno aquí tenemos un caso de un paciente que tiene antecedente de trastorno de ansiedad generalizado que ya tiene tratamiento con fármacos controlados y pues precisamente en el cual tiene un padecimiento actual nos damos cuenta que el paciente hace una ingesta consciente de 4 tabletas de citalopram, 20mg de alprazolam y una botella de tequila y pues bueno además de esto el mismo paciente cuenta que ya tenía planeado ahorcarse... aquí nada más para enfatizar respecto al padecimiento aquí debemos poner cual es el padecimiento, que detona el padecimiento, el contexto, y</p>	<p>El estudiante cambio rápidamente su diapositiva, yo le pedí que se detuviera para puntualizar sobre el contenido de la misma con el resto de sus compañeros.</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Verificar</p>
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>Yo los tomé, no de historias clínicas que hubiese hecho yo, no solo para decir no quiero que me critiquen, sino también para poner un ejemplo, bueno este es de un expediente que está en el servicio de medicina interna, es de una historia clínica que ya está pues hecha para un paciente, entonces pues es un ejemplo de lo que sí puede suceder, la verdad yo tampoco me había fijado no, que había alcoholismo y así y que aquí también se había preguntado negado, entonces sí, no hay que automatizarnos tanto, igual si es una historia clínica real que está ahí. Y pues bueno, los antecedentes personales patológicos como les mencionaba, no son solamente patologías que a nosotros nos importan más digestivas, por aparatos y sistemas, también eh, trastornos, eh, neurológicos, psiquiátricos ... y pues bueno aquí tenemos un caso de un paciente que tiene antecedente de trastorno de ansiedad generalizado que ya tiene tratamiento con fármacos controlados y pues precisamente en el cual tiene un padecimiento actual nos damos cuenta que el paciente hace una ingesta consciente de 4 tabletas de citalopram, 20mg de alprazolam y una botella de tequila y pues bueno además de esto el mismo paciente cuenta que ya tenía planeado ahorcarse... aquí nada más para enfatizar respecto al padecimiento aquí debemos poner cual es el padecimiento, que detona el padecimiento, el contexto, y</p>	<p>Todos los alumnos concentran su mirada en los signos vitales plasmados en la historia clínica y su lenguaje no verbal denota un proceso de reflexión inmediata.</p>			<p>Intelegir</p>
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>Yo los tomé, no de historias clínicas que hubiese hecho yo, no solo para decir no quiero que me critiquen, sino también para poner un ejemplo, bueno este es de un expediente que está en el servicio de medicina interna, es de una historia clínica que ya está pues hecha para un paciente, entonces pues es un ejemplo de lo que sí puede suceder, la verdad yo tampoco me había fijado no, que había alcoholismo y así y que aquí también se había preguntado negado, entonces sí, no hay que automatizarnos tanto, igual si es una historia clínica real que está ahí. Y pues bueno, los antecedentes personales patológicos como les mencionaba, no son solamente patologías que a nosotros nos importan más digestivas, por aparatos y sistemas, también eh, trastornos, eh, neurológicos, psiquiátricos ... y pues bueno aquí tenemos un caso de un paciente que tiene antecedente de trastorno de ansiedad generalizado que ya tiene tratamiento con fármacos controlados y pues precisamente en el cual tiene un padecimiento actual nos damos cuenta que el paciente hace una ingesta consciente de 4 tabletas de citalopram, 20mg de alprazolam y una botella de tequila y pues bueno además de esto el mismo paciente cuenta que ya tenía planeado ahorcarse... aquí nada más para enfatizar respecto al padecimiento aquí debemos poner cual es el padecimiento, que detona el padecimiento, el contexto, y</p>				<p>Verificar</p>

<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>aunque en este caso no sería como un caso habitual de semiología del dolor, intensidad, localización, irradiación, exacerbantes, si tendría que haber un registro detallado de todo lo que va sucediendo en torno al padecimiento actual...” Ma: “haber, no ahí está bien, espera, ¿cuántas tabletas de alprazolam se tomó entonces?, chicos. Dijo 120 mg, fue lo que dijo Juan; no lo regreses” Ao: “nose” Aa: “60 tabletas” Ma: “sí, muy bien. ¿creen que esos signos vitales que hay en su nota médica corresponden con el estado que debe tener el paciente después de ingerir 120mg de alprazolam? Ahora sí, regresa la diapositiva Juan, ¿serán reales esos signos vitales?” Aa: “mmm están muy, raros” Aa: “están demasiado normales” Ao: “no corresponden definitivamente” Ma: “claro, demasiado normales, para el supuesto cuadro clínico que tiene, sí, acuérdense que lo que estamos haciendo es revisar todo este tipo de inconsistencias que existen y que en un documento médico legal ya tendríamos muchos problemas” Aa: “aja y también ahí refiere interrogatorio directo, y pues en las condiciones del paciente, el interrogatorio sería mixto ¿no?” Ma: “aja, si, correcto” Ao: “si” Ma: “sería directo e indirecto, si de hecho cuesta trabajo creer que el paciente haya estado en condiciones para responder con precisión, pero mmm” Ao: “pues bueno, la verdad es que esta historia clínica me había pasado desapercibido, todo, pero ya veo que...” Ma: “no, bueno, acuérdate que lo que estamos haciendo es aprender, esto es aprendizaje” Ao: “a lo mejor nuestros errores de nuestras historias clínicas,</p>	<p>Juan se percató por sí mismo de datos apócrifos y los señala sin que tenga que hacer alguna intervención.</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p> <p>Certezas</p>	<p>Verificar</p> <p>Intelegir</p>
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>Me levanto a señalar directamente en la pantalla la información</p>	<p>Me levanto a señalar directamente en la pantalla la información</p>	<p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Verificar</p>

<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>servirán para otros, otras rotaciones que vengan” Ma: “sí, todos servirán” Ao: “y pues bueno aquí pues va el resultado de la exploración física... hablamos del estado de conciencia, los reflejos nos importarían, el Glasgow que está en 3 puntos, que ya tiene cierto deterioro del estado de conciencia y este nos menciona el grado de intoxicación que tiene el paciente... pasamos a exploración por aparatos y sistemas lo cual por ejemplo aquí dice exploración neurológica normal, sin embargo, sabemos que en este paciente existe un deterioro de la conciencia... ay ya no pasa, se descargó el señalador, se le acabo la pila” Ma: “haber, uy, quieres que te vaya pasando las diapos” Ao: “¡no! está bien, así, no se preocupe, gracias” Ma: “a, ok” Ao: “y pues bueno igual seguir con sistema cardiorrespiratorio... y luego los resultados de laboratorio y pues bueno a nosotros nos aconsejan escribir la fecha de los resultados, y aquí no viene esclarecido las pruebas de función hepática de que fecha son y esto puede no reflejar el paciente actualmente. Y pues bueno estudios de imagen... luego los diagnósticos colocados en orden de importancia, en este caso lo que es más importante tratar que es el intento de autólisis, intoxicación por benzodiazepinas, síndrome hipnótico, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y fruto de la exploración pues tiene obesidad grado I e hipocalcemia leve ...” Ma: aquí perdón Juan, pero si es importante aclarar chicos, lo que ustedes pongan ahí como su interpretación diagnóstica tiene que corresponder con lo que había antes interrogatorio o exploración física o interpretación de laboratorio o</p>	<p>comentada en mi intervención verbal.</p>			<p>Verificar</p>
<p>Momento 3 12:31.19 – 12:48.18 pm *Análisis de HC y notas</p>	<p>Los estudiantes se inquietan se distraen al querer averiguar el nombre de quien hizo la historia clínica, con la finalidad de evidenciarlo, por lo cual intervengo señalando que esas actitudes no son correctas ni se permitirán en nuestras clases. Solicite a Juan que adelantará algunas de sus diapositivas puesto que de no hacerlo no lograríamos avanzar en el resto de los objetivos de la sesión académica</p>	<p>Los estudiantes se inquietan se distraen al querer averiguar el nombre de quien hizo la historia clínica, con la finalidad de evidenciarlo, por lo cual intervengo señalando que esas actitudes no son correctas ni se permitirán en nuestras clases. Solicite a Juan que adelantará algunas de sus diapositivas puesto que de no hacerlo no lograríamos avanzar en el resto de los objetivos de la sesión académica</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>

	<p>estudios de gabinete, si ustedes ponen algo ahí que no mencionaron entonces pierden credibilidad, digamos en ningún momento hablaron sobre este asunto, y también aunque el padecimiento actual fue un intento de autolisis y que podemos pensar que empata con esta condición, sin embargo, cuando él nos habla sobre las condiciones del paciente en ningún momento se menciona sobre su estado emocional, jamás y mucho menos, se mostró que se hiciera un cuestionario, un test, que se indagara, ni siquiera se mencionaron síntomas previos ni signos que pudieran justificar esto, y no dudo que no existan, pero recuerden que si no los plasmamos, entonces, recuerden cuando pongan su interpretación diagnóstica final verifiquen que corresponda con los datos que documentaron en su historia clínica o nota médica completa sino no lo pongan, ok, sí adelante juan”</p> <p>Ao: “es que estas historias clínicas se supone que estaban bien, pero sí tienen errores” Ma: “pues no, si tienen errores” Aa: “dice electrocardiograma normal y abajo dice no tiene” Ma: “además dice normal tomado de forma incorrecta eh bueno no se” Ao: “mmm, uy no se” Aa: “ya dínos quien la hizo” Ma: “he no, no eso no todo va a ser anónimo, vamos a ser respetuosos con esto, todo va a ser anónimo, sale” Ao: “si, de hecho, si me fije de no quemar a nadie” Ma: “si muy bien, todo esto lo vamos a manejar de forma anónima para ser en esta parte muy respetuosos, veo que traes otra historia clínica que te parece si nos pasamos a la nota clínica, puesto que esto otro es algo que ustedes, todos, practicamos constantemente” Ao: “si, la verdad, es que no pensé que fuera a ser tan exhaustiva la revisión, pero aprendemos mucho de un solo</p>	<p>El estudiante nos presenta imágenes de diversos tipos de estructuras de la nota médica.</p> <p>Se aprecia inseguridad en los estudiantes al dar sus opiniones</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Verificar</p> <p>Verificar</p> <p>Intelegir</p>
--	--	--	--	--

	<p>¡Ósea en objetivo es lo que nosotros vemos no!"</p> <p>Ma: "si exactamente, Juan, hay que tener muy claro este aspecto, vamos a simplificar este asunto, la P es de presentación lo dijiste muy bien, y ya no ahondamos tanto como en la historia clínica, solo ponemos los puntos esenciales, ¿cuáles sería?, no todos como lo hacíamos en la historia clínica"</p> <p>Aa: "pues serían, mmm"</p> <p>Ma: "utilizando este acrónimo"</p> <p>Aa: "sexo, edad"</p> <p>Aa: "diagnósticos conocidos"</p> <p>Ma: "aja, que otra cosa, fundamental"</p> <p>Ao y Aas: "mm"</p> <p>Ma: "alérgicos, fundamental, ponerlos en presentación nos ayuda mucho porque ahí es muy visible para todos, recuerden esto de estar revisando lo que hacemos, porque si no, ahí en la nota ponemos que el paciente es alérgico a penicilina y a la hora de prescribir tratamiento le damos amoxicilina, ok y volvemos a los mismo, hay que estar prestando atención. La idea de que veamos este tema es que ustedes a través del uso estructurado del PSOAP aprendan y estén practicando como conducir su entrevista clínica y esto deben dominarlo al dar la consulta clínica. La S corresponde a los que el paciente siente, tal cual como lo experimenta, entonces aquí viene el padecer, justamente lo que vimos, incluso pueden describirlo usando las propias palabras del paciente, si el experimenta, no sé, mmm, se acuerdan ayer de lucero, ella decía es que siento como ansiedad, entonces la paciente refiere experimentar sensación de ansiedad manifestada por miedo a nada, sus manos se ponen sudorosas y su corazón se acelera. En lo objetivo entonces sí es lo que ya nosotros podemos corroborar a través de nuestra exploración y nuestro interrogatorio dirigido, por eso es objetivo, entonces si</p>	<p>una actividad con paciente simulado</p> <p>La alumna que decidió participar como paciente simulado y yo salimos del salón para darle los detalles de sus características y motivo de consulta, sin que los demás escuchen y se pueda realizar el ejercicio de forma efectiva.</p> <p>Estos diálogos se grabaron mientras los estudiantes estaban solos esperando, a través de ellos pude darme cuenta que la estudiante con el papel de médico estaba angustiada.</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Verificar</p> <p>Intelegir</p>
--	---	--	--	----------------------	-----------------------------------

	<p>... el análisis entonces que sería, haber Fer ¿qué sería?”</p> <p>Aa: “pues si como ya en base al interrogatorio, y la exploración física, es como que diagnóstico determinamos”</p> <p>Ma: “ok, va lo que tenemos que hacer es unir todo, unir lo que el paciente nos dijo, lo que nosotros encontramos, si utilizamos o no estudios de laboratorio y gabinete conectamos la información y la analizamos para poder llegar a una conclusión y establecer un diagnóstico después de todo lo que hicimos con nuestro paciente, sumado a los diagnósticos previamente conocidos o cambiando los que ya existían, pero aquí es donde voy a justificar porque estoy haciendo estas interpretaciones y por último el plan de tratamiento está muy fácil, va a pegado al diagnóstico. Entonces esos puntos son los que tenemos que cubrir con este tipo de nota, ¿qué más tenemos Juan?”</p> <p>Ao: “y pues bueno hablando de la NOM hablaba de que tenemos que ser muy puntuales en nuestra redacción, condiciones autolimitadas... y pues bueno aquí hay un ejemplo de una nota”</p> <p>Ma: “muy bien Juan, bueno antes de revisar esa nota me dicen que hora es por favor”</p> <p>Ao: “12:45”</p> <p>Ma: “muy buena hora, vamos a hacer un ejercicio, como nos queda poco tiempo solamente dos compañeros van a pasar a hacer el ejercicio y los demás vamos a observar, eh eh, mmm, Juan tú vas a ser observador porque eres el ponente y se supone que dominas el tema al 100% y de ustedes voy a pedirles, doctora tú vas a ser el médico vamos a simular que este es tu escritorio, acomódate para dar tu consulta y pues quien de ustedes quieren ser el paciente o la paciente. ¿quién va a ser?”</p> <p>Aa: “pero de qué va a ser el paciente”</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>
--	---	--	--	-----------------	------------------

	<p>Ma: "no te puedo decir" Ao: "yo digo que Libia ella se ve como que quiere" Ma: "se trata de un paciente con un diagnóstico ya establecido, ¿tú quieres ser?" Aa: "sí" Ma: "vente conmigo, para decirte de que se trata; tu prepárate para dar la consulta, mira aquí vas a hacer tu nota médica" Aa: "pero para hacer la historia clínica como" Ma: "no, estamos en nota médica, eso es lo que quiero que hagan, ustedes que van a observar, lo que harán es anotar en sus libretas que cosas retroalimentarían para mejorar o corregir, a su compañera que hará el papel de médico" Aa: "no sé qué voy a hacer" Ao: "jujuju" Ao: "de que se tratara" Aa: "no vas a poder" Aa: "ya déjame, espérate" Ao: "y sabes si hay exploración" Aa: "te dormiste en la guardia" Aa: "no estuvo bien fea" Ao: "yo digo que sí, pero has una exploración así sencillita, pero abarca todo lo posible" Ao: "tranquila yo digo que ella te va a decir" Aa: "entonces, no dormiste nada"</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Supuestos</p>	<p>Evocar</p> <p>Evocar</p>
<p>Momento 4 12:49.02 – 12:58.07 pm *caso simulado</p>	<p>Ma: "doctora ¿lista para tu paciente?" Aa: "mmm, ¡no!" (todos ríen) Ma: "si quieres ella va a estar aquí como si estuviera en la sala de espera, doctora siéntate aquí por favor y a partir de ahorita es tu paciente" Ao: "no hay simef, se cancela la consulta" (todos ríen)</p>	<p>Las estudiantes que participan en el caso simulado se acomodaron frente a un escritorio cada una sentada en una silla viéndose de frente una a la otra, el resto de los estudiantes tomamos</p>	<p>primer proceso</p>	<p>Certezas</p>	

	<p>Aa: "ya llego tarde" Ma: "ya empezaste jeh!" Aa: "bueno, adelante, ¿cuál es su nombre?" Aa: "libia" Aa: "puede tomar asiento por favor" Aa: "ay, buenas tardes" Aa: "como está el día de hoy" Aa: "hay pues adolorida" Aa: "porqué, porqué viene el día de hoy a consulta" Aa: "pues me mandaron de urgencias doctora" Aa: "haber permítame tantito, ¿cuántos años tiene?" Aa: "25" Aa: "Alérgica a algún medicamento" Aa: "No" Aa: "Ahora sí porque dijo, que venía, porque dijo que había estado en urgencias Es que ayer me chocaron y pues tengo mucho dolor, entonces fui a urgencias y pues ya me mandaron para acá" Aa: "¿Ayer fue? ¿Y hasta hoy vino?" /la estudiante continúa interrogando el motivo de consulta a través de un interrogatorio de preguntas y respuestas cerradas/ Aa: "que le dolía" Aa: "el cuello" Aa: "del 1 al 10 que tanto le dolía" Aa: "le tomaron ayer radiografías" Aa: "ya veo, pues si se observa un poco rectificada su columnita, si efectivamente tiene un esguince cervical grado II, ¿le comentaron algo en urgencias ayer sobre el esguince?" Aa: "si de hecho ayer me comentaron, pero me habían dicho que era un esguince cervical grado I, por eso me mandaron para acá" Aa: "le dieron algún medicamento, la reviso traumatología" Aa: "no me vio, por eso me mandaron para acá, y si me dieron medicamento, pero no me acuerdo cual" Aa: "haber trae la nota médica de la atención de ayer" Aa: "híjole"</p>	<p>distancia a su alrededor de aproximadamente 1 metro.</p> <p>Los estudiantes que están observando el ejercicio del caso simulado comienzan a hacer algunas anotaciones y sus rostros se tornan inquietos por querer interrumpir algunos de los diálogos</p> <p>Tuve que intervenir para recordarle pues la estudiante que hacia el rol de paciente olvido las características previamente señaladas que pertenecían al paciente que estaba interpretando. La estudiante en el papel de doctora se levanta de su silla y se coloca a un costado del paciente simulado para iniciar la exploración física del cuello.</p>	<p>fase de ejecución</p> <p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p> <p>Realizaciones</p>	<p>Intelegir</p> <p>Intelegir</p> <p>Verificar</p>
--	--	--	--	--------------------------------------	--

	<p>Aa: "si me dieron acetaminica y ya" Aa: "y no le pusieron algo más ayer, le dieron algo más" Aa: "pues si me pusieron, pero no supe que" Aa: "bueno voy a hacerle una exploración para ver los movimientos y ver como esta, voy a tocar su cuello, aquí siente dolor, voy a girar su cabeza a los lados, ¿ahí siente dolor?" Aa: "si" Aa: "ahora mire hacia el techo al piso, ¿ahí siente dolor?" Aa: "si" /la estudiante continúa realizando diversas maniobras de exploración física e interactuando con la paciente simulada de forma simultánea/ Aa: "muy bien terminamos, pues de acuerdo a mi exploración yo veo un esguince grado II" Aa: "pues entonces no es grado I, me dijeron que ese era" Aa: "pues con la exploración física determine mucha limitación de los campos de movimiento entonces corresponde a un grado II" Aa: "muy bien" Aa: "algún otro síntoma que tengas" Aa: "no, nada más" Aa: "entonces de tratamiento le voy a pedir, bueno si puede comprar un collarín para que se lo ponga y le dé un poco de estabilidad a su cuello, bueno primero pues va a tener reposo por 7 días y se va a poner un collarín blando para que cuando ande caminando y realice su actividad física no se lastime y que por las noches se va a poner fomentos fríos y como no recuerda que toma, le voy a dar algo para el dolor, ¿me dice que no es alérgica a nada verdad?" Aa: "no" Aa: "entonces si ya no siente nada más ¿ese sería todo el motivo de su consulta?, entonces sería todo ok pues le doy su receta" Aa: "gracias"</p>	<p>Todos nos recorrimos a nuestro lugar para quedar en forma de seminario e iniciar con la retroalimentación</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p> <p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p> <p>Certezas</p> <p>Certezas</p>	<p>Verificar</p> <p>Verificar</p> <p>Intelegir</p> <p>Verificar</p>
--	---	--	---	---	---

	<p>Ma: “vénganse para acá todos, acérquense, vamos a retroalimentar a su compañera, que les parece, haber lo importante de este ejercicio es que todos hagamos una reflexión, haber primero doctora préstame tu nota médica”</p> <p>Aa: “sí, es que creo que no”</p>				
<p>Momento 5 12:58.30 – 13:10.17 pm *retroalimentación de caso simulado</p>	<p>Ma: “ok, les voy a leer la nota médica de su compañera, pone, Libia Valeria Rojas, femenina de veinticinco años, alérgicas negadas, crónicos degenerativos negados, eh, paciente que refiere choque automovilístico, refiere dolor de cuello ocho de diez, constante resto interrogatorio y negado, eh, mmm, la paciente presenta dolor a movimientos, hasta ahí se quedó, radiografía de cuello lateral con grado dos, según Quebec, ajá, el diagnóstico puso esguince grado dos y el tratamiento reposo, incapacidad, collarín blando, fomentos fríos, diclofenaco doscientos cincuenta cada ocho por cinco y paracetamol quinientos cada ocho por cinco; ok, bien doctora, ¿estás a gusto con tu nota médica?”</p> <p>Aa: “no”</p> <p>Ma: “No”</p> <p>Aa: “Me faltaron varias cositas, llevan un orden y”</p> <p>Ma: “Ok, por eso es que hacer el sistema estructurado es muy importante, fijate que como en un ambiente estructurado, digamos que el único estrés era que nosotros te estábamos observando, pero ambas, todos sabemos que esto es algo académico, que lo único objetivo es aprender, entonces fuera de eso y la paciente, te tocó una paciente muy noble, no una paciente que es que yo vengo a que me diga aquel y aquello y no sé qué, osea, eso te da la serenidad como para pensar un poquito más en la cuestión estructural y aun así no lo pudimos hacer, ¿sí?, si fuéramos así como muy, muy, muy exagerados pues esto no está bien hecho; ¿sí?, para resaltar en una, en todas las</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Supuestos</p> <p>Certezas</p>	<p>Experimentar</p>

	<p>mujeres en edad reproductiva además de aquí plasmar los alérgicos toxicomanías, si no hay enfermedades de base, se debe de asegurar que la paciente no esté embarazada porque de eso depende qué le puedo dar y qué no, ¿sí?, ante la duda o la posibilidad de que ella estuviera embarazada mi tratamiento cambia totalmente, ¿ok?, entonces eso jamás se les debe de olvidar, jamás, mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa, foco rojo; eh después debiste enfocarte en la parte subjetiva, ¿qué les dicen de su interrogatorio en la parte subjetiva. ¿qué pasó con ella? ¿qué vieron?, a ver, ustedes tienen que retroalimentarlo, a ver, Sandy, ¿qué le quieres decir tú?, bueno, danos tu retroalimentación de manera general</p> <p>Aa: "bueno pues una nota que yo había hecho, es que ósea si hizo semiología del dolor, pero en cuanto a que tanto le duele si profundizar más, no solo de ayer sino de cómo se siente hoy"</p> <p>Ma: "perfecto, tú te enfocaste todo el tiempo en que le paso ayer, y que le dijeron, ayer y que hizo ayer ... te concentraste tanto en lo que hizo o no urgencias, que te olvidaste de lo que tu tenía que hacer hoy con tu paciente, que era preguntarle como estaba en este momento, incluso tú sabes que la nota de urgencias no siempre describe la realidad, entonces, ahí tú tienes tu realidad, en tu paciente aquí y ahora... además hubo un momento en que tu fuiste desafiante con tu paciente, le preguntaste ¿por qué vino hasta hoy?, ósea no"</p> <p>Aa: "ya se" (los demás ríen nerviosos)</p> <p>Ma: "justamente hablábamos de la comunicación verbal y no verbal durante la entrevista clínica para establecer una buena relación médico-paciente, una paciente en esas circunstancias o te puede responder agresiva o se siente</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Experimentar</p>
	<p>Ma: "justamente hablábamos de la comunicación verbal y no verbal durante la entrevista clínica para establecer una buena relación médico-paciente, una paciente en esas circunstancias o te puede responder agresiva o se siente</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Verificar</p>

	<p>indicaciones ella puede irse a hacer ejercicio usando su collarín y teniendo como diagnostico un esguince cervical grado II, lo cual resultaría bastante grave; por eso tienen que tener mucho cuidado chicos, vamos a estar haciendo muchos ejercicios, porque al final vamos a ir a mi consultorio y van a estar viendo pacientes reales y yo no voy a intervenir para absolutamente nada, ustedes tienen que ser capaces de enfrentar a un paciente usando sus conocimientos y habilidades deben poder no solo llenar un documento con los datos del paciente, sino establecer con esos datos un tratamiento integral. Hay muchas otras cosas que te voy a comentar, y que quiero felicitarte por ejemplo cuando ibas a prescribir medicamento, corroboraste que la paciente no fuese alérgica a nada eso es una estrategia buenísima, otra cosa positiva es como lo resolviste cuando la paciente puso en duda tu diagnóstico, eso estuvo muy bien, algo que hiciste muy mal, muy mal fue tu exploración física, jamás te quedas detrás del paciente para observar los arcos de movimiento, así que te voy a dejar de tarea para todos que revisen como debe hacerse la exploración física, que elementos debes revisar en un esguince cervical, desde ... y luego como las describes en tu nota médica, identificar los signos de alarma para el desarrollo de complicaciones tardías, entonces tú tienes en tu primer contacto con el paciente explorar todas las posibilidades...¿alguien le quiere comentar algo más?"</p>				
<p>Momento 6 13:10.18 – 13:18.06 pm *cierre y conclusiones</p>	<p>Ma: “Juan ¿qué le quieres comentar? Ao: “doctora yo le iba a decir lo mismo de las otras enfermedades, osea que si va a andar más al respecto y pues mi interés también era ver como había redactado su nota, yo creo que en general, bueno</p>	<p>Todos los estudiantes se acercaron a quien participó en el rol de médica como respuesta de acompañamiento y brindarle confianza.</p>	<p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>

	<p>no sé, bueno es que a lo mejor por el ejercicio ahorita no pues así de y sobre todo porque es a mano, pero en general yo siento que pues sí fue capaz de brindar confianza al paciente, osea sí, sí, sí por ejemplo con eso que menciona usted de que su diagnóstico que lo puso ... sí le pudo brindar conocimiento, bueno aclarar y hacerle ver que ella tiene conocimiento, osea se dio a confiar por parte del paciente y entonces sí le dio a lo mejor no un manejo óptimo pero sí le dio completo a mi parecer”</p> <p>Ma: “Ok, Fer, algún comentario para tu compañera”</p> <p>Aa: “Pues, pues solamente comentarle que todos pasamos por lo mismo, todos estamos igual y tenemos que pulir esa parte y pues al final estamos aquí para aprender y mmm, que también me gustó esa seguridad que mostró en ese comentario que hizo cuando la paciente dudó porque para mí fue como seguridad y en cierta parte también como autoridad, entonces estuvo bien.”</p> <p>Ma: “Mju, Y por eso es muy importante que aprovechen cada oportunidad que tengan en el consultorio, sí, desde cómo podemos, es más como tocamos, cómo nos acercamos, de verdad, esto no es algo que sale en la primera, osea, es después de tocar a muchos pacientes, de ver cómo lo hacen, de yo ponerme a hacerlo y cuando estén aquí durante todo este periodo aprovéchenlo, aprovéchenlo, sí, uno de los, de sus peores enemigos es creer que ya lo saben, sí, que sería la arrogancia, el decir, claro, si yo siempre pregunto eso, sí, ok, entonces, tienen que tener su mente abierta para pensar en estas posibilidades, ok, si a mí me preguntan cuántas veces a mí me ha pasado que veo notas y digo hay ¿por qué no hice esto, en qué momento se me pasó? ¿por qué le puse esto? si nada que ver o así, muchas veces, sí y tengo muchos años haciendo quizás</p>	<p>La estudiante se mostraba muy empática.</p>	<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Verificar</p>
--	--	--	--	------------------

	<p>entonces habrá que ser capaz de poder hacer esto y también que tú puedas sentirte satisfecha de a ver, ¿cómo debo explorar a un paciente cuyo diagnóstico es esguince cervical? y hay excepciones, hay cambios si es grado uno, grado dos, grado tres, etcétera, ¿sí? Va, todos lo revisan por favor, mju, porque el hecho de que no haya como siendo específicos en algunas aclaraciones sobre la exploración física me hace preocuparme sobre sí o no tienen ustedes la información completa, vamos a generalizar todos lo revisan y vamos a dedicar un día de la siguiente semana, unos minutos antes de la clase cualquiera a que hagamos el ejercicio todos, ¿sí? ¿les parece? Muy bien”</p> <p>Aa: “De esguince cervical nada más?”</p> <p>Ma: “De esguince cervical nada más, ya después se van a ir sumando más cosas, tenemos para aventar, ¿sí?”</p> <p>Aa: “Entonces sería para ¿la siguiente semana?”</p> <p>Ma: “Para, osea, no”</p> <p>Aa: “Sí, osea, hoy me voy a poner a investigar”</p> <p>Ma: “Ok”</p> <p>Aa: “Pero, para”</p> <p>Ma: “Porque acuérdense que mañana van a tener la clase con Libia, no se me vaya a olvidar darles las llaves y este, y yo no los voy a ver ni mañana ni viernes los veo hasta el lunes, es posible que el lunes trabajemos más tiempo, apenas voy a gestionarlo porque como vamos un poquito atrasados quiero compaginar algunas cosas para avanzar a un ritmo diferente, pero yo les aviso, ¿sí?, si no les aviso nada, ¿le apagas a todo porfa? Eh quiere decir que todo es normal, si sí les aviso pues ya les diré cuál es el asunto, ¿les parece? Ok, ¿algo que me quieran decir?”</p> <p>Ao y Aa: “no nada, todo bien dra”</p> <p>(todos nos despedimos usando lenguaje no verbal mientras salimos del aula)</p>		<p>primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p>
--	--	--	--	-----------------	------------------

REFLEXIÓN

Mi tercer registro me permite identificar la fase según el modelo cíclico de Zimmerman sobre el aprendizaje autorregulado en que se encuentran los estudiantes a través del análisis crítico-reflexivo de una serie de características observadas durante sus procesos de enseñanza-aprendizaje. De acuerdo a ello se encontró que los médicos internos de pregrado que rotan en medicina familiar se encuentran en el primer proceso de la fase de ejecución.

El tener definido el objetivo de la sesión en la planeación de la clase tuvo un papel fundamental en definir la estrategia a seguir para indagar en cada uno de los estudiantes la fase en que se encuentran que además permitió al docente un acercamiento e interacción mayor que en otras sesiones, sin embargo, el objetivo de rastrear esa fase trajo consigo que los momentos y tiempos propuestos para la sesión se modificaran.

Con base en la información recabada en el registro y utilizando como referente teórico el modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje, la pregunta de indagación se transforma en la siguiente pregunta de innovación: **¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas empleada por la docente en los médicos internos de pregrado propicia que los estudiantes transiten del primer proceso de la fase de ejecución al primer proceso de la fase de autorreflexión?**

Durante mi registro los datos obtenidos también me permitieron reflexionar lo siguiente:

El esqueleto de mi clase de manera inicial estaba conformado por cinco momentos los cuales se convirtieron en seis momentos porque fue necesario en la presentación de caso simulado abrir un espacio para la retroalimentación mediante trabajo colaborativo por todo el grupo; permitiéndose con ello la coevaluación y autoevaluación de los estudiantes. Hablando de la

distribución del tiempo el resultado fue muy gratificante pues el 50% fue destinado a discusión del tema y análisis de historias clínicas, siguiendo en proporción un 16% para la retroalimentación del caso simulado.

Respecto a mi habla reduje el abuso de muletillas, mi charla es más pausada y cordial, pero persisto con un número de intervenciones bastante significativo. A pesar de ello propicie la participación de todos los estudiantes durante la discusión, análisis, retroalimentación y cierre. Hubo evidencia del desarrollo de pensamiento reflexivo, analítico y crítico durante la presentación de sus argumentos, sin embargo, aún fue necesario que yo reforzara en ellos puntos relevantes sobre el contenido del tema de clase.

USO DEL TIEMPO POR MOMENTOS DE LA CLASE

Tabla 6

Distribución por momentos de la clase la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP

Momentos de clase				
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad	(%)
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:09 pm	9	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula	12%
2. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DEL TEMA	12:10 – 12:31.18 pm	21	Exposición del tema: la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP por alumno asignado previamente.	28%
3. ANALISIS DE HISTORIAS Y NOTAS MEDICAS	12:31.19- 12:48.18 pm	17	Mediante lluvia de ideas y discusión dirigida se identifican, analizan y reflexionan cada uno de los elementos presentes en las historias clínicas y notas médicas de expedientes médicos.	22%
4. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO SIMULADO	12:49.02 - 12:58.07 pm	9	Se observará la entrevista clínica hecha a un caso simulado.	12%
5. RETROALIMENTACIÓN DE CASO SIMULADO	12:58.30– 13:10.17 pm	12	De manera colaborativa se retroalimentará sobre dudas, errores y aciertos observadas durante el proceso de entrevista clínica en caso simulado	16%
6. CONCLUSIONES Y CIERRE	13:10.18- 13:18.06 pm	8	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo.	10%

Nota: elaboración propia.

Imagen 13

Médicos internos de pregrado analizando historias y notas médicas



Tabla 7

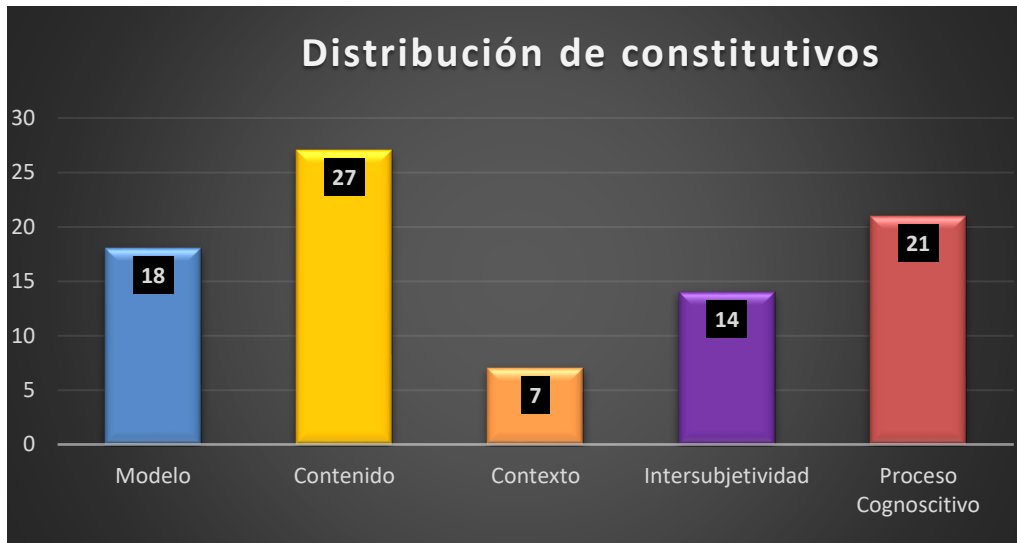
Distribución de elementos constitutivos por momentos de la clase la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP

ARQUEOLOGÍA DE LA CLASE						
No.	Momentos	Modelo	Contenido	Contexto	Intersubjetividad	Proceso Cognoscitivo
1	12:00 - 12:09 pm	2	0	2	0	0
2	12:10 - 12:31.18 pm	3	10	0	2	11
3	12:31.19-12:48.18 pm	5	8	3	6	5
4	12:49.02 -12:58.07 pm	2	3	1	0	2
5	12:58.30- 13:10.17 pm	4	5	0	3	2
6	13:10.18-13:18.06 pm	2	1	1	3	1
	Σ	18	27	7	14	21
	%	21%	31%	8%	16%	24%

. Nota: elaboración propia.

Gráfica 8

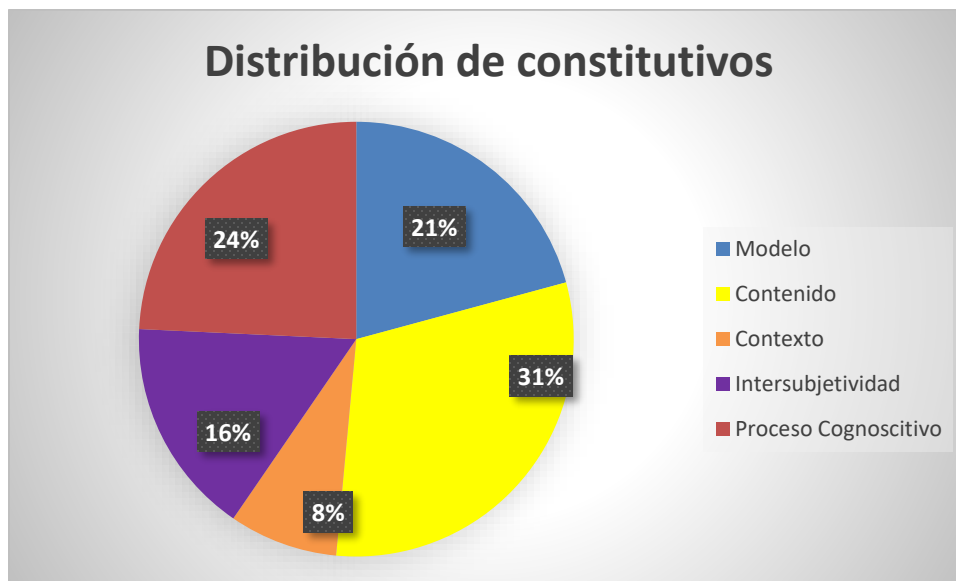
Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase.



Nota: elaboración propia.

Gráfica 9

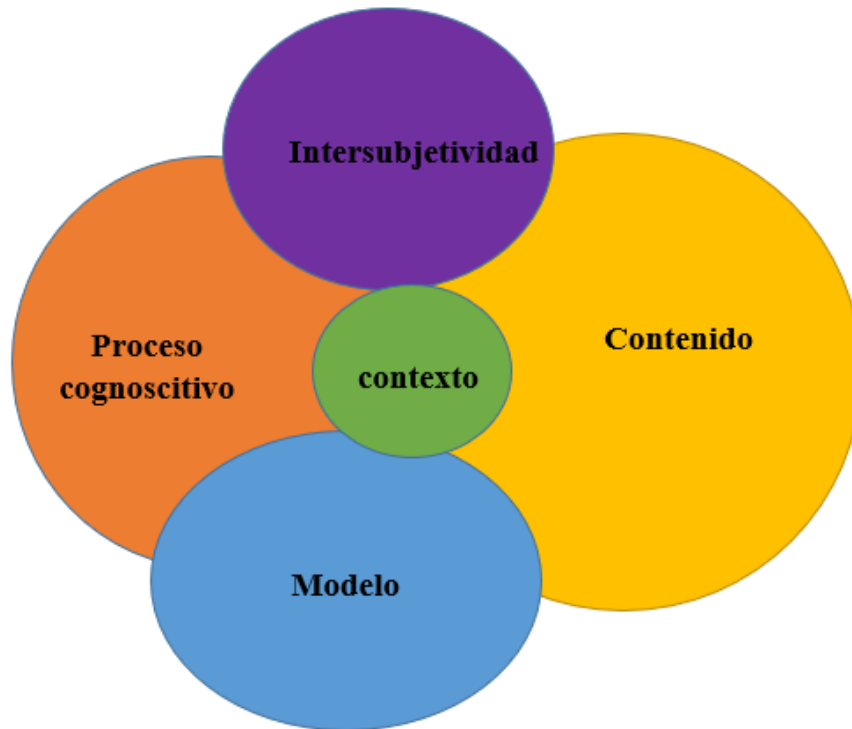
Distribución por porcentaje de elementos constitutivos durante la clase



Nota: elaboración propia.

Imagen 14

Representación cualitativa de los constitutivos de la práctica docente.



Nota: elaboración propia.

En la revisión de la relación que existen entre los constitutivos en mi práctica docente, puedo identificar que el contenido sigue siendo el constitutivo que más predomina dentro de mi práctica docente con un 31%, lo cual es he descubierto que difícilmente podrá ser reducido, pues representa una característica de la educación médica; la cual requiere que el estudiante tenga un conocimiento, amplio sobre una gran cantidad de información, hechos, fenómenos, habilidades, destrezas y actitudes en torno al quehacer con el paciente; sin embargo, me satisface mucho ver reflejado un 13% en el proceso cognoscitivo dando pie a evidenciar que los cambios aplicados hasta el momento a mi práctica docente son efectivos.

Con una distribución de un 21% está el modelo en esta ocasión aunque sigo haciendo largas intervenciones; gran parte de este porcentaje fue dado por reafirmación de contenidos, experiencias, opiniones que abonaron al desarrollo de aprendizajes significativos en los estudiantes; con respecto a la intersubjetividad esta se ve representada con el 16% durante la clase, y aunque es menor que la obtenida en otros registros, cabe aclarar un tanto ligado a que el estudiante responsable de coordinar el tema fue muy discursivo, aun así da cuenta de la interacción constante que se ha generado entre alumnos y el docente ligado a este ambiente de confianza que he buscado propiciar dando pie a despertar iniciativa en los médicos internos por dar su opinión reflexiva y crítica del contenido.

Finalmente, aunque el contexto se observó representado por el 8% el cual se comporta como un constitutivo que rige algunas de las actitudes adoptadas por los médicos internos de pregrado durante sus sesiones académicas, situaciones que van desde tener que abrir el aula y preparar el equipo de cómputo para cada sesión, hasta el agotamiento físico que los acompaña día a día secundario a los horarios que destinan a sus actividades en campo hospitalario.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

“Yo sabía quién era esta mañana, pero he cambiado
varias veces desde entonces”.
Alicia en el País de las Maravillas.
Lewis Carroll

A partir de la siguiente pregunta de investigación: **¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?** se identifican como unidades de análisis principales la autonomía en el aprendizaje o aprendizaje autodirigido y la metodología del aprendizaje basado en problemas; se opta por indagar en la teoría del aprendizaje social de Bandura, el aprendizaje autodirigido por Zimmerman y Pintrich y el aprendizaje significativo por Ausubel; en lo referente a las estrategias didácticas se profundizó en el aprendizaje basado en problemas con Prieto y Schdmidt por ser la metodología elegida por la docente para el desarrollo del presente trabajo de investigación-acción.

El motivo de esta investigación es identificar de qué manera mediante el uso de una metodología activa como lo es el aprendizaje basado en problemas se fomenta en el estudiante el aprendizaje autodirigido que llevará a contribuir en el desarrollo de competencias (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes) que perdurarán a lo largo de toda su vida personal y profesional y, por ende, formará médicos de calidad reflejándolo en un manejo integral con enfoque de riesgo en la atención de sus pacientes.

El internado de pregrado es una etapa en la formación del médico que abarca un año académico que se caracteriza por ser un periodo en el que los estudiantes integran y consolidan los conocimientos teóricos y prácticos que fueron adquiridos en los semestres anteriores. A través de las actividades asistenciales en campo clínico, los alumnos desarrollan competencias fundamentales necesarias para el servicio social profesional. Por ser un periodo eminentemente

práctico está diseñado de tal manera, que el mayor número de horas estén destinadas a realizar actividades clínicas bajo un sistema rotatorio que permite ofrecerle vivencias en las grandes ramas que conforman la medicina general y así con ello cimentar en el alumno el concepto de atención con un manejo integral en la práctica de la medicina (Programa internado de pregrado. Universidad de Guanajuato).

En este periodo de rotación, el alumno debe ser asignado en las siguientes áreas o servicios: medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, urgencias y medicina familiar. Cada campo rotativo representa la oportunidad de reforzar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes en el alumno, mediante un contacto supervisado, en situaciones reales, de la atención del paciente en los servicios de salud, para propiciar la formación de un médico competente capaz de establecer el diagnóstico integral y la solución de los problemas de salud de la población demandante, con espíritu humanista, rigiéndose en todo momento por principios éticos, bajo una constante actualización de conocimientos, el hábito de estudio permanente y la autocrítica a través del aprendizaje autodirigido.

El programa académico pide que exista un proceso de auto aprendizaje siendo el requisito primordial de este proceso la autodisciplina, como característica no impuesta, a fin de lograrla como parte integrante de su personalidad y conformar el hábito del estudio constante y un pensamiento analítico. Esta capacidad contribuirá a su vez a acrecentar la voluntad y la motivación para el trabajo. La enseñanza y aprendizaje a partir de la atención de los pacientes representa el estímulo principal para detonar el autoaprendizaje, pues es ante un problema clínico, que el alumno recurre a sus competencias para analizar, sintetizar y aplicar los conocimientos, habilidades y

destrezas adquiridos en la búsqueda de una solución al problema del paciente (Guías de la práctica clínica CENETEC).

La actitud que tiene el estudiante se introduce en el proceso enseñanza-aprendizaje del internado como el factor individual que hará la diferencia en el aprovechamiento de cada alumno. El internado, como proceso formativo integral, además de promover en el alumno la voluntad de llegar a la excelencia profesional. No puede pasar por alto procurar que se desarrolle en él la actitud de autodisciplina, autodeterminación, autoeficacia, autoestima y del apego a los valores humanos, pues con todo este conjunto de características es como su máxima capacitación académica y la capacidad resolutiva será alcanzada.

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, recibe de manera permanente, estudiantes que se encuentran en su año rotatorio de pregrado para que por dos meses en el servicio de consulta externa de medicina familiar integre de forma teórico-práctica los conocimientos, en la atención de casos clínicos reales, de tal manera, que le permita desarrollar habilidades, destrezas y actitudes que lo lleven a resolver los problemas de atención en salud más frecuentes de manera integral (Salas Flores y González Pérez, 2016), bajo un enfoque preventivo y ejerciendo un pensamiento crítico-reflexivo sobre la autorregulación de su aprendizaje y compromiso permanente en su educación continua.

Los médicos internos de pregrado generalmente son estudiantes cuyo intervalo de edad está comprendido entre los 24 a 27 años de edad; dependientes económicamente de sus padres puesto que su tiempo está destinado primordialmente a realizar actividades hospitalarias cubriendo jornadas que oscilan de 8 a 36 horas continuas. Su nivel socioeconómico corresponde a un estatus de clase media alta y en todos los estudiantes la etapa del ciclo vital en que se encuentra su núcleo

familiar es de dispersión en fase de desprendimiento. Y los roles que desempeñan en su núcleo familiar son: rol de hijo, de estudiante y del doctor de la familia (Huerta, 2005).

El éxito académico de los médicos internos de pregrado se ve influido por diversos factores individuales y de contexto; los factores de riesgo son: exposición a niveles altos de estrés físico y emocional, inadecuada alimentación y reducida actividad física. Con respecto a sus factores de protección el más importante es su red de apoyo entre iguales, su disciplina, compromiso y responsabilidad para autorregular su aprendizaje (Huerta, 2005); que en conjunto han mostrado ser condicionantes importantes del grado de rendimiento académico.

También es importante considerar el desarrollo psicosocial que caracteriza a la mayoría de los estudiantes quienes se encuentran en la etapa 6. Intimidad vs aislamiento según la clasificación del desarrollo psicosocial de Erikson; se trata de adultos jóvenes que están consolidando su identidad y autonomía con respecto a su entorno familiar y social; dentro del contexto hospitalario existe cierta fragilidad pues suelen responder a los deseos del entorno para encajar como una estrategia desesperada de supervivencia. (Izquierdo, 2007).

Teniendo en cuenta las etapas del modelo de desarrollo cognoscitivo de Schaie los médicos internos de pregrado se localizan en la etapa de logros cuyo enfoque en la adquisición de competencias se centra en poder utilizarlas para alcanzar la competencia e independencia que el campo profesional exige; se concentran en realizar tareas que figuren para el logro de sus metas específicamente poder realizar una especialización médica (Izquierdo, 2007).

Considerando la etapa del ciclo vital en que se encuentran correspondientes a la adultez temprana su etapa de desarrollo corresponde a físicamente están en su nivel máximo lo que les

permite resistir el enorme desgaste que representa su estadía en campos hospitalarios haciendo guardias clínicas de hasta 36hrs continuas de trabajo, se enfrentan a tomar decisiones sobre si continuaran una especialización médica lo que estimula su disciplina y compromiso con su proceso educativo. (Papalia et al., 2012).

Durante la caracterización de mi grupo en la materia de estrategias didácticas al aplicarles el test de aprendizaje modelo (PNL) identifiqué como estilos predominantes de aprendizaje al cinestésico y visual; dando cuenta así lo importante de trabajar como docente con estrategias activas centradas en el estudiante que favorezcan la manipulación y visualización de los fenómenos de estudio, en este caso, acercamiento a escenarios clínicos reales siendo los más favorecedores para despertar interés en nuestros alumnos. Con la aplicación del test de inteligencias múltiples de Howard Garner la predominancia fue la inteligencia múltiple interpersonal característica que resulta imprescindible para la práctica profesional de un médico (Díaz et al., 2017).

Y ya que sabemos que el estudiante logra ser competente a medida que sea capaz de participar activamente en su proceso de enseñanza-aprendizaje, esto sumando a las características propias de mis alumnos es que como docente me interese en propiciar ambientes educativos activos que contagien a los alumnos hacia la autorregulación (Sánchez et al., 2015), desempeñándome como un facilitador en la formación del estudiante.

Actualmente, el crecimiento acelerado en la información médica y el desarrollo constante de nuevas técnicas, recursos y herramientas para la atención del paciente; demanda que el estudiante de medicina sea capaz de “aprender a aprender” para que pueda desarrollar con éxito una actividad profesional de calidad. En atención a estos cambios, muchas instituciones universitarias han promovido dentro de sus planes de estudio procesos de enseñanza-aprendizaje

centrados en el alumno encaminados a la adquisición de competencias necesarias que propicien en el estudiante autonomía para su aprendizaje, es decir, un aprendizaje autorregulado, el cual es un proceso activo en el que el estudiante selecciona las metas académicas que desea lograr y regula las variables cognitivas, afectivo-motivacionales, contextuales y comportamentales que intervienen en el aprendizaje con el fin de alcanzarlas (Sánchez et al., 2015).

El aprendizaje autorregulado deja a la iniciativa del alumno la identificación de sus propias necesidades de aprendizaje (con o sin ayuda), convirtiéndolo en el responsable de su propio aprendizaje; para alcanzarlo el estudiante necesita establecer metas, ser consciente de lo que piensa, observar y vigilar sus comportamientos, mantener la motivación intrínseca, ser estratégico y autoevaluarse constantemente pues sólo así asegura la eficacia en dirigir su proceso de aprendizaje. Hay que resaltar que lo que identifica a un estudiante como autorregulado en su aprendizaje es principalmente su iniciativa y perseverancia para alcanzar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que demanda su programa académico. Y además se caracterizan por ser conscientes de que el éxito académico alcanzado depende de su implicación en el proceso educativo (Sánchez et al., 2015).

Existen diferentes teorías que explican cómo funciona la autorregulación, sin embargo, todas coinciden en que se trata de una capacidad compuesta por diferentes procesos, cíclica, que se retroalimenta de la experiencia, el contexto y la activación de estrategias de aprendizaje. El modelo cíclico de Zimmerman (2001) se basa en la teoría socio-cognitiva; en el cual se relacionan 3 fases: planificación, ejecución y autorreflexión; cada una de las cuales involucra una serie de procesos que interactúan para alcanzar la autorregulación en los estudiantes.

La **Fase de planificación (“Forethought phase”)**: es la fase inicial en la cual el alumno se enfrenta por primera vez a la tarea; aquí analiza la tarea, valora su capacidad para realizarla con éxito, establece sus metas y planifica. En esta fase existen dos procesos: primero el **análisis de las características de la tarea** lo cual permite hacerse una idea inicial de lo que debe hacerse; siendo en este proceso donde se establecen los objetivos a partir de dos variables: los criterios de evaluación y el nivel de perfección que quiere alcanzar (Winne & Hadwin, 1998) y se realiza una planificación estratégica a partir del conocimiento previo que tiene el propio estudiante; en todo momento es crucial el interés que se despierte en el alumno durante esta fase y cabe resaltar que la planificación es un proceso autorregulatorio por excelencia, siendo además un predictor del éxito que se tendrá en la tarea: a mayor tiempo de planificación mejores resultados (Zimmerman, 2008).

Como un siguiente proceso se realiza el **análisis del valor que la tarea tiene para sí mismo en el estudiante** el cual está condicionado por el grado de motivación la cual a su vez, se genera y sostiene por las creencias, los valores, el interés y las metas personales del alumno. De entre las creencias hay que destacar como primera variable las expectativas de autoeficacia que expresan la creencia que tiene el individuo sobre su capacidad para realizar la tarea. Ya que es una variable fundamental para que el alumno se mantenga o no motivado (Pajares, 2008) quedando claro que si sus expectativas de autoeficacia son altas será capaz de identificar y utilizar las estrategias necesarias para enfrentar cualquier dificultad que se le presente. Como segunda variable hay que destacar las expectativas de resultado, que expresan la creencia sobre la posibilidad de éxito en una determinada tarea (Zimmerman, 2008) las cuales también determinan el éxito y motivación para lograr las metas propuestas.

El interés y valor de la tarea como tercera variable son actividades que según Zimmerman las dos suman efectos para aumentar la energía que se empleará para el comienzo en la tarea. La cuarta variable que sostiene la motivación es la orientación a metas que se podrían definir como la creencia que los alumnos mantienen sobre los propósitos de su aprendizaje hay evidencia empírica de que los alumnos con metas de aprendizaje eligen y emplean estrategias que llevan a aprendizajes más profundos, tienen procesos de reflexión más avanzados, se recuperan antes de fracasos académicos y tienen mayor interés intrínseco por las tareas (Grant & Dweck, 2003; Harackiewicz, Barron, & Elliot, 1998). Todas las variables presentadas están interrelacionadas e interactúan durante el proceso de autorregulación. Su importancia es tal que, dependiendo del grado y tipo de motivación resultante, la forma en que las personas autorregulan su conducta y el grado en que lo hacen son completamente distintos (Zimmerman, 2008).

La **Fase de ejecución (“Performance phase”)**: en esta fase es de suma importancia que el estudiante mantenga la concentración y utilice las estrategias de aprendizaje adecuadas; solo así mantendrá su interés y motivación para alcanzar los objetivos de aprendizaje; los procesos involucrados en esta fase de acuerdo a Zimmerman y Moylan (2009) son la auto observación y el auto control. Para que el alumno se auto observe, es decir, sea capaz de reconocer que está haciendo, qué piensa, qué siente y si es apropiado o no, para determinar si continua o modifica su conducta; puede realizar dos tipos de actividades, la auto- observación y el autocontrol.

Para favorecer la auto observación se pueden desempeñar dos tipos de actividades; el primer tipo de actividad, es la auto monitorización la cual consiste en comparar lo que se está haciendo con algún tipo de criterio que permita valorar su ejecución (Winne & Hadwin, 1998). Es un proceso similar a la autoevaluación. De hecho, algunos autores (Alonso-Tapia & Panadero,

2010; Samuelstuen & Bråten, 2007; Weinstein & Mayer, 1986; Winne & Hadwin, 1998) consideran que la auto monitorización también se puede considerar autoevaluación, aunque suceda durante el proceso. El segundo tipo de actividad es el autorregistro considerado una estrategia de aprendizaje para ayudar a monitorizar y poder reflexionar después de realizar la tarea.

Respecto al autocontrol referido como la capacidad de mantener la concentración y el interés durante la actividad se logra utilizando una serie de estrategias y acciones. Nos proponen ocho estrategias que son: acciones específicas que le permiten conseguir total o parcialmente los objetivos perseguidos; auto instrucciones que corresponden a órdenes o descripciones autodirigidas sobre la tarea que se está realizando; crear imágenes mentales que organizan la información y ayudan así a fijar la atención, lo que favorece el aprendizaje y la memorización (Zimmerman, 2011); gestionar el tiempo del que dispone para la actividad; control del entorno de trabajo, la búsqueda de ayuda cuando no puede solucionar la tarea; incentivar el interés la cual consiste en dirigirse mensajes a uno mismo que recuerden la meta a lograr o el desafío al que se está enfrentando (Corno, 2001) y finalmente la octava es pensar en las auto consecuencias. Todo este conjunto de estrategias asegura que la fase de ejecución se consolide según el modelo de Zimmerman.

La Fase de autorreflexión (“Self-reflection phase”) es considerada la última fase de este modelo durante la cual el alumno valora su trabajo y trata de explicarse las razones de los resultados obtenidos. Al hacerlo justifica las causas de su éxito o fracaso y, dependiendo de su estilo atribucional, experimenta emociones positivas o negativas que pueden influir en su motivación y en su capacidad de autorregulación en el futuro. Involucra dos acciones que se encuentran influidas directamente una de la otra y son: en primer lugar, el auto juicio que engloba

la autoevaluación y las atribuciones causales que genera; en segundo lugar, la auto reacción reflejada como autosatisfacción/afecto o bien inferencia adaptativa/defensiva.

El auto juicio es el proceso mediante el cual el alumno juzga su ejecución de la actividad y se compone de la autoevaluación (valoración que el alumno hace de su trabajo basándose en los criterios de evaluación). Los criterios de evaluación pueden establecerse de tres formas distintas (Bandura, 1986). A partir del conocimiento de los requisitos que exige la competencia a adquirir (criterio objetivo); segundo, a partir de los niveles anteriores de ejecución (criterio de progreso); y/o tercero, a partir de la ejecución de los demás (criterio de comparación social). En consecuencia, los estándares de valoración influyen en el tipo de atribuciones que realizan los alumnos (Zimmerman & Moylan, 2009). Las atribuciones causales son las explicaciones que el alumno se da a sí mismo sobre el éxito o el fracaso en la actividad. activan emociones que afectan a las expectativas e influyen en la motivación para futuras ejecuciones de la tarea.

La auto reacción corresponde a la serie de emociones positivas o negativas que se activan ante el éxito o fracaso y que influyen directamente en las modificaciones que el alumno realiza sobre sus expectativas de autoeficacia (Pintrich, 2000; Zimmerman, 2011). Por ello, como señalan Zimmerman y Moylan (2009), hay que considerar dos procesos en torno a la auto reacción: auto-satisfacción/afecto e inferencia adaptativa/ defensiva. El primero, autosatisfacción se define como las reacciones afectivas y cognitivas que el alumno tiene ante el modo en que se juzga a sí mismo (Zimmerman & Moylan,2009); las actividades que generan afectos positivos producen mayores niveles de motivación para futuras ejecuciones, mientras que las que generan efectos negativos suelen conducir a una evitación de la actividad (Bandura, 1991; Pintrich, 2000).

El segundo proceso es la realización de inferencias adaptativas o defensivas. Cuando se hace una inferencia adaptativa, la voluntad para volver a realizar la tarea se mantiene, ya sea usando las mismas estrategias o cambiándolas para tener mejor resultado, mientras que, si se hace una inferencia defensiva, se trata de evitar realizar la tarea para no sufrir un nuevo fracaso (Wolters, 2003a, 2003b). Podemos así notar con claridad que la actividad autorregulatoria es cíclica y se retroalimenta, teniendo el alumno en cuenta el resultado de la actividad cuando planifica la próxima ejecución que le permita lograr aprendizajes significativos para su formación hacia un profesional de calidad (Zimmerman, 2011).

El aprendizaje significativo es una teoría psicológica que considera el aprendizaje en el aula, donde toma en cuenta condiciones que existen para que el estudiante logre la adquisición, asimilación y retención de los contenidos en el aula, pero con la condición que adquiera un significado para el mismo (Ausubel citado en Rodríguez, 2004). En el aprendizaje significativo la metodología la componen clases teóricas, seminarios y talleres, clases prácticas, tutorías, estudio y trabajo autónomo, estudio de caso, resolución de ejercicios y problemas, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje cooperativo e incluso la creación de un espacio virtual, pudiendo utilizarse las metodologías de manera individual o combinada de acuerdo con el resultado de aprendizaje que se pretenda. La teoría de Ausubel del aprendizaje significativo puede emplearse en diversos contextos y en educación superior puede arrojar muy buenos resultados para que los estudiantes logren un vínculo de lo teórico con la vida profesional.

Es así, que al poner más atención las Universidades sobre el cambio de orientación en la enseñanza médica, se centran en darles un papel más activo a los estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje, de tal manera que, pasan de un modelo centrado en los contenidos a uno

en donde las actividades de aprendizaje se centran en el estudiante y son primordialmente significativas, llevando a la reflexión y a adquirir la responsabilidad en la construcción de su propio conocimiento. Esta transformación también propone revisar las metodologías docentes, es decir, el tipo de herramientas que se están empleando en la búsqueda de favorecer el desarrollo del pensamiento crítico-reflexivo. Esta búsqueda exige al docente ser partícipe de una autorreflexión respecto a sus acciones en su rol de docente, autoevaluar su metodología (De Miguel, 2005) para así poder transformar su práctica docente al implementar metodologías que fomenten las cualidades del aprendizaje autodirigido en sus estudiantes.

En la educación médica para formar profesionales de calidad se requiere que los estudiantes sean capaces de hacer reflexiones rigurosas sobre su rendimiento, y que los profesores sean capaces de crear ambientes más dinámicos, con mayor disponibilidad de recursos que les permitan unir el aprendizaje teórico con la práctica clínica. Se requiere enseñar habilidades metacognitivas para lograr aprendices estratégicos, personas autónomas que quieran controlar sus propios procesos de aprendizaje controlando desde la iniciativa del aprendizaje, el progreso y autoevaluación de los resultados obtenidos (Ibarra y Rodríguez, 2011; Lee, 2016). El papel del profesor, por lo tanto, es integrar en su práctica docente la utilización de métodos que insten al aprendizaje activo y colaborativo dentro del aula, del consultorio o cualquier escenario clínico donde se desarrolle un proceso de enseñanza aprendizaje para la formación de los médicos internos de pregrado; una de estas estrategias son el aprendizaje basado en problemas (ABP) (Lee, 2016).

Se reconoce que las metodologías utilizadas por los docentes se comportan como un elemento fundamental para fomentar el aprendizaje autodirigido en los estudiantes (González, 2012); las metodologías activas son las más apropiadas para conseguirlo; en el caso del aprendizaje

basado en problemas es uno de los métodos que más favorece el Aprendizaje Autodirigido (Chakravarthi y Vijayan, 2010; Malan, Ndlovu, y Engelbrecht, 2014), ya que promueve en los estudiantes sus habilidades de reflexión y pensamiento crítico (Amador et al., 2007). Tanto González (2012) como Roca (2013) afirman que el ABP fomenta que el estudiante tome la responsabilidad de su aprendizaje dando lugar a un proceso autodirigido y autónomo con la finalidad de desarrollar las diferentes competencias necesarias para el auto aprendizaje. También mencionan que el estudio de casos o problemas promueve que el estudiante sea el protagonista del proceso enseñanza-aprendizaje.

La concepción del paradigma del ABP, surge a finales de la década de los años 60 en la Mc Master University en Canadá, originalmente fue considerada como una metodología en la cual el punto de inicio es un problema o una situación problemática (detonante). Esta situación permite a los alumnos desarrollar hipótesis explicativas e identificar necesidades de aprendizaje que le permitan comprender mejor la situación planteada y cumplir con los objetivos de aprendizaje establecidos por el propio alumno.

Esta metodología favorece que los estudiantes desarrollen la capacidad para identificar problemas y áreas de oportunidad partiendo de una problemática real mediante la descripción del problema; el planteamiento de hipótesis y la necesidad de obtención de información específica para resolver, producir o demostrar, así mismo, identificar las fuentes de información útiles, mediante una exhaustiva búsqueda, plantear nuevas hipótesis y reafirmar las existentes, estimulando el análisis para la correcta toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y profilácticas favoreciendo la participación activa y efectiva del alumno en la construcción del conocimiento y en la posibilidad de desarrollar su propia capacidad de análisis y síntesis.

Elaborando, reconstruyendo y apropiándose del aprendizaje, con lo cual se promueve el aprendizaje significativo (Tapia, 2022) que es el objetivo fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos en formación.

Es bajo este método que el profesor, funge como facilitador, estimulador y orientador permanente; siendo principalmente el rol del docente el de un facilitador del proceso de aprendizaje del estudiante (Tapia, 2022). A través de acciones como: propiciar el debate, formular preguntas específicas que permitan el razonamiento lógico, favorecer el entorno de aprendizaje, promover la escucha activa, centrar la discusión en el análisis de las ideas y no en los estudiantes, evaluar de manera sumativa, reconocer que es el alumno el responsable directo de su propio proceso de aprendizaje y favorecer que los estudiantes tomen la responsabilidad de decidir sus propias estrategias de aprendizaje.

El aprendizaje basado en problemas (ABP) es una metodología que ha orientado la formación médica en los últimos años, sus paradigmas pedagógicos se apoyan en el aprendizaje significativo y constructivista (Tapia, 2022). La metodología aporta muchas ventajas para el proceso de enseñanza-aprendizaje, entre otras bondades, favorece los aprendizajes de la educación superior, garantiza el aprendizaje autodirigido y la educación médica continua. Para alcanzar estos beneficios se requiere una reorganización, actualización y sensibilización del perfil de quienes participan en el proceso activo de enseñanza y aprendizaje que les permita la incorporación de nuevos paradigmas educativos, encaminados hacia la innovación educativa.

RUTA CRÍTICA

“El poder del hombre de transformarse a sí mismo,
es decir, aprender,
es tal vez lo más impresionante de él”.
(Edward Thorndike, 1934)

Partiendo de la pregunta de indagación: **¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?** con la finalidad de definir el rumbo a seguir en la práctica docente, para la presente investigación se considera el modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje para identificar la fase en que se encuentran los estudiantes se analizó detalladamente cada uno de los procesos que se seguían para así construir una serie de características que nos permitieran identificar a nuestros estudiantes y así seguir una ruta crítica de innovación.

Las tres fases y sus procesos del modelo son las siguientes:

PRIMERA FASE: PLANIFICACIÓN

Primer proceso: El alumno analiza las características de las tareas.

Acciones durante el proceso	Elementos a identificar en los médicos internos de pregrado
<ul style="list-style-type: none">Identifica sus propias habilidades, los conocimientos que posee, así como las actitudes y motivaciones que asume ante la tarea. (autoevaluación).	<ol style="list-style-type: none">Identifica su actitud clínica.Conocimiento previo del tema.
<ul style="list-style-type: none">Establece objetivos-metas.	<ol style="list-style-type: none">Clarifica de acuerdo a sus necesidades de aprendizaje que quiere aprender.
<ul style="list-style-type: none">Realiza planeación estratégica; proyecta las estrategias que utilizara para alcanzar las metas.	<ol style="list-style-type: none">Utiliza técnicas didácticas dirigidas.Programa sus actividades académicas adecuándolas a su tiempo disponible.Aprovecha de manera efectiva el campo clínico.

Segundo proceso: El estudiante analiza el valor que la tarea tiene para sí mismo.

Acciones durante el proceso	Elementos a identificar en los médicos internos de pregrado
<ul style="list-style-type: none"> • El alumno sostiene la motivación a través de creencias, los valores, el interés y las metas personales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene una actitud positiva en clase. 2. Participa activamente. 3. Incorpora inquietudes al grupo y los involucra en la resolución de las mismas. 4. Se involucra en las actividades formativas propuestas. 5. Clarifica sus metas de aprendizaje.

SEGUNDA FASE: EJECUCIÓN

Primer proceso: El alumno se auto observa a través de procesos de auto monitorización y autorregistro.

Acciones durante el proceso	Elementos a identificar en los médicos internos de pregrado
<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de reconocer que está haciendo, qué piensa, qué siente y si es apropiado o no, para determinar si continua o modifica su conducta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se compromete con su proceso de aprendizaje. 2. Plantea sus intervenciones de forma argumentada con fundamentación en fuentes actualizadas. 3. Utiliza materiales didácticos y fuentes bibliográficas pertinentes. 4. Realiza entrevistas clínicas efectivas. 5. Reconoce factores de riesgo para la salud en casos clínicos. 6. Realiza una exploración física general de forma ágil, detallada y cuidadosa. 7. Explica utilizando un lenguaje adecuado sus hallazgos. 8. Identifica cuadros clínicos asertivamente. 9. Logra identificar y abordar todos los problemas del paciente. 10. Hace uso pertinente de los recursos en salud (laboratorios, estudios de gabinete, referencias).
<ul style="list-style-type: none"> • Compara lo que se está haciendo con algún tipo de criterio que permita valorar su ejecución (Autoevaluación). 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Establece un plan de tratamiento integral, diagnóstico correcto y seguimiento oportuno. 12. Forma equipos de trabajo colaborativo para la atención integral del paciente 13. Educa al paciente. 14. Se autoevalúa.

Segundo proceso: El estudiante mantiene autocontrol empleando estrategias específicas.

Acciones durante el proceso	Elementos a identificar en los médicos internos de pregrado
<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la motivación a través de creencias, los valores, el interés y las metas personales enfocándose en acciones específicas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestiona el tiempo para sus procesos de aprendizaje. 2. Comparte y discute sus dudas con sus compañeros y profesor en el ambiente de clase. 3. Busca ayuda para resolver sus dudas sea en campo clínico, discusión de casos o seminario. 4. Identifica la metodología de aprendizaje más efectiva para alcanzar sus metas.

TERCERA FASE: AUTO-REFLEXIÓN

Primer proceso: El alumno valora su trabajo.

Acciones durante el proceso	Elementos a identificar en los médicos internos de pregrado
<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce la actitud asumida ante las actividades del proceso de aprendizaje. 2. Realiza autocrítica sobre los resultados obtenidos. 3. Descubre sus errores. 4. Ajusta estrategias, horarios y actividades para abordar los retos académicos. 5. Reflexiona sobre sus fortalezas y debilidades. 6. Identifica el beneficio logrado por la atención brindada al paciente.

Segundo proceso: El estudiante analiza y explica las razones de los resultados obtenidos.

Acciones durante el proceso	Elementos a identificar en los médicos internos de pregrado
<ul style="list-style-type: none"> • Auto reacción 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolla el compromiso del estudio constante y permanente. 2. Mantiene un pensamiento crítico y reflexivo sobre su práctica clínica en su día a día.

Esta categorización de las actitudes, habilidades, destrezas y conocimientos que conforman los elementos enlistados en las tablas, deben estar presentes en los estudiantes durante los procesos de cada una de las fases del modelo cíclico de Zimmerman para el aprendizaje autorregulado; nos permite identificar en que proceso y por ende, en qué fase se encuentran los médicos internos de pregrado que rotan en la consulta externa de medicina familiar; dicha actividad únicamente se logra haciendo uso de la información que nos aporta el autorregistro de mi clase y así con los resultados obtenidos, como docente podré propiciar un ambiente educativo que además guiada por la ruta crítica de innovación, propicie el desarrollo del autoaprendizaje en los alumnos según el proceso cíclico para el aprendizaje autorregulado de Zimmerman.

FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

La búsqueda de la mejora en la calidad educativa demanda trabajar en un escenario en el cual se detone la participación activa de toda la comunidad educativa, impulsado principalmente por la reflexión continua de los docentes sobre su propia práctica; lo cual implica observar y cuestionarse sobre los motivos de cada uno de sus pensamientos, actitudes y acciones que se desarrollan dentro del aula (Rodríguez, 2001); tarea que no resulta sencilla puesto que analizarse a sí mismo de manera crítica para determinar que está operando en nuestra acción docente exige determinar con claridad si la práctica efectivamente educa o no.

Para poder hacer un análisis de su práctica educativa, el docente utiliza la metodología de la investigación – acción, partiendo de la premisa que el docente es quien más conoce de su propia práctica y por lo tanto, se convierte en el objeto de estudio con la intención de cambiar para mejorar; ya nos decían desde los trabajos pioneros de Stenhouse que la participación de los docentes en el proceso de la investigación educativa daba buenos resultados puesto que el docente es el único que puede operar los cambios necesarios para alcanzar una práctica que eduque; es decir, aquella en que operan transformaciones en el hacer, sentir y pensar del otro (Campechano, 2008).

Además como lo señala Cacho, (2012) el aprender a enseñar trae consigo una serie de elementos interpsicológicos que deben ser interiorizados por el docente para poder construir conocimientos educativos y para ello, debe de tener una formación permanente que le permita actualizar su práctica docente, desarrollar o potencializar el trabajo colaborativo, diseñar materiales didácticos y utilizar estrategias educativas que lo apoyen a él y a otros y otras docentes en las tareas cotidianas en el aula; así es como, a través de la investigación – acción el docente se

permite recuperar información de su práctica diaria para analizarla, reflexionarla y convertirla en un referente fundamental para el proyecto de innovación de su práctica docente con la finalidad de alcanzar el aprendizaje significativo.

El sicólogo social Kurt Lewin en la década de los 40's, considerado el fundador de la investigación- acción, concibió este tipo de metodología en la investigación como una práctica reflexiva social emprendida por personas que llevan a cabo una actividad colectiva en bien de todos, en la que interactúan la teoría y la practica en la determinación de posibles cambios en la situación de estudio para mejorarla. La cual se caracteriza porque no hay distinción entre quien y que investiga ni el proceso de la investigación (Restrepo, 2002). Pese a que han existido diversas aplicaciones sobre la investigación- acción en la historia; fue hasta la década de los 70' cuando Stenhouse clamó por una investigación educativa centrada en el interior de la escuela y realizada por los maestros.

John Elliot, alumno de Stenhouse, finalmente fue quien subrayó que la investigación- acción tenía que ver con los problemas prácticos cotidianos experimentados por los docentes y considera que el docente debe ser autocrítico a través de un proceso reflexivo de su propia práctica que lo oriente a hacer mejor las cosas; así aparece la propuesta de integrar en el docente los tres roles de investigador, observador y maestro dando origen al concepto de profesionalidad ampliada del docente (Restrepo, 2002). Esta posición demostró que esta metodología es investigación porque sigue los parámetros de búsqueda sistemática de conocimiento y es investigación-acción porque pretende una transformación de la práctica pedagógica del docente.

El docente en la metodología de investigación-acción figura como el protagonista en la formulación, desarrollo y evaluación de su proyecto. Se trata de un trabajo cuyo objetivo

primordial es la mejora continua mediante un proceso cíclico de análisis, reflexión, planeación y evaluación de la práctica pedagógica; fases que se repiten una y otra vez como un bucle en el tiempo cuyo fin se enfoca en transformar lo que ya se conoce para así mejorar la práctica. Este proceso cíclico consta de 3 fases: la primera es la deconstrucción de la práctica pedagógica del docente, la segunda corresponde a la reconstrucción o planteamiento de alternativas y finalmente la tercera es la evaluación de la efectividad de la práctica reconstruida (Restrepo, 2002).

En el primer paso o fase metodológico: la deconstrucción de la práctica pedagógica del docente; se analiza la práctica pasada y presente desde la retrospectiva siempre teniendo en cuenta los múltiples factores como la cultura, la comunicación, etc., que la influyen, con el objetivo de buscar la estructura de la práctica, sus raíces teóricas para identificarlas y someterla a crítica y mejora continua (Restrepo, 2002). Podemos así reconocer este proceso en la recuperación de la propia práctica a través de los registros; donde se puede hacer uso de algunos de instrumentos de la etnografía con la finalidad de tener la evidencia de la práctica docente para posteriormente poder analizarla, la autocrítica se presenta en el desarrollo de los micro ensayos y la interpretación del uso del habla, tiempo y espacio durante la caracterización de la práctica docente así como el análisis de los elementos constitutivos que comprenden la arqueología de la clase los cuales nos permiten llegar a una reflexión que transparente de lo que acontece en el aula para construir alternativas de transformación hacia la mejora de la práctica pedagógica del docente.

El término deconstrucción lo toma Restrepo, (2002) como un aporte del filósofo francés Derrida el cual lo considera como una forma de analizar en el presente una práctica docente ya desarrollada donde es importante volver inestable la estructura de la misma para poder readaptarla, o como Morin (1999) nos señala respecto a las ideas poseedoras que nos enajenan dirigiendo nuestro

pensamiento y acción; siendo la crítica y la autocrítica, propias de la investigación-acción las únicas que nos permiten descubrir nuestras debilidades pedagógicas y en catarsis reconocer profundamente las limitaciones de nuestro proceso pedagógico.

La segunda fase: reconstrucción en ella se pretende reafirmar lo bueno de la práctica complementando con nuevas propuestas de transformación de los aspectos débiles, inefectivos e ineficientes. Dice Schon (1983), es un proceso de reflexión en la acción con una situación problemática, a un conocimiento crítico y teórico. En este caso se parte de una pregunta de indagación a partir de la cual se establece una búsqueda intencionada de investigaciones previas que nos permitan identificar teorías que se vinculen con los objetivos planteados por el docente en la innovación de su práctica y así fundamentar la ruta crítica a seguir en la resolución de nuestra problematización.

La última fase corresponde a la evaluación de la práctica reconstruida y representa la oportunidad de reflexionar sobre los resultados obtenidos de la nueva práctica dando pie así a seguir dos alternativas: continuar con la práctica reconstruida o buscar nuevamente a través de la autorreflexión caminos que nos lleven al éxito en la innovación de la práctica docente y con ello permitir la transformación. Esto nos remonta al proceso cíclico que mencionamos caracteriza a la investigación-acción en el cual de manera permanente en cada una de sus fases se reflexiona, planea y evalúa para resignificar y transformar sus prácticas no exitosas (Restrepo, 2002).

Existen algunas orientaciones metodológicas dentro de la investigación-acción que nos sirven como punto de partida que podemos identificar a base de los siguientes cuestionamientos: ¿qué situación problemática de mi práctica me gustaría mejorar?, ¿cuáles son los elementos diagnósticos en dicha situación?, ¿en qué referentes teóricos apoyo mi propuesta de intervención?,

¿qué abarca mi planeación?, ¿cómo registro mi intervención y cómo evaluó los resultados? ¿qué puedo seguir haciendo? Aun siguiendo estas orientaciones no debemos olvidar que para legitimar el marco donde se genera la investigación-acción es fundamental el punto de vista de los propios docentes (Cacho, 2012).

Está descrito que la investigación educativa en torno al desarrollo profesional docente, convierte la práctica docente en un proceso de investigación-acción; (Cacho, 2012) visto como ese proceso de análisis, comprensión, reflexión, elaboración de estrategias, implementación y evaluación de acciones que conjuntamente a teorías, experiencias y perspectivas ya establecidas buscan explicar lo que ocurre en el aula para poder hacerle una transformación que lleve a caminos facilitadores de procesos de innovación para mejorar la calidad de la práctica pedagógica del docente. Teniendo como resultado un crecimiento crítico y emancipador de los profesores.

Hablando desde mis propias subjetividades la experiencia vivida hasta ahora; en este camino que arranco con esa mirada profunda dirigida a la reflexión de mi quehacer docente y tratando de ser muy franca utilizaré para describirlo una analogía. Diré de esta manera que lo he vivido como la experiencia de estar en el mar; con momentos en los que he transitado por un geniudo y total disfrute, la calma del agua, el entorno te hace respirar diferente, sentirte incluso como si justo estuvieras donde debes estar y eso te llena de satisfacción; pero de repente llegan olas, grandes olas que ponen el mar picado y entonces te revuelca, te empuja hacia donde no quieres ir y por supuesto te aterra.

Así es justamente como me he sentido durante estos meses; me experimenté revolcada cuando me percaté a través de la reflexión, de la realidad de mi práctica docente, mi tradicionalismo tan arraigado, la educación bancaria en potencia y la pasividad que mantenían los

estudiantes; secundario al entorno educativo en el que estaban insertos. Todo comenzó abrumadoramente; pero casi sin notar en que instante, hubo un giro en mi rumbo despertado por una necesidad insaciable de querer transformarlo todo, fue entonces, cuando se apoderaron también en mí el miedo al fracaso y a ser juzgada por el sistema. Tuve que reconocer profundamente cada etapa de mi investigación-acción para reconstruir y readaptar mi práctica docente. No ha sido fácil, ciertamente, pero sin duda lo volvería a hacer una y otra vez, porque los resultados observados hasta ahora, el crecimiento personal y el impacto reflejado en los estudiantes hace que valga la pena.

Referencias

Cacho-Alfaro, M. (2012). Enfoques metodológicos de la investigación educativa. CIIEEG

Castillo-Sanguino, N. (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 20(10). 7-18.
[http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia como metodo](http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia%20como%20metodo)
o

Chaves-Barboza, E., Rodríguez-Miranda, I. (2017). Aprendizaje autorregulado en la teoría sociocognitiva: Marco conceptual y posibles líneas de investigación. *Revista Ensayos Pedagógicos*. 12(2). 47-71. <http://dx.doi.org/10.15359/rep.12-2.3>

Elliot, J. (2000). La investigación-acción en educación. Morata.

González-Flores, P., & Luna de la Luz, V., (2019). La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Investigación en*

Educación Médica. UNAM. 8(30). 95-109.
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18165>

Graue-Wiechers, E., Sánchez-Mendiola, M., Durante-Montiel, I., & Rivero-Serrano, O. (2010).
Educación en las residencias médicas. Editores de textos mexicanos, S. A. de C. V.

Izquierdo-Martínez, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos.
Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación. 1(2), 67-86.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315005.pdf>

Márquez, U.C et al. (2014). Aprendizaje autodirigido y su relación con estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes de medicina. *Rev. méd. Chile, Santiago.* 142 (11). 1422-1430.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100009>.

Molina-Ávila, I.F. (2016). “Implementación del aprendizaje basado en problemas en clínica de periodoncia”. [Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud]. Universidad Autónoma De Sinaloa.

Panadero, E., & Tapia, J.A. (2014). ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Revisión del modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje. *Anales de Psicología Universidad de Murcia España.* 30(2). 450-462.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188008>

Papalia, D. E., Felman-Duskin R., & Mortorell, G. (2012). *Desarrollo Humano.* Mc. Graw Hill.

Pérez-Ávila, A.G. (2018). El aprendizaje autodirigido y sus efectos en el rendimiento académico en estudiantes de educación superior de la Universidad Autónoma de Sinaloa. [Tesis maestría]. Universidad Autónoma de Sinaloa.

- Ortega, R., Navarro, M., & Ríos, C. (2019). El Aprendizaje Basado en Problemas en el internado rotatorio de la Carrera de Medicina del Hospital Univalle. *Gaceta Médica boliviana*. 42(2). 106-111. <https://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/402>
- Restrepo-Gómez, B. (2002). Una variante pedagógica de la investigación – acción educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 100 (1). <https://doi.org/10.35362/rie2912898>
- Salas-Flores, R., & González-Pérez B. (2016). Implementación del día académico en médicos internos de pregrado. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54(3). 386-390. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457745710018/html/>
- Sánchez-Mendiola, M., Lifshitz-Guinzberg, A., Vilar-Puing, P., Martínez-González, A., Varela-Ruiz, M.E., & Graue- Wiechers, E. (2015). *Educación médica teoría y práctica*. Elsevier.
- Solórzano-Mendoza, Y.D. (2017). Aprendizaje autónomo y competencias. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 3(1). 241-253. <https://doi.org/10.23857/dc.v3i1.390>
- Tapia-Rodríguez R.A., Cortes-Roldan D.A., Cruz-Hernández P.A., Chávez-Martínez L.C., & Camacho-López S.M., Aprendizaje basado en problemas, un desafío para la praxis académica en medicina. *Publicación semestral, XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*. 10(19). 42-46. <https://doi.org/10.29057/xikua.v10i19.8113>
- Torrano, F., Fuentes J.L., & Soria, M. (2017). Aprendizaje autorregulado: estado de la cuestión y retos psicopedagógicos. *Perfiles Educativos IISUE-UNAM*. 39(156). 161-173. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2017.156.58290>

Zimmerman, B.J. (2008). "Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical back-ground, methodological developments, and future prospects". *American Educational Research Journal*. 44(1). 166-183. <https://www.revistadepedagogia.org/rep/vol81/iss285/6/>

Uc, L. (2003). *Entorno al análisis de la práctica docente*. México: ESENOG

RECONSTRUCCIÓN DE PREGUNTAS DE INNOVACIÓN CON BASE EN LAS PREGUNTAS DE INDAGACIÓN

PREGUNTA DE INDAGACIÓN

¿Qué estrategias educativas utiliza la maestra para que el médico interno de pregrado desarrolle habilidades, destrezas y actitudes para el abordaje integral del paciente?

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?

PREGUNTA DE INNOVACIÓN

¿De qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas empleada por la docente en los médicos internos de pregrado propicia que los estudiantes transiten del primer proceso de la fase de ejecución al primer proceso de la fase de autorreflexión?

PLAN DE INNOVACIÓN

Con base en la información recabada en el registro y utilizando como referente teórico el modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje, la pregunta de investigación se transforma en la siguiente pregunta de innovación: **¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas, empleada por la docente en los médicos internos de pregrado, propicia que los estudiantes transiten de la fase de ejecución (primer proceso) a la fase de autorreflexión (primer proceso)?**

PREGUNTA DE INNOVACIÓN

¿De qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas empleada por la docente en los médicos internos de pregrado propicia que los estudiantes transiten de la fase de ejecución (primer proceso) a la fase de autorreflexión (primer proceso)?

OBJETIVO GENERAL

Propiciar el aprendizaje autodirigido de los médicos internos de pregrado de la rotación de medicina familiar en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León mediante la implementación del aprendizaje basado en problemas con el fin de que transiten de la fase de ejecución a la fase de auto reflexión para fortalecer conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de los estudiantes.

Lograr a través de la metodología basada en problemas, implementada por la docente, que los médicos internos de pregrado transiten de la fase de ejecución a la fase de auto reflexión en el aprendizaje autorregulado.

Transitar de la fase de ejecución a la fase de auto reflexión del aprendizaje autorregulado en los médicos internos de pregrado a partir de la estrategia aprendizaje basada en problemas implementada por la docente.

JUSTIFICACIÓN

Sin duda, la razón de ser de todos los sistemas educativos es, el estudiante, todas las acciones de la práctica docente giran alrededor de los alumnos, que son los personajes principales de esta obra; en la educación médica centrar nuestra labor en el médico en formación debe reconocerse como la tarea más importante en todos los que estamos involucrados en el proceso de enseñanza-aprendizaje; la participación activa del alumno es fundamental para el éxito de los programas, proyectos e iniciativas educativas; el mejor programa puede debilitarse si no se logra este involucramiento.

Pero resulta necesario precisar que cuando hablamos de la educación centrada en el estudiante dentro de la medicina, se debe hablar de un alumno autorregulado; es decir que sea capaz de identificar sus propias habilidades, conocimientos, actitudes y motivaciones ante el aprendizaje; establezca sus objetivos y metas, a través de los cuales planea estratégicamente sus tiempos y actividades, logre mantenerse motivado permanentemente para esto último requiriendo que el estudiante sea capaz de autoevaluarse bajo un enfoque crítico reflexivo. Todo lo anterior es lo que permite que los médicos en formación sean profesionales de calidad.

La práctica docente en medicina, entonces requiere que el docente sea capaz de reconocerse en su rol de colaborador del propio proceso del estudiante; de ahí que el uso de estrategias activas y colaborativas, como el aprendizaje basado en problemas, que propician la autorregulación se incrusta en las acciones docentes como una pieza clave, elemental o más bien deberíamos decir, fundamental para que se alcance el éxito. La medicina nos demanda médicos capaces, con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes integradas en un todo, dando como resultados profesionales comprometidos con la atención de calidad hacia sus pacientes.

IMPACTO

A partir de la ruta crítica determinada por el modelo cíclico de Zimmerman para trabajar el desarrollo del aprendizaje autorregulado en los médicos internos de pregrado y, con base en los registros de observación de la propia práctica docente que permitió la identificación de la fase en que se encuentran mis estudiantes y bajo el compromiso constante con la mejora continua se decide hacer uso de las estrategias de enseñanza- aprendizaje que han brindado mejores resultados para propiciar aprendizajes significativos en los estudiantes.

Se considera primordial propiciar ambientes educativos de confianza que permitan a través del uso de la estrategia de aprendizaje basado en problemas al estudiante trabajar de manera colaborativa sobre análisis de casos clínicos simulados, búsqueda intencionada de material bibliográfico para discusión dirigida y argumentada de artículos de investigación científica, desarrollo de entrevistas clínicas controladas que permitan de manera permanente la utilización estructurada, ordenada y efectiva de los elementos que componen la nota médica e historia clínica.

El uso dirigido de metodologías educativas como el aprendizaje basado en problemas resultan muy pertinentes para el abordaje de los contenidos que involucran los principales motivos de atención médica en la consulta externa de medicina familiar conlleva a que los estudiantes a través de sus conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, logren interpretaciones correctas en escenarios clínicos dirigidas a establecer un diagnóstico correcto y un plan de manejo bajo un enfoque preventivo que brinde atención de calidad a los pacientes.

EFEECTO

Ya que el sistema educativo en salud busca que se forme profesionales de calidad y para lo cual es imprescindible que los estudiantes sean capaces de hacer rigurosas reflexiones sobre su

rendimiento, se espera que las acciones de innovación implementadas por la docente fortalezcan procesos de auto monitorización, autorregistros y auto observación en el médico interno de pregrado acerca de su propio aprendizaje y así al reconocer que está haciendo, qué le resulta apropiado, pertinente; para alcanzar las metas propuestas determine en el estudiante si continua o modifica su conducta. Debiéndose mantener el autocontrol, la motivación y por supuesto un proceso autorreflexivo permanente sobre su aprendizaje; asumiendo una actitud crítica y ajustando estrategias, horarios y actividades que le permitan enfrentar todos los restos académicos.

DISEÑO DE UNA CLASE INNOVADORA

La presente planeación atiende a los resultados encontrados en la ruta crítica aplicada a la sesión registrada en la clase de la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP desarrollada el 25 de octubre del 2023 por los médicos internos de pregrado rotantes en el servicio de medicina familiar de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León; en donde se determinó que la mayoría de los estudiantes se encontraban en la fase de ejecución del modelo cíclico de Zimmerman por lo que a partir de la implementación del proyecto de intervención innovadora se pretende que los alumnos transiten a la fase de autorreflexión.

Para ello utilizando la estrategia de aprendizaje basado en problemas se diseñó una clase organizada en 3 sesiones con una duración total de cinco horas para abordar los temas de: la relación médico-paciente, la entrevista clínica y la nota médica en consulta externa de medicina familiar; conectándose uno con el otro a través de investigación, análisis y reflexión de situaciones reales, casos simulados y notas médicas.

Programa	ROTACION DE PREGRADO	Nombre UDA:	ROTACIÓN EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR		
		Horas totales del curso:	5 HORAS		
Docente:	Nombre y apellidos	Colegio o institución		Firma	
	Isabel Sánchez Márquez	CMF LEÓN ISSSTE			
BLOQUE I		Tema: La relación médico-paciente	Tiempo: 1hrs Sesiones: 1		
Objetivo: Que el médico interno de pregrado sea capaz de establecer una adecuada relación médico-paciente durante la atención de la consulta externa en medicina familiar.		Competencia(s): El alumno establece relaciones médico-paciente que le permiten durante la atención del paciente en la consulta externa de medicina familiar establecer un diagnóstico correcto y un plan de manejo oportuno e integral con enfoque de riesgo.			
OBJETIVOS (poner el general del bloque)	PROCESO DEL ALUMNO	Indicadores de desempeño	Evidencias de logro	Instrumentos de evaluación	Recursos didácticos
Objetivo Inicial: El estudiante describe conceptos clave, relevancia y elementos que conforman la relación médico-paciente.	El estudiante investiga los conceptos clave en guías de práctica clínica y artículos científicos recientes. El alumno argumenta lo investigado de manera clara, precisa y pertinente.	Análisis Claro y pertinente de la información investigada. Intervenciones sustentadas en fuentes de información	Argumenta durante la discusión dirigida Descripción de experiencias de la práctica diaria	Examen diagnóstico de preguntas abiertas Guía de observación	Computadora, pantalla, internet, pizarrón, gis, borrador, examen escrito
Objetivo Intermedio: El estudiante reflexiona sobre los conceptos de comunicación efectiva, la escucha activa y las experiencias personales en las relaciones médico-	El estudiante investiga los conceptos El alumno reflexiona con enfoque crítico su práctica clínica.	Intervenciones pertinentes sobre los contenidos. Se debe observar en el estudiante reflexión crítica de las	Presentación detallada de los conceptos clave. Exposición reflexiva de experiencias personales	Rúbrica Guía de observación	Computadora, pantalla para presentación de Power point, presentación, diálogo,

paciente durante su práctica clínica.		experiencias personales expuestas			discusión dirigida,
Objetivo Final: El estudiante anticipa los obstáculos en una relación médico-paciente y la presencia del paciente difícil.	El estudiante aplica conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar una adecuada relación médico-paciente en casos especiales.	Se debe observar en el estudiante conocimientos, habilidades y destrezas para establecer relaciones médico-paciente efectivas en todos los escenarios clínicos posibles.	Crítica reflexiva sobre su práctica clínica en la atención del paciente	Rúbrica Lista de cotejo Examen con material lúdico	Consultorio médico, expediente clínico, paciente.
Ambiente de aprendizaje	Información: El estudiante debe conocer la definición, elementos esenciales y los obstáculos en la relación médico-paciente.		Interacción: El docente de forma inicial se encarga de asignar el tema de clase a uno de los estudiantes, conduce el cumplimiento de los objetivos posteriormente actúa como un facilitador del aprendizaje apoyando en las dudas y como moderador de la discusión dirigida. El alumno se convierte en un investigador de los conceptos clave del tema. Durante todo el proceso participa activamente en la discusión dirigida con argumentos fundamentados y reflexión de experiencias personales. y finalmente empleando conocimientos, habilidades y destrezas aprendidas desarrolla una adecuada relación médico-paciente en casos especiales.		
	Producto: Trabajo de investigación de los conceptos clave en guías de práctica clínica y artículos científicos recientes. Presentación expositiva Análisis y reflexión crítica de experiencias personales en la práctica clínica. Análisis y reflexión crítica de casos especiales en la consulta externa de medicina familiar.		Exhibición: Evidencia física o digital de bibliografía consultada Discusión grupal de conceptos clave Presentación de power point Exposición crítica reflexiva de experiencias vivida Interpretación de casos especiales en casos reales de la consulta externa de medicina familiar		
¿Quién evalúa? ¿Cuándo? ¿Cómo?	Autoevaluación con el examen diagnóstico inicial, Coevaluación durante la exposición de conceptos clave a través de una rúbrica y heteroevaluación durante toda la sesión a través de guía de observación, lista de cotejo y evaluación final lúdica				

Criterios de evaluación	Trabajo de investigación: 25%, argumentación en clase 25%, reflexión crítica de experiencias 25%, Exposición 25%
--------------------------------	--

BLOQUE II		Tema: La entrevista clínica	Tiempo: 2 hrs Sesiones: 2		
Objetivo: Que el médico interno de pregrado durante la consulta externa de medicina familiar desarrolle correcta y sistematizadamente la entrevista clínica.		Competencia(s): El alumno ejecuta entrevistas clínicas adecuadas que le permiten establecer relaciones médico-pacientes efectivas para obtener diagnósticos correctos y plan de manejo integral durante la atención de pacientes con los principales motivos de consulta externa en medicina familiar.			
OBJETIVOS (poner el general del bloque)	PROCESO DEL ALUMNO	Indicadores de desempeño	Evidencias de logro	Instrumentos de evaluación	Recursos didácticos
Objetivo Inicial: El estudiante describe detalladamente el concepto, utilidad, estructura y estrategias acerca de la entrevista clínica.	El estudiante investiga los conceptos clave en guías de práctica clínica y artículos científicos recientes. El alumno expone lo investigado de manera clara, precisa y pertinente.	Expone clara y pertinente la información investigada. Ejemplos sustentados en fuentes de información	Presentación en power point	Examen oral de preguntas abiertas para indagación diagnóstica. Rúbrica	Computador, pantalla para presentación de power point, material digital, internet.
Objetivo Intermedio: El estudiante reflexiona sobre los tipos de técnicas para la entrevista clínica, así como las experiencias clínicas durante su práctica clínica.	El estudiante investiga las diferentes técnicas en las fuentes bibliográficas. El alumno reflexiona con enfoque crítico sobre las experiencias clínicas durante su práctica clínica.	Expone detalladamente cada una de las técnicas. Se debe observar en el estudiante reflexión crítica de la pertinencia de las técnicas empleadas durante las experiencias clínicas	Presentación en power point o prezi de las técnicas ejemplificadas en casos clínicos. Exposición reflexiva de experiencias personales	Rúbrica	Computador, pantalla para presentación de power point, material digital, diálogo grupal, discusión dirigida,
Objetivo Final: El estudiante aplica una entrevista clínica a paciente simulado.	El estudiante aplica conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar realizar una adecuada entrevista clínica en paciente simulado	Utilizando sus conocimientos, habilidades y destrezas construye una entrevista clínica bien estructurada	Uso óptimo de estrategias y técnicas en atención a las particularidades del caso clínico simulado correspondiente	Lista de cotejo Rúbrica	Consultorio médico, expediente clínico, paciente simulado.
Ambiente de aprendizaje	Información: El estudiante debe conocer el concepto, estructura y técnicas de la entrevista clínica.		Interacción: El docente de forma inicial se encarga de asignar el tema de clase a uno de los estudiantes, conduce el cumplimiento de los objetivos posteriormente actúa como un facilitador del aprendizaje apoyando en las dudas y como moderador de la		

		<p>discusión dirigida para la reflexión crítica de experiencias clínicas.</p> <p>El alumno se convierte en un investigador minucioso del tema. Durante todo el proceso participa activamente en la reflexión crítica de experiencias clínicas y finalmente empleando conocimientos, habilidades y destrezas aprendidas aplica una entrevista clínica completa y adecuada en caso clínico de paciente simulado.</p>
	<p>Producto:</p> <p>Trabajo de investigación del tema en referente bibliográfico y artículos de investigación científica.</p> <p>Presentación expositiva.</p> <p>Análisis y reflexión crítica de experiencias clínicas.</p> <p>Entrevista clínica completa y adecuada de caso clínico asignado con paciente simulado.</p>	<p>Exhibición:</p> <p>Evidencia física o digital de bibliografía consultada.</p> <p>Presentación de power point.</p> <p>Discusión dirigida con enfoque crítico reflexivo de experiencias clínicas.</p> <p>Reporte escrito de la entrevista clínica de caso clínico con paciente simulado.</p>
<p>¿Quién evalúa? ¿Cuándo? ¿Cómo?</p>	<p>Autoevaluación con el examen diagnóstico inicial, Coevaluación durante la exposición del tema y la observación de la entrevista clínica aplicada en la atención del caso clínico de paciente simulado a través de rubricas y heteroevaluación durante toda la sesión a través lista de cotejo y rubrica</p>	
<p>Criterios de evaluación</p>	<p>Trabajo de investigación: 15%, reflexión crítica de experiencias clínicas 15%, entrevista clínica de paciente simulado 70%</p>	

BLOQUE III		Tema: La nota médica en la consulta externa de medicina familiar	Tiempo: 2 hrs Sesiones: 2		
<p>Objetivo: Que el médico interno de pregrado durante la atención del paciente en la consulta externa de medicina familiar se capaz de elaborar notas medicas usando el formato PSOAP que detallen la exploración física, interpretación de hallazgos, diagnóstico y un plan de manejo integral.</p>		<p>Competencia(s): El alumno construye notas médicas adecuadas utilizando el formato PSOAP que le permitan establecer diagnósticos correctos y plan de manejo integral durante la atención de pacientes con los principales motivos de consulta externa en medicina familiar.</p>			
OBJETIVOS (poner el general del bloque)	PROCESO DEL ALUMNO	Indicadores de desempeño	Evidencias de logro	Instrumentos de evaluación	Recursos didácticos
<p>Objetivo Inicial: El estudiante describe el concepto, utilidad e importancia y soporte legal de la nota médica, así como el uso del método PSOAP durante la entrevista clínica.</p>	<p>El estudiante investiga los conceptos clave en guías de práctica clínica y artículos científicos recientes. El alumno expone lo investigado de</p>	<p>Expone clara y pertinente la información investigada. Presenta ejemplos de notas médicas de casos reales.</p>	<p>Presentación en power point. Presentación confidencial de notas médicas.</p>	<p>Rubrica</p>	<p>Computadora, pantalla para presentación de power point, material digital, internet,</p>

	manera clara, precisa y pertinente.				material impreso, copias
Objetivo Intermedio: El estudiante describe las notas médicas investigadas en diferentes expedientes clínicos	El estudiante identifica la estructura en diversas notas médicas en expedientes clínicos. El alumno reflexiona con enfoque crítico sobre los hallazgos.	Se debe observar en el estudiante reflexión crítica de la estructura e información proporcionada en la nota médica.	Exposición reflexiva de las observaciones realizadas en la nota medica estudiada.	Lista de cotejo Rubrica	Expedientes clínicos diálogo grupal, discusión dirigida, Consultorio médico, expediente clínico, paciente real
Objetivo Final: El estudiante durante una entrevista clínica a paciente simulado utiliza el método PSOAP para elaborar su nota médica.	El estudiante aplica conocimientos, habilidades y destrezas para elaborar una nota medica utilizando el PSOAP	Uso óptimo del método PSOAP en la nota médica	Nota médica estructurada que contenga un diagnóstico correcto y plan de manejo integral.	Lista de cotejo Rubrica	
Ambiente de aprendizaje	Información: El estudiante debe conocer el concepto y soporte legal de la nota médica en la atención del paciente durante la consulta externa de medicina familiar.		Interacción: El docente de forma inicial se encarga de asignar el tema de clase a uno de los estudiantes, conduce el cumplimiento de los objetivos posteriormente actúa como un facilitador del aprendizaje apoyando en las dudas, como moderador de la discusión dirigida para la reflexión crítica de notas médicas y guía el proceso de atención clínica del paciente real. El alumno se convierte en un investigador minucioso del tema. Durante todo el proceso participa activamente en la reflexión crítica de notas medicas en expedientes clínicos reales y finalmente empleando conocimientos, habilidades y destrezas aprendidas desarrolla una nota medica con el método de PSOAP durante la entrevista clínica completa de un paciente real en la consulta externa de medicina familiar.		
	Producto: Trabajo de investigación del tema en referente bibliográfico, artículos de investigación científica y expedientes clínicos de casos reales. Presentación expositiva. Análisis y reflexión crítica de notas médicas. Nota médica producto de la entrevista clínica de caso real.		Exhibición: Evidencia física o digital de bibliografía consultada y expedientes clínicos. Presentación de power point. Discusión dirigida con enfoque crítico reflexivo de notas médicas. Reporte escrito de la nota médica		

¿Quién evalúa? ¿Cuándo? ¿Cómo?	Coevaluación durante toda la sesión a través lista de cotejo y rubrica
Criterios de evaluación	Trabajo de investigación: 20%, exposición 20%, reflexión crítica de notas médicas 20%, nota médica estructurada 40%

CRITERIOS DE EVALUACIÓN FINAL		BIBLIOGRAFÍA BÁSICA
Trabajo de investigación	25%	Avalos Carranza M., 2012. <i>Intervención familiar. Su manejo en la consulta subsecuente</i> . Primera edición. Editorial Corinter
Exposición y reflexión crítica	25%	Hernández Torres I., Hamui Sutton. L., Navarro García, A. M y Valencia Islas Y., 2013. <i>Comunicación médico-paciente en medicina familiar</i> . Primera edición. Editorial Prado.
Nota médica estructurada	50%	Huerta González J. L., 2005. <i>La familia en el proceso Salud-enfermedad</i> . Primera edición. Editorial Alfil.
		Membrillo Luna A., Fernández Ortega M.A., Quiroz Pérez, J. R y Rodríguez López J. L., <i>Familia. Introducción al estudio de sus elementos</i> . Primera edición. Editores de textos mexicanos.

INTRODUCCIÓN A LA TERCERA FASE

“Innovación de la práctica docente”

La implementación de un plan de innovación para mi clase como docente de formación médica, se ha acompañado de transformaciones fundamentales en los procesos de enseñanza-aprendizaje que a través del uso de la estrategia de aprendizaje basada en problemas fueron directrices de dos objetivos fundamentales: promover un entorno educativo adecuado que indujera al alumno a visibilizarse como el protagonista de su aprendizaje, corresponsable de sus procesos y asumiendo su compromiso permanente para su formación educativa; de igual manera la clarificación de mi rol docente, es decir, fortalecer mi papel como profesora que orienta, facilita y motiva el desarrollo del aprendizaje autodirigido en sus estudiantes.

Estos objetivos se lograron gracias al desarrollo e implementación de un plan de innovación, a través de una planeación estructurada e intencionada de clase; cuyos resultados fueron documentados con la intención de emitir juicios de valor para la toma de decisiones que impactarán en el futuro de mi práctica docente y dejarán huella en la evolución formativa del aprendizaje autodirigido de mis estudiantes; siendo además un referente para el análisis del funcionamiento de los procesos educativos que se ponen en marcha durante la rotación de los médicos internos de pregrado por el servicio de medicina familiar.

Habrá que reconocer que no ha resultado una tarea sencilla; dado que en la formación médica la modificación de un elemento suele incidir en otros componentes del sistema y resulta necesario contemplar estas interacciones para lograr que la comunidad académica se apropie de lo nuevo y se alcancen los propósitos deseados; esto demanda alinear las prácticas docentes de los diferentes servicios por donde los estudiantes hacen rotación clínica haciendo uso de planes de innovación con objetivos claros que involucren a todos los factores para que la probabilidad de conseguir el aprendizaje autodirigido en los estudiantes sea mayúscula.

Finalmente, es importante hacer notar que la implementación de mi plan de innovación fue pertinente y atiende a lo que demanda la práctica médica actual y del futuro; una educación médica con estrategias educativas activas que permitan una práctica médica cuyos roles del profesional de salud sean claros y la formación médica cuente con cualidades que aseguren un profesional competente.

MICRO-ENSAYO INNOVACIÓN PRIMER ORDEN

“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción”

Paulo Freire (1996)

Nuevamente estoy aquí con la oportunidad de identificar todas las peculiaridades que dan identidad propia a los procesos de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan en el aula durante mi práctica docente; estas condiciones surgen de la investigación detallada realizada sobre mi propia práctica a través de la observación y análisis del registro de mi clase; con lo cual he congelado las situaciones para reconstruirlas mientras las analizo y me adentro de manera crítica en la revisión de esta actividad compleja como lo es; la educación médica en los estudiantes de pregrado, la cual persigue como objetivo principal establecer una conexión entre la teoría y la práctica médica que permita un desarrollo profesional competente y de calidad en los estudiantes.

Este quinto registro me ha permitido revisar de manera detallada y bajo un enfoque crítico reflexivo la primera parte de mi plan de innovación; el cual es producto de una planeación didáctica intencionada para abordar el tema de dislipidemias con los médicos internos de pregrado rotantes en el servicio de medicina familiar; la relevancia que tiene este proceso sobre mi autodescubrimiento en mi rol docente es que me lleva a aprender sobre lo vivido, entendiendo los procesos de mis realidades; descubriendo mis aciertos y errores para poder transformar mis acciones y seguir reconstruyendo mi proyecto de innovación y así lograr ser una profesora que actué como facilitadora, orientadora y motivadora del aprendizaje autodirigido en el médico interno de pregrado, es decir, que el estudiante se convierta no solo en el protagonista de su aprendizaje, sino que lo haga de forma consciente y responsable.

En esta ocasión el análisis de esta primera parte de mi proyecto de innovación durante el registro de mi práctica docente, se hizo con la identificación de los seis elementos constitutivos

modelo, contenido proceso cognoscitivo, intersubjetividad y contexto, los cuales se convierten en categorías de análisis que me abren camino a la reflexión profunda de mis acciones como docente; la determinación de la arqueología de mi clase que le da figura a los puentes conectores de cada uno de los elementos y los transforma en una retrato de mi quehacer diario, por supuesto se realizó la identificación de las fases de la lógica de la significación así como el reconocimiento de la interacción que mantiene cada elemento dentro de los procesos de enseñanza-aprendizaje en mi aula para contribuir en que se desarrolle en el estudiante la transición de la fase de ejecución a fase de autorreflexión de la ruta crítica del aprendizaje autodirigido.

Contextualización

Mis actividades como docente las desarrollo en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, que es una institución escuela que de forma permanente recibe médicos estudiantes provenientes de diferentes universidades, quienes mientras cursan su año rotatorio de pregrado en el Hospital Regional ISSSTE y Hospital Ángeles realizan con nosotros su rotación clínica por el servicio de medicina familiar; así durante dos meses se planean una serie de actividades clínico-académicas para ellos, que les permiten aplicar e integrar los conocimientos adquiridos en años previos y ejecutar destrezas, habilidades y actitudes necesarias para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos que con mayor frecuencia se abordan en el primer nivel de atención en salud (Salas & González, 2016).

Durante su permanencia en nuestra unidad los médicos internos de pregrado, tienen la posibilidad de colaborar en la consulta externa, participar en seminarios académicos para la revisión temática del programa académico, apoyados en investigación bibliográfica pertinente y análisis de casos clínicos; la transformación de mi práctica docente me ha llevado a incorporar la estrategia de la metodología del aprendizaje basado en problemas, como elemento crucial para promover situaciones de aprendizaje que propicien el pensamiento reflexivo y crítico en los

estudiantes, así como adoptar mi rol de orientador y ejercer la función de andamiaje en el proceso de aprendizaje que realiza el alumno, de tal manera, que progresivamente sea más autodirigido (Pérez, 2018) en sus procesos de enseñanza-aprendizaje.

En esta ocasión los médicos internos de pregrado que fueron asignados a rotar durante el periodo de enero a febrero del 2024 inicialmente el grupo estaba conformado por 6 médicos: tres mujeres y tres hombres, provenientes de la Universidad Autónoma de Guadalajara y la Universidad de San Luis Potosí; sin embargo, se agregaron dos médicos nuevos provenientes de la Universidad Bienestar Benito Juárez quedando una rotación de ocho estudiantes: cuatro mujeres y cuatro hombres. Las actividades que desarrollan durante su permanencia son: de 7:00am a 12:00pm atención clínica en el consultorio médico asignado para observar y participar activamente con todas las acciones desarrolladas directamente con el paciente atendido; diariamente en horario de 12:00 a 13:00pm participan en las sesiones académicas programadas en las cuales se abordan los principales temas de salud atendidos en la consulta externa de medicina familiar.

Es importante señalar que en estas últimas semanas ha sido complicado desarrollar nuestras clases; ya que un gran número de estudiantes se han reportado con pruebas para Sars-covid e influenza tipo B positivas, lo que nos obligó a retomar el uso del cubrebocas; reducir la interacción interpersonal y ha aumentado la preocupación sobre la reactivación de nuevos casos con los diagnósticos mencionados. A este escenario se suma un aumento en la carga de trabajo hospitalario para los estudiantes; pues su participación durante las guardias suele ser más extenuante por la ausencia de algunos de sus compañeros; propiciando que su estado físico y mental sea de fatiga crónica y por consecuencia reduce su nivel de motivación en las clases.

Contenido

El quinto registro de clase lo realicé el 12 de febrero del 2024 dentro del aula 2 de la CMF ISSSTE León; comencé a las 12:00pm con la presencia únicamente de dos estudiantes y mi persona; tomé la decisión de esperar por diez minutos ya que, el resto de los alumnos continuaban en su servicio de rotación. En esta sesión académica se tenía programado el tema de dislipidemias con los siguientes propósitos: que el médico interno de pregrado (MIP) identificara el concepto, los criterios diagnósticos y clasificación de las dislipidemias, su correcto manejo farmacológico y no farmacológico, las acciones de prevención primaria y secundaria para discutir con argumentos experiencias de casos clínicos manteniendo, en todo momento, una actitud reflexiva respecto a los resultados obtenidos de su desempeño clínico a través de evaluar sus errores, fortalezas y debilidades durante el desarrollo del tema.

El esqueleto de mi sesión se estructuro en cinco momentos el saludo, autoevaluación diagnóstica, análisis de resultados, exposición del tema y conclusiones. El momento del saludo de bienvenida; forma parte de mi modelo, como un momento para proveer un ambiente propicio para la enseñanza-aprendizaje, al adoptar una actitud cordial con los estudiantes lo cual contribuye a reducir el sentimiento de nerviosismo; ya que se brinda la oportunidad para preguntarnos como estuvo nuestro día, observar las condiciones físicas y emocionales con que llega el estudiante al espacio del aula; a partir de lo cual puedo además ir caracterizando la situación inmediata del grupo (simultaneidad) y de ser necesario tomar decisiones. Según Graue et al., (2010): “el ambiente físico, social y las variables del contexto modifican, la capacidad de aprender de los alumnos” (p.150) por ello me permito iniciar bajo un ambiente relajado con actitud receptiva entre mis alumnos.

/saludo a cada uno de ellos y les pregunto por el resto de sus compañeros a lo cual responden que aún siguen en su servicio de rotación. Llega Francisco deja su mochila y vuelve a salir; al ver que el resto de los estudiantes no llegan; escribo un mensaje de texto en el grupo de WhatsApp informándoles que la tolerancia para dar inicio con la clase será

únicamente de 10 minutos. Mientras se van incorporando lentamente los estudiantes que faltaban, se establece un diálogo informal donde comparten algunas experiencias los que se encuentran de postguardia, al llegar Francisco comenta que no ha comido nada/ (R.5, p.271, 12/02/24).

Según Rogers (1964): Si puedo crear una relación que, de mi parte, se caracterice por: una autenticidad y transparencia... Entonces, el otro individuo... logrará cada vez mayor integración personal y será más capaz de funcionar con eficacia (p.47). Esto se hace evidente durante la charla informal que mantienen los estudiantes, así como la expresión al compartirnos que tenía hambre; siendo una muestra de la necesidad que tiene el propio estudiante de medicina de contar con escenarios académicos que le brinden un escenario propicio al auto reconocimiento de necesidades propias e individuales que coexisten a sus formación médica continua.

/Mientras estoy hablando paso a sus lugares para entregarles una prueba escrita donde contestarán su autoevaluación diagnóstica/

Ma: “¿qué haces?”

Ao: “buscando una pluma por aquí, estoy viendo esta que está muy grande para ver si funciona, tengo un lápiz infinito”

Ma: “tiempo de pararse, no tiempo para ir a comprar no sé...” (R.5, p.272, 12/02/24).

El contexto que viven los médicos internos de pregrado, ligado a la fatiga física y emocional resultado de las largas jornadas en trabajo hospitalario, los mantiene distraídos y en muchos momentos desmotivados por tener sesiones de clase, es decir, ellos preferirían ir a dormir, sin embargo, la enseñanza clínica se torna como las oportunidades más importantes para la formación profesional en medicina, siendo necesario que este problema de contexto sea identificado por el profesor para que su planeación docente promueva utilizar todos los recursos necesarios que despierten el interés y motivación del alumno (Graue et al., 2010).

Ma: “entonces, quiero que de alguna manera muy general que me compartan alguno de ustedes si hubo alguna pregunta que definitivamente no tienen la mínima idea”

Ao: “la seis”

Ma: “¿la seis Francisco?”

¿cuáles son las metas de control bioquímico en los pacientes con dislipidemias? ¿nada? Ni si quiera así que digas bueno”

Ao: “no recuerdo”

Ma: “no recuerdas nada, ¿al menos recuerdas a qué factores bioquímicos nos tenemos que referir cuando hablamos de metas? ¿a qué valores? Ya no hablo de la cantidad, si no, ¿de qué parámetros?”

Ao: “valores sobre el nivel del LDL y HDL y todo eso?” (R.5, p.273, 12/02/24).

La transformación de mi práctica docente persigue lograr aprendizajes significativos en mis estudiantes, y ya que el aprendizaje basado en problemas es una metodología que en función de su dinamismo fomenta el juicio crítico y la responsabilidad del estudiante por su propia construcción del aprendizaje (Tapia, 2022). En esta viñeta que corresponde al momento de análisis de resultados de la autoevaluación diagnóstica; nos clarifica con el actuar del estudiante como se enfoca en el problema a resolver por sus conocimientos y realiza la auto reflexión de los mismos, dando oportunidad de que todo el grupo conociera sus ideas y se percataran de sus lagunas académicas (Zimmerman & Moylan, 2009).

Ao: “no, yo no recuerdo, de hecho, también me equivoqué ahí en esa”

Ma: “¿alguien? ¿tú Luis?”

Ao: “mmm, creo que era, bueno, no esa no la tengo yo tampoco”

Ma: “pero, ¿tú qué crees?”

Ao: “pero creo, bueno, en las anteriores, pues en una se eleva solamente el colesterol y aumenta triglicéridos, en otra disminuye el HDL y eleva los dos, entonces en este caso, creo que hay una por ejemplo una reacción inflamatoria en el paciente y que tiende ahí a aumentar triglicéridos y el colesterol total, disminuye el HDL”

Ma: “disminuye el HDL, ¿por qué nos preocupa si el HDL está abajo?”

Aa: “porque incrementa nuestro riesgo aterogénico” (R.5, p.274, 12/02/24).

Lo anterior da cuenta del rol que desempeño como facilitadora y orientadora permanente del proceso de aprendizaje en el estudiante, mis intervenciones propician el debate y detonan el razonamiento lógico, el análisis de las ideas para que el médico interno reconozca sus competencias y asuma un compromiso utilizando sus propias estrategias de aprendizaje (Tapia, 2022), el primer proceso de la fase de auto reflexión de Zimmerman (2008) plantea el hecho de que el estudiante logre identificar sus errores y reflexione sobre los resultados obtenidos de su actuar clínico, podemos evidenciar con esta viñeta como el estudiante verifica su saber, lo

domina e intenta aplicarlo a la situación problema que se le presenta durante el diálogo; aquí el estudiante tiene bien definido el rol de seguimiento, que involucra el control y la verificación de sus actividades con la finalidad de adquirir un aprendizaje significativo

Ma: “ok, Luis nos acaba de decir, HDL ¿qué dijo?”

Ao: “que los valores deben ser debajo de 40”

Ma: “aja, y ¿eso está bien?”

Ao: “¿Qué sea menor a 40? Si está bien”

Ao: “no ósea, lo que yo quise decir es más bien que no debe ser menor de 40, ósea que de

ese valor debe estar hacia arriba”

Ma: “aja, entonces creo que debemos decirlo al revés porque si no nos confundimos Luis”

Aa: “si” (R.5, p.275, 12/02/24).

Mantenerse motivado, incorporar dudas ante el grupo y la búsqueda colectiva de la resolución del problema caracteriza las transiciones en el modelo del aprendizaje autodirigido. De hecho, el modelo de Zimmerman nos plantea que el proceso de aprendizaje autodirigido es abierto, con actividad cíclica por parte del estudiante en donde transita por fases y si las estrategias didácticas en el contexto educativo procuran un andamiaje de los procesos de aprendizaje con ello se asegura que el alumno sea estratégico durante la experiencia e interacción de situaciones problemáticas (2008) para con éxito encontrar las mejores alternativas de solución.

Ma: “ok, Luis, pero que te parece si nos hablas de cuáles son los valores normales de todo el perfil de lípidos completo”

Aa: “sí, para que no nos confundamos con tantas cifras”

Ao: “bueno serían, un colesterol total menor de 200, LDL menor de 100, triglicéridos menores de 150 y HDL mayor de 50 y 65 según sea hombre o mujer respectivamente” (R.5, p.276, 12/02/24).

El estudiante es capaz de dar certeza que domina el conocimiento, que se ha apoderado de él y puede aplicarlo; esto podría figurar como el resultado que nos arroja la propia evolución formativa durante la rotación clínica, como un producto final de la participación activa y corresponsabilidad en el proceso de enseñanza y aprendizaje del alumno y el profesor; en donde los conocimientos significativos se originan de esa implicación casi total (Molina, 2016) de ambas

partes influyendo por supuesto directamente en que los estudiantes habiten un entorno que les permite convertirse en aprendices autónomos, independientes y autorregulados.

Ma: "...entonces ¿a partir de qué edad tendría que hacer yo escrutinio, es decir Luis, que mi paciente debe ser evaluado por una probabilidad de dislipidemia?"

Ao: "de los 40 años"

Ma: "y esto es teniendo o no factores de riesgo"

Ao: "es sin factores de riesgo"

Ma: "y si tengo factores de riesgo ¿qué tanto lo recorro?"

Ao: "tendríamos que empezar tamizaje a partir de los 25 años" (R.5, p.278, 12/02/24).

Resaltando que lo que identifica a un estudiante como autorregulado en su aprendizaje es principalmente su iniciativa para atender las demandas académicas (Sánchez et al., 2015); aquí tendríamos evidencia de como la intervención del estudiante es muy asertiva, atendiendo las dudas de sus compañeros, generando confianza y seguridad interpersonal, a la vez que, demuestra su preparación; esta conciencia de sus logros está totalmente ligada al compromiso que adquiere el médico interno de pregrado con sus procesos formativos en todos los ámbitos desde conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que demande su programa académico.

Ao: "bueno y continuando también como dato importante es que debemos recordar que debemos tratar a estos pacientes para evitar que tengan un evento cardiovascular que ponga en riesgo su vida"

Ma: "si claro"

Ao: "debemos aprender a calcular el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes, existen una serie de factores que hay que evaluar para esto ..."

Ma: "si saben de qué nos está hablando" (R.5, p.280, 12/02/24).

El aprendizaje basado en problemas es un método que despierta el interés y la curiosidad de los estudiantes; en esta viñeta la intervención que hace el estudiante es resultado innegable de ello, ya que el contenido que nos mostraba no era parte de los objetivos del tema; esto destaca como lo menciona (Alonso et al., 2005) que como estrategia metodológica sus resultados son basados en el trabajo del estudiante y no en las horas de clase. Luis en su proceso de aprendizaje autodirigido eligió enfatizar en este elemento del contenido que es fundamental durante el

abordaje de pacientes con dislipidemias enriqueciendo con ello su presentación digital y brindando herramientas a sus compañeros para una atención integral del paciente.

Ao: "grasas"

Ma: "¿Quién dijo grasas", explícanos porque piensas eso?"

Ao: "no lo sé, creo que no es así verdad"

Aa: "carbohidratos"

Ma: "¿porque carbohidratos, Damaris?"

Aa: "porque según el metabolismo de los carbohidratos estos se degradan y pasan por la vida metabólica ..."

Ma: "sí muy bien Damaris estas en lo correcto ... así entendemos que sugerirle a un paciente que deje de comer grasas para controlar sus triglicéridos no resultara efectivo"

(R.5, p.281, 12/02/24).

Hacer partícipe en todo momento a los estudiantes, debe hacerse con especial énfasis en la búsqueda del desarrollo de aprendizaje autodirigido, pues solo si tomamos todas las oportunidades posibles para que los alumnos hagan las cosas podremos propiciar ambientes educativos activos que contagien a los médicos internos hacia la autorregulación, (Zimmerman & Moylan, 2009) y el auto juicio que los lleva a obtener las explicaciones que se dan a sí mismos sobre el éxito o el fracaso en su actividad clínica diaria (Sánchez et al, 2015) y les permite redirigir sus estrategias didácticas hacia los objetivos que ellos mismos se plantean para obtener los resultados a los que aspiran: ser un profesional médico que brinda atención de calidad a sus pacientes.

Ma: "imagínense una paciente cuyos valores anormales son colesterol de 250, triglicéridos de 370 y yo le prescribo atorvastatina 20mg al día, cuando hago el control noto que no hubo ninguna reducción significativa de los triglicéridos, esto sería porque la atorvastatina no es un fármaco que se enfoque en control de triglicéridos, justamente en este caso tendríamos que prescribir como primera línea un fibrato"

Ao: "entonces tampoco le ayudaría si le aumentaremos a 40mg al día de atorvastatina"

Ma: "no, pues fíjate en la tabla la atorvastatina solo puede reducir un máximo del 10% de la cifra en triglicéridos, así que no resultaría efectivo para alcanzar las metas de control, y sí únicamente expondríamos al paciente a los efectos adversos del uso de estatinas"

Ao: "ah ok, ya me quedo claro cómo sería" (R.5, p.283, 12/02/24).

En esta viñeta, es una clara experiencia de la aplicación de la metodología del APB en la cual se pretende ofrecer una alternativa para que los estudiantes se enfrenten a escenarios

clínicos reales con enfoques integrales y preventivos en el manejo. Y de forma precisa se da cuenta de acciones que evidencian el transitar del estudiante hacia el segundo proceso de la tercera fase de autorreflexión del aprendizaje autodirigido, en la cual el médico interno de pregrado mantiene un pensamiento crítico y reflexivo sobre su práctica clínica y desarrolla el compromiso de estudio permanente. (Alonso et al., 2005) En la educación médica la toma de decisiones en la discusión de casos clínicos, desarrolla procesos cognitivos superiores en los estudiantes y promueve la predisposición a la autorreflexión. Tenemos aquí el mejor ejemplo de que la estrategia de aprendizaje basado en problemas es efectiva.

Ma: “haber Francisco, ¿cuál es la meta de control de triglicéridos?”

Ao: “puedo leerla”

Ma: “sí”

Ao: “150mg/dl”

Ma: “sí, menor o igual a 150, entonces Ángel, si yo tengo triglicéridos de 190, ¿me das tratamiento farmacológico? También le puedes pedir ayuda a Luis eh”

Ao: “pues como paciente de primera vez, pues no creo que no sería lo correcto, porque pues primero debería cambiar sus estilos de vida”

Ma: “ok, ya me hiciste cambios en mi estilo de vida, yo como paciente me porte super bien he hice todo lo sugerido y regreso contigo a mi control y tengo ahora 200 de triglicéridos”

Ao: “ahí si le daría tratamiento”

Ma: “¿por qué?”

Ao: “porque no se están llegando a las metas a pesar del cambio en estilo de vida y pues por eso” (R.5, p.284, 12/02/24).

El estudiante lee la cantidad, de las notas que hizo durante la exposición del tema en su autoevaluación diagnóstica; lo cual se consideraría como una auto monitorización la cual se constituye como una estrategia de aprendizaje que ayuda a monitorear y reflexionar sobre las decisiones tomadas por el estudiante e identificar las auto consecuencias según el modelo de Zimmerman todo este conjunto de acciones consolidan la fase de ejecución lo cual es requerido para que el alumno logre transitar a la última fase del modelo cíclico en donde el alumno valore su trabajo y busque explicaciones razonables sobre los resultados obtenidos (2009). Básicamente se trata de avanzar peldaño a peldaño la escalera que los lleva a la autodirección de sus procesos.

Ma: "...Ustedes son mis 6 alternativas, ¿con cuál de ustedes lo envió?"

Aa y Ao: /murmuran que no, que, con nadie, mueven su cabeza negando y suspiran, sus rostros se tornan tristes/

Ma: "y recuerden chicos yo al inicio les dije que no esperaba que supieran todo, nadie sabemos todo ... sin embargo, lo que sí es nuestra obligación es estarnos capacitando ... y no los voy a capacitar yo, tampoco lo hará el hospital ... tienen que hacerlo ustedes de manera continua, en esta carrera que eligieron el trabajo es personal ..."

Aa: "si doctora, tiene razón"

Ao: "debimos revisar el tema de manera profunda"

Aa: "ya se"

Ma: "no dejen de analizar lo que está sucediendo ahorita, fíjense todavía no hemos analizado el caso clínico", deben enfocar su manera de revisar el tema, mientras sigan pensando en voy a leer dislipidemias, difícilmente se harán cuestionamientos; lo que yo les sugiero es que revisen los contenidos pensando en que se trata de un paciente con dislipidemia ... nos vamos a quedar hasta aquí porque no le veo sentido abordar los casos clínicos que traje, puesto que si no traen un fundamento teórico claro, difícilmente podrán atender las necesidades que demanda el análisis del caso..."

Ao: "si"

Aa: "claro, no volverá a suceder esto" (R.5, p.285, 12/02/24).

En este momento derivado de la observación de la conducta de mis estudiantes, consideré pertinente interrumpir la clase, enfatizando que el abordaje integral del caso clínico que traje para analizar y discutir detenidamente, requería un compromiso completo por ellos, abarcando la revisión profunda del tema e interpretación correcta de sus hallazgos clínicos; y como ese escenario no existía en ese momento, opté por invitarlos a que revisaran nuevamente los contenidos y reflexionaran sobre los procesos que siguen de manera individual cada uno para convertir su aprendizaje en significativo; aunque los estudiantes de medicina se caracterizan por involucrarse en el control de su aprendizaje; resulta necesario que exista una participación docente activa y dirigida para propiciar un autocontrol responsable.

Ma: "chicos entonces el lunes trabajaremos los casos y ocuparan para el ejercicio su organizador gráfico, sale, por cierto, como quedo su examen, cuantas cosas agregaron a su autoevaluación durante la presentación de Luis?"

/uno a uno me muestra su hoja de respuestas/

Ma: "pónganse a reflexionar sobre estos elementos que faltaron que valga la pena todo nuestro esfuerzo, el tiempo invertido ... quiero poder responderle a mi paciente con cualquiera de estos médicos usted estará en buenas manos y también espero que cada uno de ustedes lo espere de sí mismo"

/nadie habla, todos están francamente consternados, incrédulos y reflexivos sobre lo que está sucediendo ante su falta de dominio del tema/

Ma: "Luis tu compromiso es que de lo que nos presentaste, cosas que creas que te faltó, que debe profundizarse lo completes para la siguiente clase"

Ao: "si doctora, por supuesto"

Aa: "y las evaluaciones doctora, se las dejamos"

Ma: "si, por favor, me la van a dejar, voy a revisarlas y los retroalimentare; yo espero que para la siguiente clase vengan más preparados"

Ao: "si dra. Claro. Nos vemos y muchas gracias"

Aa: "hasta luego"

Ao: "que descanse dra. la vemos mañana (R.5, p.286, 12/02/24).

Nos despedimos como siempre, con palabras que reconfortan y continúan fortaleciendo en el estudiante que existe un espacio de confianza y donde sea capaz de aceptarse para lograr una transformación en su rol de estudiantes (Rogers, 1964); y aunque breve es sustancial fortalecer el reconocimiento de la propia persona; esto contribuye a fomentar en los internos autoestima, seguridad social y valoración de sus resultados académicos.

Conclusiones

En la revisión detallada de la relación que se establece entre los cinco constitutivos de mi práctica docente; los resultados son muy interesantes al compararlo con lo obtenido en mi cuarto registro el contenido se redujo un 9% consistente con el patrón que refleja mi transformación como docente, en cuyo escenario actual mi interés ya no se concentra en abarcar todos los contenidos que vienen en el programa académico, sino propiciar escenarios favorecedores de diálogo, análisis y pensamientos reflexivos de carácter crítico entre los estudiantes.

La intersubjetividad aumento un 9% y los procesos observados giran alrededor de certezas y realizaciones; me satisface mucho que el proceso cognoscitivo está presente en un 22% con acciones que denotan operaciones mentales en las fases de verificar, valorar y experimentar; con lo cual evidentemente se aproxima al estudiante a acciones que le permiten transitar del primer proceso de la fase de ejecución al primer proceso de la fase de autorreflexión en el modelo cíclico del aprendizaje autodirigido de Zimmerman; por otra parte, el modelo represento el 22% caracterizado por mis intervenciones que buscan ser detonadoras de dialogo

y de procesos autorreflexivos entre los estudiantes. El contexto mantuvo su porcentaje a un 11% el cual se sigue tornando en un factor negativo durante el desarrollo de las sesiones académicas puesto que influye notoriamente en el rendimiento y motivación de los médicos internos de pregrado.

Finalmente, puedo concluir que en la arqueología de mi clase existe un claro dominio de la conexión que existe entre mi modelo, los espacios de intersubjetividad y el proceso cognoscitivo que se va desarrollando en los estudiantes; este amalgamamiento es el resultado de la aplicación de mi proyecto de innovación, donde las actividades que la docente ejecuto a través del uso de la estrategia de aprendizaje basado en problemas propicio momentos caracterizados por intervenciones en las que se identificaron quince procesos de intersubjetividad y acciones mentales que corresponden en la ruta crítica del aprendizaje autorregulado del modelo de Zimmerman al primer proceso de la fase de autorreflexión dados por las siguientes características: el estudiante descubre sus errores, reflexiona sus debilidades y se reconoce con autocrítica la actitud que asumen antes sus procesos de aprendizaje para replantearse estrategias diferentes que le permitan lograr sus propios objetivos.

Con gran entusiasmo comparto que en el análisis de mi registro se evidenciaron dos intervenciones caracterizadas por la presencia de un continuo pensamiento crítico-reflexivo en los estudiantes acerca de su práctica clínica diaria ligado a un compromiso de mejora; estas acciones los colocarían en el segundo proceso de la fase de autorreflexión. Este hallazgo fortaleciéndose la propuesta sobre la efectividad que tiene el plan de innovación desarrollado por la docente. Considero que el uso de la prueba escrita para el proceso de autoevaluación fue muy pertinente pues detono en los estudiantes un proceso reflexivo autentico.

Todo lo anterior me lleva a reconocer que los cambios establecidos en la planeación de mi clase; están dando éxito; sin embargo, considero que el camino que nos aproximará a que el

estudiante integre en su formación continua estrategias para su aprendizaje autodirigido requiere que veamos esta lógica de significación durante el abordaje de casos clínicos; demostrando un análisis más profundo de los contenidos, consultando diferentes fuentes bibliográficas para sustentar sus argumentos y una observación continua de manera crítica de su labor en la práctica clínica durante la atención de los pacientes; será así necesario que para mi siguiente sesión académica dirija mi planeación hacia la búsqueda intencionada de estos objetivos.

Referencias

- Campechano, J., García, A. P., Minakata, A., & Sañudo, L. (1997). *En Torno a la Intervención de la Práctica Educativa*. Guadalajara: UNED.
- Graue-Wiechers, E., Sánchez-Mendiola, M., Durante-Montiel, I., & Rivero-Serrano, O. (2010). *Educación en las residencias médicas*. Editores de textos mexicanos, S. A. de C. V.
- Jackson P. W (2010), *La vida en las aulas*. (7ma ed.) Madrid. Ediciones Morata, S.L.
- Molina Ávila, I.F (2016). "Implementación del aprendizaje basado en problemas en clínica de periodoncia" Universidad Autónoma De Sinaloa.
- Rogers, C.R, (1964). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Ediciones Culturales Paidós, S.A. de C. V.
- Rogers, C., Freiberg, J. (1996). *Libertad y creatividad en la educación*. Paidós.
- Sánchez-Mendiola, M., Lifshitz-Guinzberg, A., Vilar-Puing, P., Martínez-González, A., Varela-Ruiz, M.E., & Graue- Wiechers, E. (2015). *Educación médica teoría y práctica*. Elsevier.
- Solórzano-Mendoza, Y.D. (2017). Aprendizaje autónomo y competencias. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 3(1). 241-253. <https://doi.org/10.23857/dc.v3i1.390>

Tapia-Rodríguez R.A., Cortes-Roldan D.A., Cruz-Hernández P.A., Chávez-Martínez L.C., & Camacho-López S.M., Aprendizaje basado en problemas, un desafío para la praxis académica en medicina. *Publicación semestral, XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*. 10(19). 42-46. <https://doi.org/10.29057/xikua.v10i19.8113>

Uc, L. (2003). *Entorno al análisis de la práctica docente*. México: ESENOG

Zimmerman, B.J. (2008). "Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical background, methodological developments, and future prospects". *American Educational Research Journal*. 44(1). 166-183. <https://www.revistadepedagogia.org/rep/vol81/iss285/6/>

CUARTO REGISTRO

UBICACIÓN

Institución: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Domicilio: Calle Cholula S/N Col. Azteca, León Guanajuato.

Docente: Dra. Isabel Sánchez Márquez

Nivel Académico: Licenciatura

Carrera: Médico Cirujano

Grado: Internado de pregrado

Lugar: Consultorio no.9 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Servicio Rotatorio: Medicina Familiar

Horario: 12:00 – 13:00 pm

Fecha: 30 de enero de 2024

CONTEXTO

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, por ser una institución escuela, recibe de manera permanente, estudiantes que se encuentran en su año rotatorio de pregrado para que por dos meses en el servicio de consulta externa de medicina familiar tengan un acercamiento estrecho con los pacientes y de forma teórico-práctica integren sus conocimientos con habilidades, destrezas y actitudes clínicas esenciales para brindar una atención clínica profesional, integral y bajo un enfoque preventivo en salud. Promoviendo en los estudiantes un pensamiento crítico-reflexivo sobre la autorregulación de su aprendizaje elemento fundamental para la formación profesional permanente.

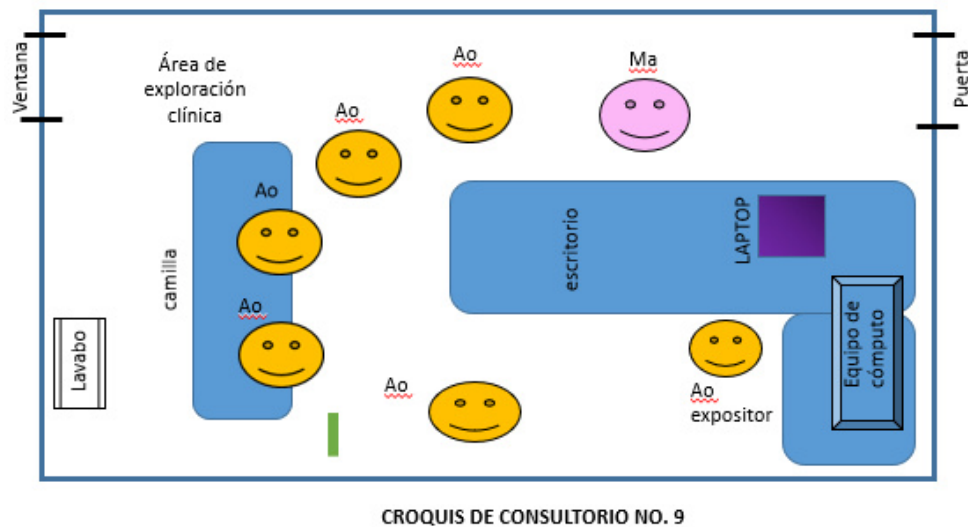
Los médicos internos de pregrado son estudiantes cuyo intervalo de edad está comprendido entre los 24 a 26 años; que se dedican de tiempo completo a realizar actividades hospitalarias cubriendo jornadas que oscilan de 8 a 36 horas continuas. Durante estos dos meses de rotación en la CMF su módulo se distribuye principalmente en dos momentos: las primeras cuatro a cinco horas se destinan a permanecer en el consultorio médico asignado para observar y participar activamente con todas las acciones desarrolladas directamente con el paciente que es atendido; diariamente en horario de 12:00 a 13:00pm a modalidad de seminario, taller o revisión de casos tenemos programadas sesiones académicas en las cuales se abordan los principales temas de salud atendidos en la consulta externa de medicina familiar; las cuales se desarrollan en el espacio del aula-2 o consultorio no. 9, según la disponibilidad de espacio, haciendo uso de recursos como equipo de cómputo, pantalla, proyector, bocinas y pizarrón de gis, material impreso.

El grupo rotante actual está conformado por seis médicos internos de pregrado; tres mujeres y tres hombres, provenientes de la Universidad autónoma de Guadalajara y la Universidad de San Luis Potosí. A los que se les asignó un rol de manera aleatoria y cambiante cada dos semanas para pasar por los diferentes consultorios y servicios que ofrece la clínica de medicina familiar. Cabe señalar que una vez que terminan la jornada de rotación deben presentarse a su guardia clínica correspondiente las cuales las llevan el servicio de urgencias, medicina interna y cirugía general en el Hospital Regional ISSSTE y Hospital Ángeles.

DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO

Imagen 15

Croquis de la distribución dentro del aula durante la clase.



Nota: elaboración propia.

TEMA DE LA CLASE

La historia clínica y la nota médica utilizando el acrónimo PSOAP durante la atención de los principales motivos de consulta en medicina familiar.

PROPÓSITOS DE LA CLASE

- El médico interno de pregrado (MIP) comprenderá los elementos de la nota médica en la consulta externa de medicina familiar usando el acrónimo PSOAP para describir de manera

precisa y clara los datos generales del paciente, motivo de consulta, información objetiva obtenida de la exploración física, estudios de gabinete o laboratoriales, análisis de los datos, diagnóstico y plan de manejo integral.

- b) El estudiante será capaz de elaborar notas médicas adecuadas mediante el acrónimo PSOAP durante la atención de casos clínicos.
- c) El MIP establecerá diagnósticos correctos y plan de manejo integral durante la atención de pacientes simulados y reales durante la rotación en la consulta externa de medicina familiar.
- d) Identificar los errores y omisiones más comunes dentro de la práctica médica al momento de elaborar notas médicas.
- e) Reflexión final sobre experiencias personales en la realización de notas médicas durante su práctica clínica.

PROCESO

Luego de percatarnos que el aula se encontraba ocupada y caminar por los pasillos de la clínica pudimos instalarnos en el consultorio no. 9, mientras los estudiantes pasan y acomodan sus cosas los voy saludando e invitando a que se distribuyan para que todos queden de frente al escritorio, aprovecho para preguntarles cómo van sus rotaciones con los diferentes médicos; en un diálogo informal algunos comparten anécdotas breves; a la par se encuentra Ángel, Damaris y Luis preparando su presentación. Una vez que todos estuvimos listos iniciamos con el abordaje de los temas pendientes de la clase previa; lo cual no se logró debido a que ninguno de los médicos internos había revisado los contenidos; pasamos entonces a dar lectura y hacer análisis de la nota médica realizada previamente en el ejercicio de juego de roles de la clase anterior; dimos inicio a

la presentación expositiva del tema por el equipo asignado y finalmente se presentó un caso clínico real para someterlo a una discusión y análisis de manera grupal establecer un diagnóstico, plan de tratamiento y conclusión general del caso clínico.

ESQUELETO DE LA PRÁCTICA

Planeación de Momentos			
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:05 pm	5	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula.
2. REVISIÓN DE TEMA PREVIO.	12:05- 12:25 pm	20	Aclaración de dudas y contenidos que quedaron pendientes en clase previa, así como revisión y análisis de nota médica elaborada en la actividad de juego de roles sobre caso clínico simulado.
3. EXPOSICIÓN DEL TEMA	12:25 – 12:45 pm	20	Exposición del tema: la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP por alumno asignado.
4. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO REAL	12:45 – 13:00 pm	15	Se analizará un caso clínico real y de manera grupal colaborativa se establecerán diagnósticos y plan de tratamiento integral.
5. CONCLUSIONES Y CIERRE	13:00 – 13:15 pm	15	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo.

Momentos	Hechos	Inferencias	Fases de ruta crítica	Niveles de Intersubjetividad	Operaciones Cognitivas
Momento 1 12:00 - 12:15 pm *Saludo	/Me encuentro con los estudiantes en el pasillo afuera del aula ya que se encuentra ocupada por lo tanto no podremos usar el espacio, esto nos obliga a movernos y buscar otro espacio ubicándonos en el consultorio 9, mientras todos nos instalamos; saludo a cada uno de ellos y los invito a que se acomoden de tal manera que queden frente al escritorio. Una vez instalados dentro del consultorio aprovecho para preguntarles cómo se han sentido en sus rotaciones; durante unos minutos se establece un diálogo informal compartiéndose algunas experiencias; a la par se	Debido al repentino cambio de espacio académico, se generó en los estudiantes y la docente intranquilidad, distracción y desinterés por dar la clase.			

	<p>encuentra Ángel, Luis y Damaris organizándose y preparando el equipo de cómputo, preguntando la contraseña de acceso y descargando su material de apoyo para presentarnos el tema de clase/ /procedo a grabar la clase en audio/</p>				
<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>Ma: “Habíamos quedado que íbamos a revisar algunos temas, ¿se acuerdan?” Ao: “sí”. Ma: “¿qué es lo que les encargué que revisaran?” /Hay un silencio ante mi pregunta/ Ma: “¿qué le faltó al equipo que expuso que teníamos que retomar el día de hoy?” Aa: “Ah, ¿era la entrevista médica?” Ma: “Ajá, la entrevista médica, y ¿qué revisaron sobre eso?” /Otro silencio ante mi pregunta/ Ma: “¿nada?” Ao: “No le voy a mentir, se me fue por completo” Ma: “Nico, nada” /Se escuchan murmullos, mientras me dirijo a los estudiantes para preguntarles si habían leído el tema/ Ma: “Doctora, ¿tú?” ¿no lo revisaste? Aa: “No” Ma: ¿lo revisaste” Ao: “la verdad no” Ma: “¿No?” Ma: “¿Y tú Damaris?” Aa: “Yo leí un artículo, este justamente del IMSS en el que venía como la entrevista, nada más, que ya no me acuerdo, lo tengo aquí, pero déjeme le leo lo que dice” Ma: “OK, bueno, entonces Ángel, mientras léenos tu nota médica, por favor, vamos a escuchar la nota que hizo Ángel del ejercicio que todos pudimos ver, entonces todos estamos empapados para ver</p>	<p>Los chicos se acomodan para escuchar la clase y no aprecio que se preparan para dialogar.</p> <p>Todos los estudiantes manifiestan con lenguaje no verbal su incertidumbre por lo que pasará ya que incumplieron con la tarea.</p> <p>Todos se quedan inquietos y expectantes</p>	<p>Primer proceso fase planificación</p> <p>Primer proceso fase planificación</p> <p>Primer proceso fase planificación</p>	<p>Supuestos</p> <p>Certezas</p>	<p>Evocar</p> <p>Evocar</p>

<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>si estamos o no de acuerdo con lo que Ángel estableció”</p> <p>Ao: “Le puse año y la fecha, diecinueve de enero del veinticuatro, paciente femenina de cuarenta y cuatro años de edad, que acude a consulta refiriendo que acude únicamente por sus medicamentos y que acude constantemente cada mes con esa finalidad hace un año aproximadamente, como antecedentes de relevancia menciona que ambos padres padecen de diabetes mellitus 2 y su padre este, falleció como antecedente de relevancia padece también de hipertensión arterial, desconoce la edad y la causa de fallecimiento, también cuenta con cuatro hermanos lo cuales también cuentan con diagnóstico de diabetes mellitus 2 y este, pues, ah”</p> <p>Ma: “¿qué más escribiste?, acuérdate que nos estas leyendo ¿no?”</p> <p>Ao: “sí, bueno, ya no la terminé de escribir, la verdad, pero pues, bueno, es que la verdad ya no recordé bien de acerca de que era lo que me había dicho esta, pero si me permite”</p> <p>Ma: “Se acuerdan lo que, lo que vimos durante el desarrollo de la consulta que él dio, por decirlo de alguna manera, a ver, vamos a hacer como un ejercicio”</p>	<p>El estudiante finge leer sus notas, sin embargo, es claro que trata de inventar.</p>	<p>Primer proceso fase planificación</p>	<p>Supuestos</p> <p>Certezas</p>	<p>Evocar</p> <p>Intelegir</p>
<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>de lo que Ana dijo”</p> <p>Ma: “Ajá, de lo que Ana dijo y más o menos como se construyó; primero este, ¿quién hace la presentación de ustedes? ¿quién presenta a Ana? Jaja. Adelante doctora tú pásate, ¿quién la presenta? Incluyendo, vamos a tratar de seguir como la nemotecnia, quién hace la presentación, el motivo de consulta y cómo ustedes hubieran desarrollado</p>	<p>Todos se ponen a buscar sus notas de la clase precia y adoptan una actitud receptiva alerta.</p>	<p>segundo proceso fase planeación</p>	<p>Certezas</p>	<p>Experimentar</p>

<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>la parte objetiva, nada más con los datos que recuerdan que observamos y escuchamos y cuál sería su diagnóstico y plan de tratamiento, sala, podemos construirlo entre todos. ¿Quién quiere empezar?”</p> <p>Aa: “Yo no, porque no sé de qué están hablando”</p> <p>Ma: “De ti, estamos hablando de ti, cuando Ángel, pero como Ángel no lo hizo, estamos haciéndolo nosotros. Tú empieza doctor”</p> <p>Ao: “Pues, otra vez la ficha de identificación”</p> <p>Ma: “sí, todo, como tú lo harías, con lo que recuerdes, ¿tú que pondrías?”</p> <p>Ao: “ok, pues primero pues la fecha”</p> <p>Ma: “ajá”</p> <p>Ao: “pondría, paciente femenil de 24 años de edad”</p> <p>Ma: “cuarenta y cuatro”</p> <p>Ao: “eh, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, um, me pone nervioso”</p> <p>Ma: “no, tú, no te preocupes”</p> <p>Ao: “pondría, el nombre, Ana, pondría la edad, 24 años, pondría patologías que presente, que en este caso sería diabetes y probablemente hipertensión, pondría, la fecha de nacimiento, alergias, que no recuerdo si tenía alergias, ¿tenías alergias?”</p> <p>/Le pregunta a su compañera/ Aa: “¿osea yo como caso clínico?”</p> <p>Ma: “sí”</p> <p>Ao: “¿sí había dos?, ¿no?”</p> <p>Ma: “¿eras alérgica a algo?”</p> <p>Aa: “no me acuerdo doctora, a la penicilina, ¿no?”</p> <p>Ma: “ujum”</p> <p>Aa: “nada más”</p> <p>Ma: “era alérgica a penicilina”</p> <p>Ao: “alérgica a penicilina, pondría su ocupación, y pues realmente a mí no me importa mucho lo de la religión, o lo del</p>	<p>Apenas llega la estudiante ya que viene retrasada a clase.</p> <p>Existe un notorio interés por participar usando la información disponible en sus notas.</p>	<p>primer proceso fase ejecución</p>	<p>realizaciones</p>	<p>Intelegir</p>
--	---	--	---	----------------------	------------------

<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p>	<p>matrimonio, ni todas esas cosas” Ma: “entonces, en tu presentación, dirías, que es una femenina de cuarenta y cuatro años de edad” Ao: “veinticuatro” Ma: “tiene cuarenta y cuatro” Ao: “Ah” Ma: “en el caso clínico tiene cuarenta y cuatro” Ao: “ok” Ma: “tiene diabetes mellitus tipo 2, ¿de cuánto tiempo de evolución?” Aa: “llevaba con medicamentos un año, ¿no?” Ma: “tres años de evolución, es importante porque eso también les da una pauta para tomar decisiones en como intensifica su tratamiento y cuáles van a ser sus alternativas, también nos da una, nos vislumbra que tan cercanos o alejados podemos estar de la presentación de algunas complicaciones crónicas, entonces es muy importante saber el tiempo de evolución, que, además, ¿cómo estaba? ¿controlada o descontrolada?” Ao: “descontrolada” Ma: “entonces nuestra presentación debe decir que se trata de una paciente con diabetes tipo 2 de 3 años de evolución, descontrolada, puedes ponerlo desde tu presentación o tu impresión diagnóstica inicial, sí, porque con los signos vitales teníamos, ¿cuánto de glucosa?” Aa: “trescientos ochenta y seis” Ma: “algo así, como trescientos y, casi cuatrocientos de glucosa en ayunas, entonces esa sería como la presentación y todos los datos que tú pusiste, ahm; el motivo de consulta, ¿cómo lo describiríamos?”</p>				
<p>Discusión de tema previo</p> <p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión</p>	<p>Se mantienen participativos</p>	<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>certezas</p> <p>realizaciones</p>	<p>verificar</p> <p>verificar</p>	

<p>de tema previo</p>	<p>Ao: "paciente acude a consulta por requerimiento de medicamentos, tras presentar una glucemia de casi cuatrocientos y una tensión arterial, no recuerdo las cifras, pero también elevadas, pues ya básicamente acude por el medicamento"</p> <p>Ma: "el motivo de consulta para ella, es venir por medicamento, no tiene ninguna otra cosa, ni ninguna otra intención al venir con nosotros, ¿sí? Y la parte objetiva, ¿ustedes qué pondrían?"</p> <p>Ao: "signos vitales"</p> <p>Ma: "en la parte objetiva, los signos vitales, muy bien, ¿qué más?, todo lo que puedes medir"</p> <p>Aa: "todo lo que corresponde primero a facies que son intención, osea, es un paciente alerta, orientado y pongo también lo que veo, si es que tienen una facies algica o una facies característica que, pues yo creo que no debería de tener, ah, pues ya de ahí pues los signos y luego la exploración"</p>		<p>segundo proceso fase ejecución</p>		
<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>Ma: "y su impresión diagnóstica, ¿cuál fue?"</p> <p>Aa: "Diabetes"</p> <p>Ao: "Hipertensión"</p> <p>Aa: "mal controlada"</p> <p>Ma: "Ajá, y ¿su plan de tratamiento?"</p> <p>Aa: "Sería, ¿tomaba insulina?, bueno, ¿le indican insulina?"</p> <p>Ma: "No, únicamente utilizaba metformina y sitagliptina, a lo mejor una insulina, recetarle, bueno, depende cómo responde, osea, es una insulina de veinticuatro horas, para ver cómo responde y también junto con todos sus medicamentos junto con la insulina"</p> <p>Ma: "Ok, si ustedes, el plan de tratamiento, a ver, pensémoslo de manera organizada, ¿qué le</p>	<p>Todos colaboran en el análisis de datos buscando un consenso</p>	<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>realizaciones</p>	<p>valorar</p>

<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>diríamos primero?, acuérdense que el plan de tratamiento es lo que le voy a decir o proponer que haga nuestra paciente, ¿qué le van a proponer primero?”</p> <p>Aa: “la alimentación”</p> <p>Ao: “cambios higiénicos densos”</p> <p>Ma: “Ok, cambios que, si lo englobamos de manera general, son cambios en el estilo de vida, ¿sí? Que incluirían”</p> <p>Aa: “la alimentación, el ejercicio”</p> <p>Ma: “Ajá. Pero ¿cómo yo voy a proponer eso?”</p> <p>Aa: “¿a la paciente?”</p> <p>Ma: “a la paciente”</p> <p>A: “pues le diría, bueno que los medicamentos que estamos tomando en este momento no estamos llegando a las metas que deberíamos y de hecho, que usted tenga estos niveles podría tener complicaciones contra su vida, graves, mortales, así que vamos a hacer un pequeño cambio, primero su dieta, su ejercicio, y es que ya estaba acudiendo a con el nutricionista y tenía el 90% de cumplimiento de la dieta, pues le diría, pues vamos muy bien con eso, eso le seguimos y ya le digo, también tenemos que añadir ejercicio, a usted, ¿qué ejercicio o qué cosa se le facilitaría hacer? Y ya, alguna cosa le diría, pero”</p> <p>Ma: “ajá; para que ustedes puedan proponer eso primero tienen que indagar sobre su estilo de vida, ¿sí?, ninguno de ustedes ahorita mencionó que interrogarían eso, recuerden que en el motivo de consulta, ustedes pueden ahondar sobre algunas cosas, más si les está dando alguna información numérica que hay descontrol glucémico, entonces, ah, ok, yo</p>	<p>Demuestra su comprensión, análisis y procesos reflexivos del caso</p>	<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>realizaciones</p>	<p>valorar</p>
--	---	--	--	----------------------	----------------

<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>sé que los fármacos no son suficientes, pero qué otros elementos influyen para que esa paciente esté descontrolada, su estilo de vida, voy a preguntar intencionadamente si realiza actividad física, ¿cuál?, ¿desde cuándo? ¿sí? ¿cómo come?, si tiene un plan de alimentación, de ese plan de alimentación, ¿qué tan apegada está?, ¿qué tan realista es?, porque una cosa es ir a consulta, tener el plan y otra muy diferente llevarlo a cabo, si realmente se toma los fármacos, ella los tenía pre escritos así, pero habrá que asegurarse, ¿usted cómo toma sus medicamentos?, preguntar si en algún momento se le olvidan y deberán preguntar intencionadamente, sintomatología de descontrol glucémico, recuerden que en las pacientes con descontrol crónico, pueden creer que no tienen síntomas, sin embargo, puede haber irritabilidad, dolor de cabeza, fatiga constante, tienen, nicturia, variación en su peso, ¿sí?, cambios en su apetito, que pueden ser ambos extremos, ¿sí?, entonces, tendrán ustedes que preguntarle intencionadamente porque para esa paciente puede ser una normalidad, sí, ¿ok?, muy bien. Teníamos para tarea del día de hoy traer una nota médica, de acuerdo al plan, al programa, ¿la trajeron? ¿sí? Todos, osea, me la van a entregar o la traen, ¿cómo la traen?"</p> <p>Aa: "la traigo en laptop" Aa: "la traigo en foto" Ma: "la traen en foto, ¿son notas médicas que hicieron ustedes? ¿o que alguien más hizo?" Aa: "que alguien más hizo"</p>				
<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>Los médicos internos de pregrado ligado a su carga hospitalaria constantemente realizan</p>		<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>experimentar</p>

<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm * Discusión de tema previo</p>	<p>Ma: “ok, muy bien, pues entonces qué les parece, ¿vemos primero el tema con los del equipo y luego trabajamos con sus notas? Yo creo que si nos da el tiempo y al final les voy a presentar un poquito sobre esto, tienen que estar leyendo eh, la verdad es que no puedo trabajar con ustedes, si ustedes no tienen interés, si ustedes no hacen lo que les toca, Ángel, entonces, pongámonos de acuerdo de una vez si no vamos a estar interesados en los seminarios, díganme también para que yo no pierda mi tiempo, tengo que dedicar tiempo a pensar en ustedes y organizarme, fuera de lo que hago en la consulta, entonces, decidan ustedes, sale; muy bien, ¿a quién le toca? Pásenle” /Algún alumno asiente que le toca a él/ Ma: “ni modo, vamos a tener que seguir usando la computadora, es lo que hay y últimamente no nos quieren dejar en el aula” Aa: “está ocupada” Ma: “sí, pero se supone que está apartada, para ustedes durante todo el ciclo, ¿puedes usar esa computadora? ¿no?” Aa: “es que la tenemos aquí” Ma: “ah, si quieres la proyectamos en esa de ustedes, todos nos podemos acercar, todos ustedes se pueden acercar para que puedan ver la presentación” /se escuchan murmullos de los alumnos que están preparando la presentación/ Ma: “ese lo podemos jalar” Aa: “¿el bote de basura?” Ma: “el bote de basura, pero yo le digo el castigador, porque sentarse ahí es una mortalidad” Aa: “¿por qué?”</p>	<p>los entregables</p> <p>Existe incomodidad por el espacio (consultorio) ya que nos podemos acomodarlos para que todos observen la presentación</p>	<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>experimentar</p>
---	---	--	--	-----------------	---------------------

<p>Momento 2 12:15 – 12:30.21 pm *</p> <p>Discusión de tema previo</p>	<p>Ma: “porque después de que duras mucho rato sentada ahí sientes que se te encaja todo y de la ropa se te rompe, sí, ¿ahí alcanzan a ver? ¿sí? Instálate allá mira Luis” Ao: “¿dónde?” Ma: “ahí, mira siéntate para que lo pongas de frente y todos podamos estarlo viendo y me puedes pasar esa hoja de la impresora Luis, porque ahorita van a venir por ella; ¿ya te dio calor aquí Damaris?” Aa: “sí, un poquito, es que si no me voy a dormir.” /se sigue escuchando murmullo de los estudiantes que están preparando la presentación, mientras me hablan fuera del consultorio y yo salgo a firmar un documento por lo que también se escuchan murmullos de los pasillos del hospital. En cuanto están listos los alumnos comienzan con la presentación mientras yo sigo fuera del aula-consultorio/</p>				
<p>Momento 3 12:30.21 - 12:44:23 pm *Exposición del tema</p> <p>Momento 3</p>	<p>Ao: “bueno, pues nosotros les vamos a presentar historia clínica y nota médica, nuestro equipo está conformado por Damaris, Ángel y yo Luis Alberto Mendoza, bueno” Ma: “¿por qué te gusta que te digan B” Ao: “¿Beto?” Ma: “Ah, es Beto, es que solo le pusiste B” Ao: “¿dónde?” Ma: “en tu currículum” Ao: “Ah, se me olvidó el resto” /todo el grupo ríe/ Ma: “dije, por qué B, ¿eso qué? ¿cómo? ¿de dónde?” Ao: “no se me olvidó” Ma: “perdón por la interrupción, pero me acordé justamente” Ao: “se me olvidaron las otras tres letras, perdón doctora. Bueno, pues en principio tenemos que la historia clínica y la nota médica es un</p>	<p>El equipo se distribuye frente al escritorio y acomoda su equipo tratando de que todos podamos ver la presentación .</p>	<p>Primer proceso fase ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>inteligir</p>

<p>12:30.21 - 12:44:23 pm *Exposición del tema</p>	<p>documento médico legal donde nosotros vamos a plasmar todo lo que nosotros interroguemos, veamos y lo que el paciente nos refiera para llegar a un tratamiento, principalmente a un diagnóstico y hacer un buen tratamiento, para esto eh, la historia clínica y una nota médica pues tenemos que llevar cierto orden, donde tenemos este por ejemplo es PSOAP, que primeramente nos va dar el orden que debemos de seguir, cada una de las letras pues tiene un significado, para nosotros llevar, este, pues conocer mejor al paciente, llegar al diagnóstico y al tratamiento, el PSOAP, pues este es un acrónimo que nos va a dar como la estructura para la realización de este documento que es el que más utilizamos este, en el área de la salud, se usa para registrar y organizar la información, es una forma estándar para crear ese documento y cada una de las letras pues nos representa eh, una parte ..."</p> <p>Ma: "La ventaja ahí, es que podemos utilizar un lenguaje no técnico, es válido hacer la descripción tal cual nos la da la o el paciente"</p>				
<p>Momento 3 12:30.21 - 12:44:23 pm *Exposición del tema</p>	<p>Aa: "en este caso vamos a pasar a la siguiente que es la letra o, que, en este caso, es objetivo ... el beneficio de esta nemotecnia es utilizar un sistema médico orientado al problema"</p> <p>Ao: "bueno, pues, aquí puse unos ejemplos acerca de cómo se puede estructurar ..."</p> <p>Ma: "ok, qué opinan de su ejemplo, estamos bien, ¿todos de acuerdo? ¿qué dicen sobre ese ejemplo? Mm, ¿sí, está todo bien? ¿alguna idea? ¿está todo bien o que Ángel siga con el que viene? ¿Qué</p>	<p>Debido a que la exposición comenzó a ser aburrida los médicos internos de pregrado empezaron a dejar de prestar atención y</p>	<p>primer proceso fase ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>evocar</p>

	<p>Ángel siga? Ok, sigue Ángel. ¿o quién va?"</p> <p>Ao: "sí, no, sigo yo, sigo yo y pues bueno, por ejemplo, aquí unas imágenes que anexé de algunos casos de cómo se puede estructurar un PSOAP, este"</p> <p>Ma: "ajá"</p> <p>Ao: "pues bueno, por ejemplo, pues aquí tienen, subjetivo, objetivo, el análisis y el plan, bueno pues es igual otro ejemplo, un paciente ..."</p>	<p>quedarse dormidos, igualmente hacía mucho calor.</p>			
<p>Momento 4 12:44.23 – 13:00.36 pm *caso clínico</p>	<p>Ma: "Bueno, que les parece, les voy a decir, a hablar sobre un caso y ustedes van a hacer ahorita su nota en este momento, yo voy a ser el caso, ósea, yo voy a ser el paciente, a mí me pueden preguntar todo lo que ustedes necesiten saber y vamos a construirlo, aunque cada uno va a hacer su nota de manera individual al momento del interrogatorio, ya te robé tu lugar."</p> <p>Ao: "no ahí está bien, no se preocupe"</p> <p>Ma: "ah ok, al momento de interrogar, chicos ahí pueden tomar hojas, ahí hay hojas de evolución médica"</p> <p>Ao: "a lo quiere a mano"</p> <p>Ma: "si lo vamos a hacer a mano como si tuviéramos aquí al paciente y estuviéramos trabajando sobre el expediente clínico"</p> <p>Ao: "se lo vamos a entregar"</p> <p>Ma: "sí", vamos a trabajar ahorita... ok, este me va a poder preguntar como si yo fuera el paciente real y vamos a poder hacer preguntas de manera grupal pero cada uno construye su propia nota médica. Por favor, les parece"</p> <p>Aa: "ok"</p> <p>Aa: "está bien"</p> <p>Aa: "me puedes compartir una hoja, por favor"</p>	<p>Parecen distraídos, no identifican las indicaciones</p>	<p>primer proceso fase ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>intelegir</p>

<p>Momento 4 12:44.23 – 13:00.36 pm *caso clínico</p>	<p>Ma: “que es lo que debemos preguntar en la ficha de identificación” Aa: “nombre, edad, ocupación” Ma: aja ya dijimos que es Guadalupe de 70 años de edad, es ama de casa, alérgica al hierro... que más les gustaría saber” Ao: “solamente tiene las enfermedades que ya nos dijo” Ma: “el hipotiroidismo, problemas para dormir, dolor en rodillas, esos son sus antecedentes patológicos” Ao: “les parece si nos pasamos a motivo de consulta” Ao: “no porque, sería primero antecedentes personales no patológicos y heredofamiliares” Aa: “bueno es que eso sería en la historia clínica completa” Ma: “en la nota médica usando el PSOAP no lo tienes que preguntar, puedes hacerlo en los casos que creas es importante para establecer un diagnóstico” Ao: “a ok, entonces, si ya sería el padecimiento actual” Ao: “recuerda ya los antecedentes familiares fueron negados” Aa: “entonces sí, motivo de consulta” Aa: “es que a parte los heredofamiliares que tanto importan en este caso” Ma: “claro, dependerá del motivo de consulta y de los diagnósticos preliminares, los hallazgos e interpretaciones que tú vallas construyendo durante la consulta” Aa: “uju” Ma: “entonces quieren saber porque viene a consulta” Ao y Aas: “sí, por supuesto, claro” Ma: “a pues vengo a traerle todo lo que me hice, lo que me pidieron, le traigo unos laboratorios, una mastografía y</p>		<p>primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>realizaciones</p>	<p>verificar</p>
<p>Momento 4 12:44.23– 13:00.36 pm</p>	<p>Ao y Aas: “sí, por supuesto, claro” Ma: “a pues vengo a traerle todo lo que me hice, lo que me pidieron, le traigo unos laboratorios, una mastografía y</p>		<p>segundo proceso fase autorreflexión</p>	<p>realizaciones</p>	<p>verificar</p>

<p>*caso clínico</p>	<p>unas radiografías de mis rodillas, por eso vengo” Ao: “porque le mandaron a hacer todo eso” Ma: “los laboratorios son para ver como estoy, la mastografía ya me tocaba y pues la radiografía es porque me duelen mucho mis rodillas” Ao y Aa: “si” Ao: “lo de la rodilla fue una densitometría o que fue exactamente” Aa: “fueron unas radiografías” Ma: “nos serviría una densitometría para las rodillas, doctor” Ao: “no, era para ver los huesos, pero no” Aa: “pero esos laboratorios, mmm” Ma: “quieren saber los laboratorios, Damaris” Aa: “si por favor” Ma: “se los voy a leer...” Aa: “una pregunta cuando le hicieron los laboratorios estaba en ayuno” Ma: “estaba en ayuno, recuerda por regla los laboratorios de control son en ayuno” Aa: “ay si” Ma: “pero si igual vale la pena confirmarlo” Aa: “señora, entonces no le pidieron laboratorios para saber cómo está su tiroides” Ma: “no” Aa: “cuando fue la última vez que le hicieron algún control de su tiroides” Ma: “hace más de 1 año” Ao: “en la radiografía, no sé, si nos pueda decir la interpretación o si tenga los resultados” Ma: “si claro... compatibles con gonartrosis grado II” Aa: “y la mastografía” Ma: “Birads II” Aa: “a pues es que aquí lo que seguiría sería explicarle los hallazgos encontrados en los</p>				
<p>Momento 4 12:44.23– 13:00.36 pm *caso clínico</p>		<p>La estudiante retroalimenta a sus compañeros</p>	<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>realizaciones</p>	<p>verificar</p>

<p>Momento 4 12:44.23 - 13:00.36 pm *caso clínico</p>	<p>que sumarlo como un posible recién diagnostico... que más" Aa: "pues ahora pasarnos a la exploración física..." Ao: "tendríamos que describir hallazgos clínicos por la gonartrosis"</p>		<p>proceso fase auto reflexión</p>		
<p>Momento 5 13:00.36 - 13:19.54 pm * cierre y conclusiones</p>	<p>Ma: "mmm, bien, entonces quiero saber sus impresiones diagnosticas, como queda ya después de todo lo que hemos platicado ..." Aa: "probable prediabetes" Ao: "sobrepeso y gonartrosis grado II" Ma: "tendríamos que sumar a los que ya estaban ... los que están mencionando ustedes" Aa: "también faltaría poner el Birads II" Ma: "ese lo ponemos como impresión diagnóstica" Ao: "no, ese va en nuestro análisis de datos" Ma: "ustedes deben detallar los resultados, describir cuál será su seguimiento..." Ao: "sería decirle que salió todo normal y que debe hacerse el estudio nuevamente en un año, para su control..." Ao: "también faltaría su derivación a traumatología para ver lo de sus rodillas" Ma: "haber chicos entonces ya de lo que estamos hablando ahora es de lo que pondría en sus indicaciones, es decir, cuál es su plan de manejo ..." Ao: "sí" Aa: "entonces yo le pondría que repita la mastografía en 6 meses"</p>		<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>realizaciones</p>	<p>verificar</p>
<p>Momento 5 13:00.36 - 13:19.54 pm * cierre y conclusiones</p>	<p>Ma: "porque, se trata de una paciente con Birads II de 70 años, dime porque tomarías esa decisión" Aa: "ay no sé, es que creo que es en 6 meses o en un año, ya no sé"</p>		<p>primer proceso fase auto reflexión</p>	<p>realizaciones</p>	<p>verificar</p>

<p>Momento 5 13:00.36 - 13:19.54 pm * cierre y conclusio nes</p>	<p>Ma: "recuerda que según la NOM debemos ..."</p> <p>Ma: "muy bien, entonces en el plan de tratamiento también hay que estructurarlo, poner un orden de acciones ... que es lo que proponen"</p> <p>Ao: "envío a traumatología para valoración de sus rodillas"</p> <p>Aa: "prescribiría un analgésico"</p> <p>Aa: "dar continuidad al tratamiento farmacológico ya establecido, le pediría que una vez que tenga el control tiroideo regrese por si es necesario ajustar dosis ... dejaría lo del diagnóstico del trastorno del sueño ..."</p> <p>Ma: "muy bien, que más"</p> <p>Ao: "yo indagaría más sobre el trastorno del sueño para valorar si puedo retirar el tratamiento por los efectos adversos del mismo, bueno no sé ... pero sí creo que debemos precisar"</p> <p>Ma: "si totalmente de acuerdo, es muy importante que ... de hecho intencionadamente ... ajá, ¿qué más nos falta?"</p> <p>Ao: "lo de hacer énfasis en los cambios en el estilo de vida"</p> <p>Aa: "yo le pediría una curva de tolerancia a la glucosa"</p> <p>Ma: "claro que sí... pero dime que más tendría que solicitarle además de la curva y porque"</p> <p>Ao: "la hemoglobina glicada"</p> <p>Aa: "perfil de lípidos"</p> <p>Ma: "¿que están pensando?"</p> <p>Aa: "pues ya podríamos pensar en integrar un probable síndrome metabólico, porque ya tiene sobrepeso y alteración de la glucosa, entonces hay que descartar la presencia de dislipidemia..."</p> <p>Ma: "si excelente, ... respecto a los laboratorios que tenemos nos faltaría también conocer el valor de ácido úrico ... y quien hizo el cálculo de la filtración glomerular"</p> <p>Aa y Ao: "no"</p>		<p>primer proceso fase auto reflexión</p>	<p>realizaciones</p>	<p>valorar</p>
---	--	--	--	----------------------	----------------

<p>Momento 5 13:00.36 - 13:19.54 pm * cierre y conclusio nes</p>	<p>Ma: "y luego, recuerden a todos los pacientes hay que calcular su funcionamiento renal" Aa: "tiene 73" Ma: "y eso está bien o está mal" Ao: "mal" Aa: "bueno, no, está bien, porque tiene 70 años, es parte del proceso normal de envejecimiento" Ao: "cierto por la edad es lo esperado" Ma: "que más, algo que les esté faltando ..." Ao: "pues valdría la pena enviar al nutriólogo" Ma: "sí, porque además de la alteración glucémica tiene sobrepeso, además recuerden que la glucosa de ayuno ... entonces es pieza fundamental en su plan de tratamiento recuerden nuestro enfoque debe ser preventivo ..." Ao: "para lo de sus rodillas le daría el complejo b" Ao: "pero se trata de una artropatía y el complejo b no sirve para eso" Aa: "yo le preguntaría primero que tan útil le es su eterocoxib para el control del dolor y si no cambiaría su tratamiento, bueno antes de eso la verdad es uno valdría la pena enviar a rehabilitación física, dos y preguntar si el tratamiento le sirve" Ma: "porque a rehabilitación" Aa: "porque por su diagnóstico le ayudaría muchísimo para mejorar y educar sobre ..." Ma: "justamente ustedes deberán considerar varios aspectos, el tiempo de espera para recibir cita en trauma, si la paciente es candidata a tratamiento quirúrgico y el fortalecimiento de su fuerza muscular ..."</p>		<p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>realizaciones</p> <p>certezas</p>	<p>verificar</p> <p>experimentar</p>
<p>Momento 5 13:00.36 - 13:19.54 pm</p>	<p>Ma: "Francisco, mañana nos tienes que explicar porque tu prescribirías complejo b y ..."</p>				

<p>* cierre y conclusiones</p>	<p>también hay otra cosa que se les está olvidando para evaluar densidad ósea, cual es ...” Ao: “cierto la densitometría ósea” Aa: “pues ya sería todo” Ma: “así es chicos, lo hicieron muy bien, pues con esto terminaríamos, tienen alguna duda” Ao y Aas: “no, bueno cuando le vamos a entregar la nota” Ma: “el día de mañana, por favor, recuerden estudiar ...” Ao y Aa: “sí, dra.” Ao: “y para mañana le digo porque el complejo b, pues yo digo que sí le serviría” Ma: “muy bien chicos, los veo mañana, que descansen”</p>				
--------------------------------	--	--	--	--	--

REFLEXIÓN

Mi cuarto registro me permite identificar la fase según el modelo cíclico de Zimmerman sobre el aprendizaje autorregulado en que se encuentran los estudiantes a través del análisis crítico-reflexivo de una serie de características observadas durante sus procesos de enseñanza-aprendizaje. De acuerdo a ello se identificó que los médicos internos de pregrado que actualmente rotan en medicina familiar se encuentran en el primer y segundo proceso de la fase de ejecución.

Sin embargo, cabe señalar que este registro es producto de una planeación didáctica intencionada, cuyo diseño tiene como fundamento el uso de la estrategia de aprendizaje basado en problemas para propiciar que los estudiantes transiten de una fase de ejecución a una de autorreflexión en la autorregulación del aprendizaje. Y ya que las actividades de la docente se ejecutaron con el plan de innovación pude identificar al menos cinco intervenciones en las que se corroboran procesos cognitivos y de intersubjetividad que corresponde al primer proceso de la fase de autorreflexión en la cual se identifica la autocrítica de los resultados obtenidos, el

descubrimiento de errores, fortalezas y debilidades y ajusta sus estrategias para enfrentar los retos que conlleva el análisis de caso clínico.

El tener estructurada la clase con claridad en los objetivos, la estrategia didáctica, las acciones de la docente, los procesos del estudiante, los recursos, la evidencia de logro y los procesos evaluativos fue fundamental para que en los estudiantes se propicie el desarrollo del autoaprendizaje. El esqueleto de mi clase de está conformado por cinco momentos Hablando de la distribución del tiempo el resultado fue muy interesante pues el 63% fue destinado al análisis, discusión y reflexión de casos clínicos reflejado en el momento dos con la revisión de la nota médica elaborada en el juego de roles en clase previa y en los momentos cuatro y cinco con la presentación del caso clínico real y las conclusiones finales respectivamente.

Respecto a mi habla reduje el abuso de muletillas, mi charla es más pausada y cordial, pero persisto con un número elevado de intervenciones, sin embargo, hay que resaltar que son más breves y detonadoras de procesos interactivos entre los estudiantes, así como retroalimentaciones dirigidas a aspectos fundamentales para alcanzar los objetivos de aprendizaje. Propicie la participación espontánea de todos los médicos internos durante la discusión, análisis, retroalimentación y cierre. Hubo evidencia del desarrollo de pensamiento reflexivo, analítico y crítico durante la presentación de sus argumentos, la identificación de sus errores y ajuste de sus estrategias por el propio alumno.

Finalmente debo señalar una serie de inconvenientes que se detonaron durante la clase; en primer lugar, el cambio de espacio educativo que derivó en una serie de incomodidades me distrajo y olvide tomar evidencias fotográficas, tampoco aplique las rubricas de evaluación formativa y sumativa ni recabe el documento escrito con la nota médica del caso clínico analizado.

USO DEL TIEMPO POR MOMENTOS DE LA CLASE

Tabla 7

Distribución por momentos de la clase la historia clínica y la nota médica utilizando el acrónimo PSOAP durante la atención de los principales motivos de consulta en medicina familiar.

Momentos de clase				
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad	(%)
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:15 pm	15	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula.	18.85%
2. REVISIÓN DE TEMA PREVIO.	12:15 – 12:30.21 pm	15.21	Aclaración de dudas y contenidos que quedaron pendientes en clase previa, así como revisión y análisis de nota médica elaborada en la actividad de juego de roles sobre caso clínico simulado.	19.12%
3. EXPOSICIÓN DEL TEMA	12:30.21- 12:44.23 pm	14.02	Exposición del tema: la historia clínica en la consulta externa de medicina familiar y la nota médica con el uso del formato PSOAP por alumno asignado.	17.62%
4. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO REAL	12:44.23- 13:00.36 pm	16.13	Se analizará un caso clínico real y de manera grupal colaborativa se establecerán diagnósticos y plan de tratamiento integral.	20.27%
5. CONCLUSIONES Y CIERRE	13:00.36- 13:19.54 pm	19.18	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo.	24.11%

Gráfica 10

Distribución del tiempo por momentos de la clase la historia clínica y la nota médica utilizando el acrónimo PSOAP durante la atención de los principales motivos de consulta en medicina familiar.

Momento	Actividad
1	BIENVENIDA
2	TEMA PREVIO
3	EXPOSICIÓN DEL TEMA
4	PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO
5	CONCLUSIONES

Uso del tiempo por momentos de clase



Nota: elaboración propia.

Tabla 8

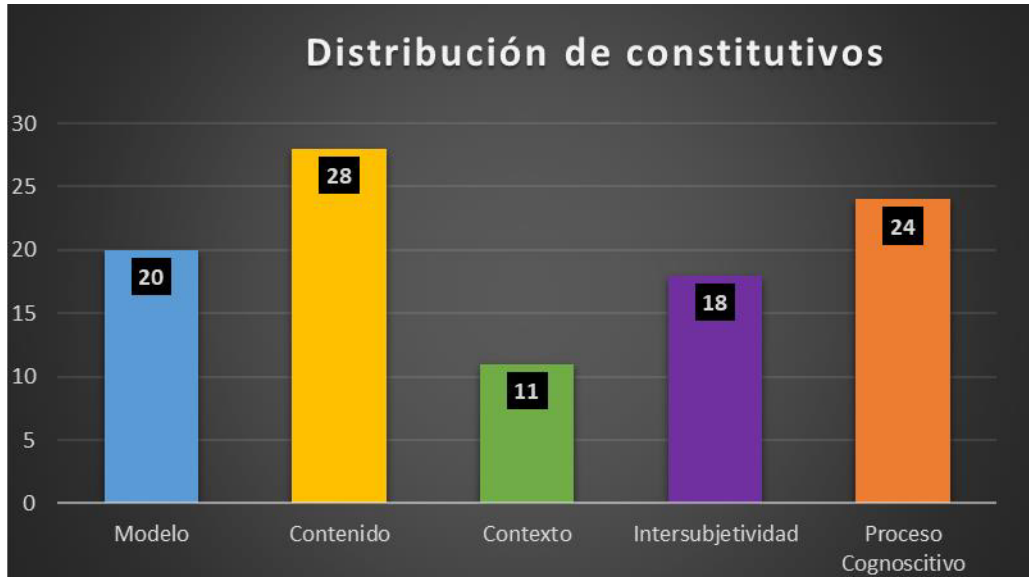
Distribución de elementos constitutivos de la clase la historia clínica y la nota médica utilizando el acrónimo PSOAP durante la atención de los principales motivos de consulta en medicina familiar.

ARQUEOLOGÍA DE LA CLASE						
No.	Momentos	Modelo	Contenido	Contexto	Intersubjetividad	Proceso Cognoscitivo
1	12:00 - 12:15 pm	2	0	3	0	0
2	12:15 – 12:30.21 pm	11	10	8	3	7
3	12:30.21-12:44.23 pm	2	5	0	4	3
4	12:44.23-13:00.36 pm	1	9	0	6	9
5	13:00.36-13:19.54 pm	4	4	0	5	5
	Σ	20	28	11	18	24
	%	20%	27%	11%	18%	24%

Nota: elaboración propia.

Gráfica 11

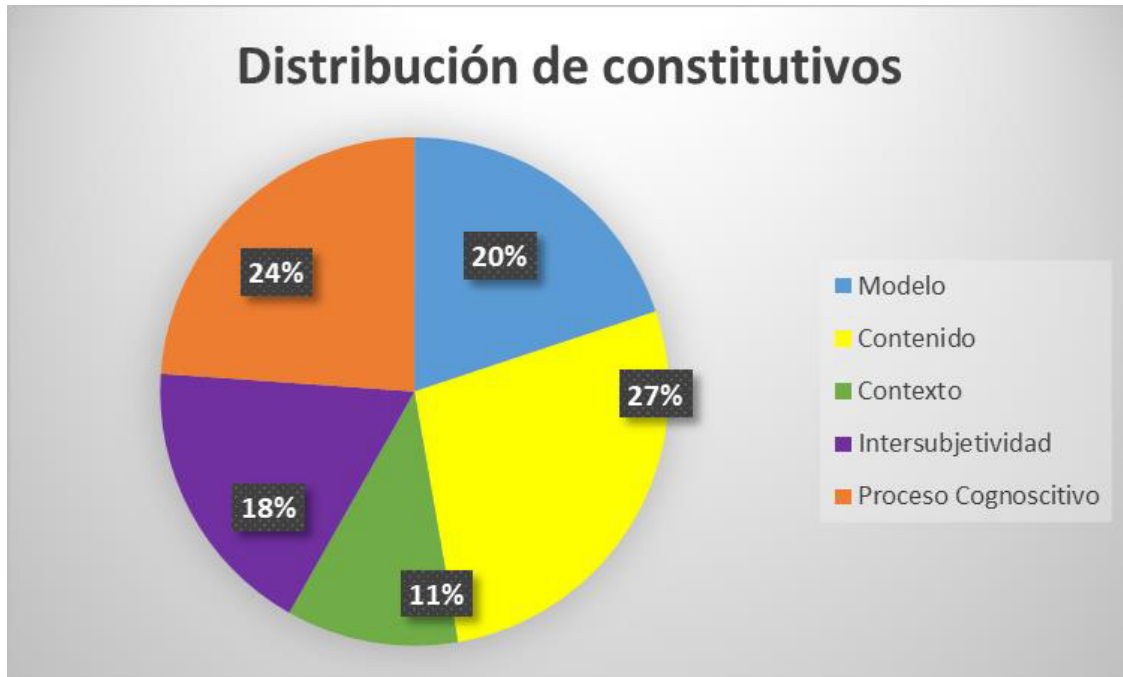
Distribución de elementos constitutivos de la clase la historia clínica y la nota médica utilizando el acrónimo PSOAP durante la atención de los principales motivos de consulta en medicina familiar.



Nota: elaboración propia.

Gráfica 12

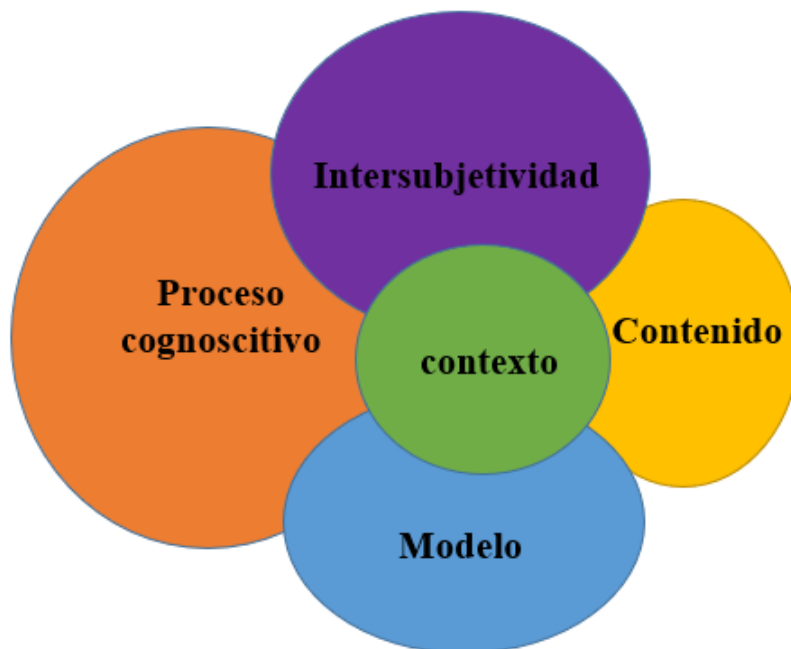
Distribución por porcentaje de elementos constitutivos durante la clase la historia clínica y la nota médica utilizando el acrónimo PSOAP durante la atención de los principales motivos de consulta en medicina familiar.



Nota: elaboración propia.

Imagen 16

Representación cualitativa de los constitutivos de la práctica docente.



Nota: elaboración propia.

En la revisión de la relación que existen entre los constitutivos en mi práctica docente, puedo identificar que el contenido ha dejado de predominar ahora reflejado en tan solo un 27% lo cual es realmente significativo pues da cuenta de una transformación personal, en cuyo escenario actual mi interés durante mi práctica docente ya no es exclusivamente a cubrir los contenidos curriculares, sino a despertar pensamiento crítico-reflexivo; me satisface enormemente ver reflejado un 24% en el proceso cognoscitivo un porcentaje más alto de lo que había visto en mis anteriores registros.

Con una distribución de un 20% está el modelo que aunque predominan mis recurrentes intervenciones, estas cada vez son más precisas y breves, dando pie a ser detonadoras para la participación de los estudiantes; en esta ocasión el contexto

aumento su porcentaje a un 11% derivado de una serie de irregularidades en la organización de mi clínica respecto a las actividades académicas a lo cual se sumó la desorganización imperante en las actividades hospitalarias que predomina entre los internos, ambas cosas resultado de un cambio de personal directivo y administrativo a nivel institucional.

Finalmente, con respecto a la intersubjetividad esta se ve representada con el 18%, y aunque es mayor que la obtenida en el tercer registro, cabe aclarar que este en realidad existen más intervenciones para señalar dicho constitutivo, sin embargo, al hacer el análisis de mi arqueología consideré que se inclinaban más hacia los procesos cognitivos, el contexto y contenido.

PLANEACIÓN DIDÁCTICA PARA LA CLASE DE HISTORIA CLÍNICA Y NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE AL CUARTO REGISTRO

Datos contextuales

Nombre de la profesora: Isabel Sánchez Márquez

Fecha: 30 enero 2024

Asignatura: Rotación clínica de medicina familiar

Sesión académica: La historia clínica y la nota médica utilizando el acrónimo PSOAP durante la atención de los principales motivos de consulta en medicina familiar.

Estrategia didáctica: Aprendizaje basado en problemas

Objetivos

* El médico interno de pregrado (MIP) comprenderá los elementos de la nota médica en la consulta externa de medicina familiar usando el acrónimo PSOAP para describir de manera precisa y clara los datos generales del paciente, motivo de consulta, información objetiva obtenida de la exploración física -estudios de gabinete o laboratoriales, análisis de los datos, diagnóstico y plan de manejo integral.

* El estudiante será capaz de elaborar notas médicas adecuadas durante la atención de casos clínicos.

* El MIP establecerá diagnósticos correctos y plan de manejo integral durante la atención de pacientes simulados y reales durante la rotación en la consulta externa de medicina familiar.

APERTURA					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>-La docente preguntará a los estudiantes sobre la revisión que cada uno hizo de los temas que quedaron pendientes en la clase previa.</p> <p>-Propiciará la discusión de los contenidos revisados.</p>	<p>Los estudiantes comentarán individualmente ante el grupo sobre la información encontrada en la revisión bibliográfica del tema.</p>	<p>Intervenciones intencionadas de los estudiantes con argumentos fundamentados</p>	<p>Dispositivos digitales para revisión de material digital bibliográfico, conectividad a internet, diálogo grupal, discusión dirigida.</p>	<p>10 min</p> <p>Aula-2, distribución en forma de seminario</p>	<p>DIAGNÓSTICA</p> <p>De desempeño</p> <p>Preguntas abiertas sobre la investigación individual de los contenidos</p>
<p>-La docente solicitará dar lectura en voz alta de la nota médica elaborada en la clase previa.</p> <p>-Propiciará la participación de todos los estudiantes.</p> <p>- Retroalimentará los contenidos</p>	<p>El estudiante que hizo el rol de médico en el ejercicio de juego de roles en la clase previa dará lectura a la nota médica que escribió sobre su caso clínico simulado.</p> <p>Los estudiantes escucharán la lectura de la nota médica e identificarán aciertos, errores y áreas de mejora.</p>	<p>Lectura de una nota médica utilizando correctamente el acrónimo PSOAP.</p> <p>Retroalimentación con las observaciones identificadas</p> <p>Debate grupal sobre los diagnósticos y plan de tratamiento establecido.</p>	<p>Documento escrito con la nota médica</p> <p>Registro del análisis de observaciones</p>	<p>10 min</p> <p>Aula-2, distribución en forma de seminario</p>	<p>FORMATIVA</p> <p>De observación y desempeño</p> <p>Guía de observación</p> <p>Registro anecdótico</p> <p>Lista de cotejo</p>

DESARROLLO					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>-La docente solicita que se dé inicio a la exposición del tema.</p> <p>-Verificará el cumplimiento de los objetivos y la veracidad de los contenidos presentados.</p>	<p>El estudiante asignado para la exposición del tema investiga en diferentes fuentes bibliográficas y presenta los contenidos a manera de exposición apoyado en una presentación de power point.</p>	<p>Exposición del tema de manera clara, precisa y pertinente, apoyándose en ejemplos de casos clínicos.</p> <p>Participación con aportaciones fundamentadas del tema</p>	<p>Equipo de cómputo, proyector, señalador, pantalla.</p>	<p>20 min</p> <p>Aula-2, distribución en forma de seminario</p>	<p>FORMATIVA</p> <p>De desempeño</p> <p>Rubrica de presentación o exposición de un tema</p>

-Retroalimentará y propiciará aportaciones a través de preguntas dirigidas a los MIP sobre los contenidos revisados	Los estudiantes escuchan la exposición y hacen sus comentarios, aportaciones y juicios críticos del tema.				
-La docente presenta y explica un caso clínico real. -La docente responde a todos los cuestionamientos sobre el caso clínico. -La docente propiciará la discusión crítico-reflexiva del caso clínico.	Los estudiantes preguntarán información detalla del caso clínico utilizando la estrategia del PSOAP. Los estudiantes escribirán su nota médica. Los estudiantes discutirán de forma crítico-reflexiva el caso clínico.	Preguntas asertivas utilizando correctamente el acrónimo PSOAP.	Hojas de evolución, pluma y lápiz	10-15min	SUMATIVA De análisis del desempeño Rúbrica de atención médica en la consulta externa

CIERRE					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
- La docente solicita a los estudiantes propongan un diagnóstico y tratamiento integral para el caso clínico. - La docente explicará y apoyará con las dudas surgidas durante la conclusión del caso clínico.	Los alumnos identificarán los diagnósticos correctos en el caso clínico. Los estudiantes elaborarán un plan de manejo integral. Los estudiantes realizan autocrítica sobre los resultados obtenidos.	Participación argumentada. Consenso general sobre los diagnósticos y tratamiento. Comentarios individuales Documento con nota médica escrita	Hojas de evolución, pluma y lápiz	15 min Aula-2, distribución en forma de seminario	SUMATIVA De análisis del desempeño Rúbrica o cédula de evaluación de la consulta externa

ANEXO DE EVIDENCIAS DE LOGRO EN CLASE DE HISTORIA CLÍNICA Y NOTA MÉDICA

Imagen 17

Respuestas de dos estudiantes a la evaluación diagnóstica del tema de clase.

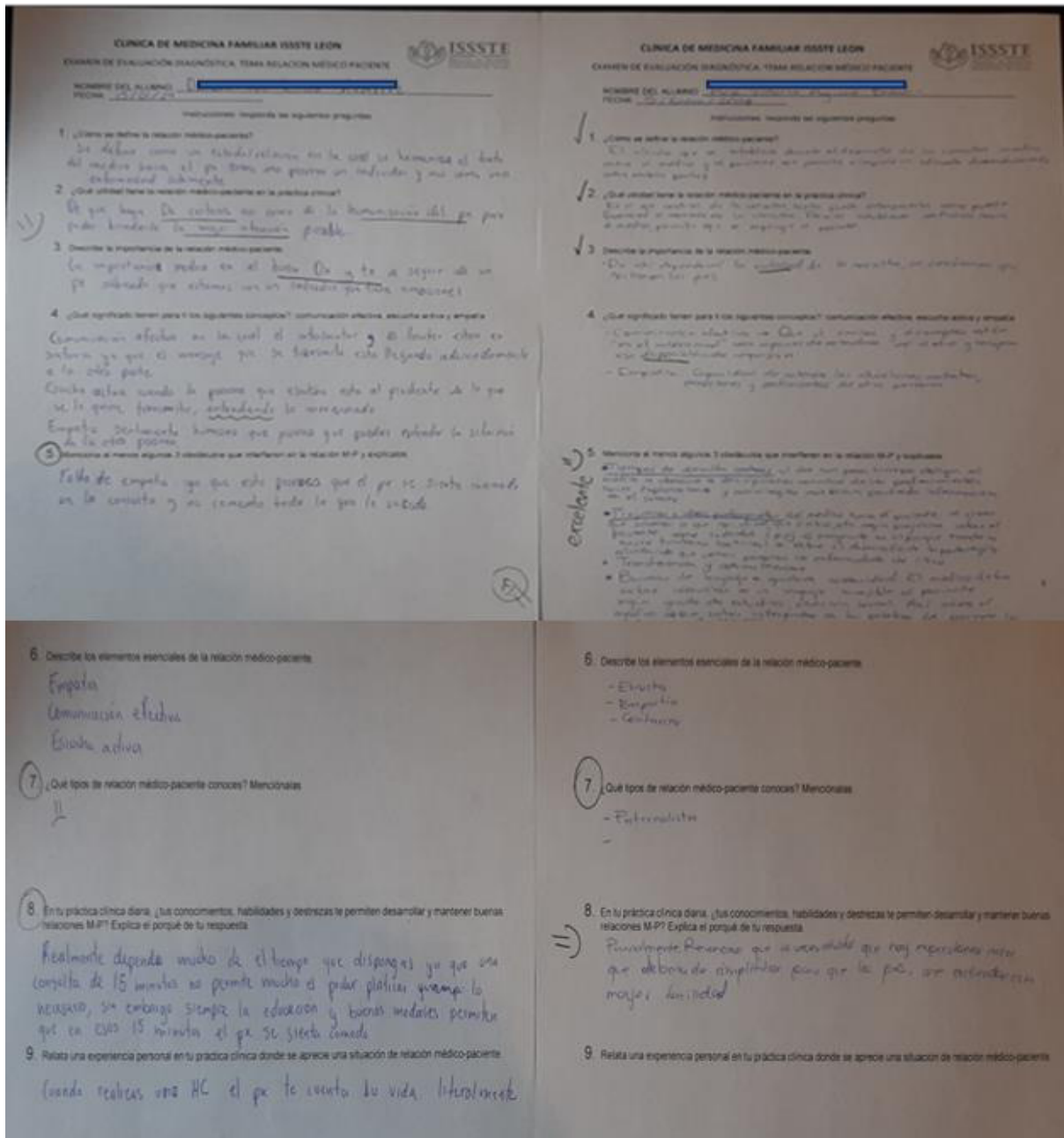


Imagen 18

Respuestas de dos estudiantes a la evaluación diagnóstica del tema de clase.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEÓN
EXAMEN DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: TEMA RELACION MÉDICO PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO: _____
FECHA: 12/01/2019

Instrucciones: responde las siguientes preguntas

- ¿Cómo se define la relación médico-paciente?
Comunicación, vínculo entre el paciente y el médico para una mejor explicación del padecimiento sufrido de la consulta.
- ¿Qué utilidad tiene la relación médico-paciente en la práctica clínica?
Que el paciente sienta confianza hacia el médico al momento de consultarlo.
- Describe la importancia de la relación médico-paciente.
Bastante comunicación, adecuada explicación del paciente al médico y viceversa para un diagnóstico diagnóstico y tratamiento.
- ¿Qué significado tienen para ti los siguientes conceptos? comunicación efectiva, escucha activa y empatía.
Comunicación efectiva: entendimiento + saber escuchar lo que quiere el paciente.
Escucha activa: Permitir al paciente hablar y poner toda la atención cuando explique el motivo de visita.
Empatía: ponerse por un segundo en el papel de la persona pasando en ese momento esa persona - escucharlo + darle la importancia médica.
- Menciona al menos algunas 3 situaciones que interfiere en la relación M-P y empatía.
- Falta de atención
- Desinterés
- No tener empatía
- No saber escuchar

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEÓN
EXAMEN DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: TEMA RELACION MÉDICO PACIENTE

NOMBRE: _____
FECHA: 12/01/2019

Instrucciones: responde las siguientes preguntas

- ¿Cómo se define la relación médico-paciente?
Es el lazo que se forja entre el médico paciente y el por a base de confianza y profesionalismo.
- ¿Qué utilidad tiene la relación médico-paciente en la práctica clínica?
Es de vital importancia ya que al momento de la atención hacia el paciente, una buena relación y un buen vínculo es lo que garantiza el éxito del médico.
- Describe la importancia de la relación médico-paciente.
Mucha ya que al momento de brindar atención o consulta hacia un paciente muchas veces se depende de cómo sea por el médico ya sea buena o mala.
- ¿Qué significado tienen para ti los siguientes conceptos? comunicación efectiva, escucha activa y empatía.
- Empatía: Ayuda que se presta por compasión, los sentimientos o motivos de la persona y por tanto un mejor acercamiento hacia el paciente.
- Escucha activa: la parte de la comunicación que se presta por la buena comunicación, el entendimiento y el aprecio.
- Comunicación efectiva: la herramienta que nos ayuda a oír y a decir nuestras ideas siempre que sean ideas y cosas.
- Menciona al menos algunas 3 situaciones que interfiere en la relación M-P y empatía.
excluye
- Ignorancia - EGO - Falta de empatía
- Cobardía - Desorden - Cuando uno no entendió o el paciente no quiere hablar la visita debe ser interrumpida con respeto, el día, el caso, la hora, el tiempo, etc.
- No poder escuchar lo que el médico le habla de cómo a la hora de la visita o cuando el paciente no quiere hablar.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEÓN
EXAMEN DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: TEMA RELACION MÉDICO PACIENTE

NOMBRE: _____
FECHA: _____

Instrucciones: responde las siguientes preguntas

Describe los elementos esenciales de la relación médico-paciente

Empatía	Desinterés	
Habilidad	Habilidades necesarias	(conocimiento de medicina)
Interés	conocimiento	tolerancia hacia el paciente)

- ¿Qué tipos de relación médico-paciente conoces? Mencionalas.
- Paternalista Desigualitario
- Informal
- Interrelativo
- En la práctica clínica diaria ¿qué conocimientos, habilidades y destrezas le permiten desarrollar y mantener buenas relaciones M-P? Explica el porqué de tu respuesta.
Claramente el conocimiento es importante en la relación M-P de igual manera ser empático con las personas es importante y a ayudar a crear un vínculo entre ambos.
- Relata una experiencia personal en tu práctica clínica donde se aprecie una situación de relación médico-paciente.
Pacientes de edad avanzada en muchos de la consulta ocurren para ser escuchados en algunos de los casos darle una buena atención y saber escuchar es suficiente.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEÓN
EXAMEN DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: TEMA RELACION MÉDICO PACIENTE

NOMBRE: _____
FECHA: _____

Instrucciones: responde las siguientes preguntas

- Describe los elementos esenciales de la relación médico-paciente.
- Escucha activa - tolerancia - profesionalismo
- Respeto - paciente
- Empatía - Confianza
- ¿Qué tipos de relación médico-paciente conoces? Mencionalas.
- Médico - paciente desconfiado
- Médico - paciente confiado
- Médico - familia
- Médico - amigo
- En la práctica clínica diaria ¿qué conocimientos, habilidades y destrezas le permiten desarrollar y mantener buenas relaciones M-P? Explica el porqué de tu respuesta.
Si, la carrera de medicina uno que requiere cierta habilidad social por tener con los pacientes y el desarrollo de día a día en un ambiente hospitalario así como tratar con los pacientes.
- Relata una experiencia personal en tu práctica clínica donde se aprecie una situación de relación médico-paciente.
Cuando los pacientes en piso del hospital hacen ciertas preguntas sobre sus bicarotas, tratamientos, cuidados, etc.

Imagen 19

Respuestas de dos estudiantes a la evaluación diagnóstica del tema de clase.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEON

EXAMEN DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: TEMA RELACION MÉDICO PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO: [Redacted]

FECHA: 13/01/2024

Instrucciones: responda las siguientes preguntas

1. ¿Cómo se define la relación médico-paciente?
Es la forma en como nos entendamos con nuestros pacientes, es la base de la atención médica, sin ella no habría confianza y comunicación que realmente sea efectiva.
2. ¿Qué utilidad tiene la relación médico-paciente en la práctica clínica?
Nos ayuda a establecer una buena relación con nuestros pacientes, crear un ambiente de confianza y comunicación efectiva que nos permita conocerlos y tratarlos integralmente.
3. Describe la importancia de la relación médico-paciente.
La importancia radica en crear un ambiente donde el paciente se sienta seguro.
4. ¿Qué significado tienen para ti los siguientes conceptos?
 - comunicación efectiva: significa tener la capacidad de poder decir lo que pensamos, pero también escuchar a otros con orden e igualdad.
 - escucha activa: Es escuchar pero también poner atención a lo que se nos dice.
 - empatía: Es ver por los demás y pensar como se sienten las cosas.
5. Menciona al menos algunos 3 obstáculos que interfieren en la relación M-P y explícalos.

Entorno

Lo que es un ambiente abierto con nada mucha gente o distracciones interfiere en mantener una buena comunicación y por lo tanto en la relación M-P.
6. Describe los elementos esenciales de la relación médico-paciente.
 - atención activa
 - compromiso del paciente
 - inteligencia emocional
 - atención
 - tiempo
7. ¿Qué tipo de relación médico-paciente conoces? Mencionalas.

Si, al final estas habilidades te permiten tener una mejor calidad al ejecutar el servicio.
8. En tu práctica clínica diaria, ¿tus conocimientos, habilidades y destrezas te permiten desarrollar y mantener buenas relaciones M-P? Explica el porqué de tu respuesta.

Si, al final estas habilidades te permiten tener una mejor calidad al ejecutar el servicio.
9. Relata una experiencia personal en tu práctica clínica donde se aprecie una situación de relación médico-paciente.

Me ha pasado que después de atender a un paciente, se encuentran tan agradecidos por la atención que se le brinda, debido a que nos tomamos el tiempo necesario, les preguntamos como se sienten y escuchamos atentamente a lo que tienen por contar. Al terminar mencionan que hay muchos otros médicos que "ni siquiera los miran" y solo ven la computadora o que por la cantidad de pacientes no se toman el tiempo o actitud necesaria y se van felices, satisfechos y muchas veces te felicitan o animan a continuar así.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEON

EXAMEN DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: TEMA RELACION MÉDICO PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO: [Redacted]

FECHA: 13/01/2024

Instrucciones: responda las siguientes preguntas

1. ¿Cómo se define la relación médico-paciente?
Es la relación/comunicación que debemos tener con los pacientes para poder lograr la apertura de confianza de ellos para nosotros.
2. ¿Qué utilidad tiene la relación médico-paciente en la práctica clínica?
Es vital ya que gracias a esa relación logramos hacer las preguntas adecuadas y sabemos que llegar a una conclusión/da.
3. Describe la importancia de la relación médico-paciente.
Sin la relación se por se puede lograr la apertura en el interrogatorio para lograr un diagnóstico.
4. ¿Qué significado tienen para ti los siguientes conceptos?
 - comunicación efectiva: es el poder dialogar con otros personas respetando y escuchando a lo que me dice y respetando la opinión.
 - escucha activa: poder escuchar, captar y poder entender a lo que se te dice.
 - empatía: poder sentirte en el lugar de la otra persona, empatar por sentir.
5. Menciona al menos algunos 3 obstáculos que interfieren en la relación M-P y explícalos.

Deficiencia de la comunicación, escucha activa, entendiendo y falta de respeto.
6. Describe los elementos esenciales de la relación médico-paciente.
 - atención
 - confianza
7. ¿Qué tipo de relación médico-paciente conoces? Mencionalas.

Si, Si.
8. En tu práctica clínica diaria, ¿tus conocimientos, habilidades y destrezas te permiten desarrollar y mantener buenas relaciones M-P? Explica el porqué de tu respuesta.

Porque al poder entender al paciente que tengo los conocimientos, habilidades y destrezas para hacerlo esto le puede generar seguridad y tranquilidad al estar conmigo y me ayuda la confianza para poder tratar su enfermedad.
9. Relata una experiencia personal en tu práctica clínica donde se aprecie una situación de relación médico-paciente.

~o

QUINTO REGISTRO CLASE DE DISLIPIDEMIAS

UBICACIÓN

Institución: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Domicilio: Calle Cholula S/N Col. Azteca, León Guanajuato.

Docente: Dra. Isabel Sánchez Márquez

Nivel Académico: Licenciatura

Carrera: Médico Cirujano

Grado: Internado de pregrado

Lugar: Aula 2 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Servicio Rotatorio: Medicina Familiar

Horario: 12:00 – 13:00 pm

Fecha: 12 de febrero de 2024

CONTEXTO

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León, es una institución escuela que de forma permanente recibe médicos estudiantes provenientes de diferentes universidades, para que mientras están cursan su año rotatorio de pregrado en el Hospital Regional ISSSTE y Hospital Ángeles realicen con nosotros su rotación clínica por el servicio de medicina familiar; lo cual por tratarse de un ambiente hospitalario óptimo para que los estudiantes apliquen e integren los

conocimientos adquiridos en los años previos y ejecuten sus destrezas, habilidades y actitudes necesarias para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos que con mayor frecuencia acuden a recibir atención al primer nivel; se constituye como una unidad pertinente para propiciar procesos de enseñanza-aprendizaje significativos.

Durante su permanencia en nuestra unidad los médicos internos de pregrado, tienen la posibilidad de colaborar en la consulta externa guiados en todo momento por un médico, acudir a sesiones clínicas, participar en seminarios académicos para la revisión temática del programa académico, apoyados en investigación bibliográfica pertinente y análisis de casos clínicos, intervenir en los diversos programas de salud (inmunizaciones, planificación familiar y atención integral en diabetes) promoviéndose en los estudiantes un pensamiento crítico-reflexivo sobre los resultados de sus acciones y autorregulación de su aprendizaje.

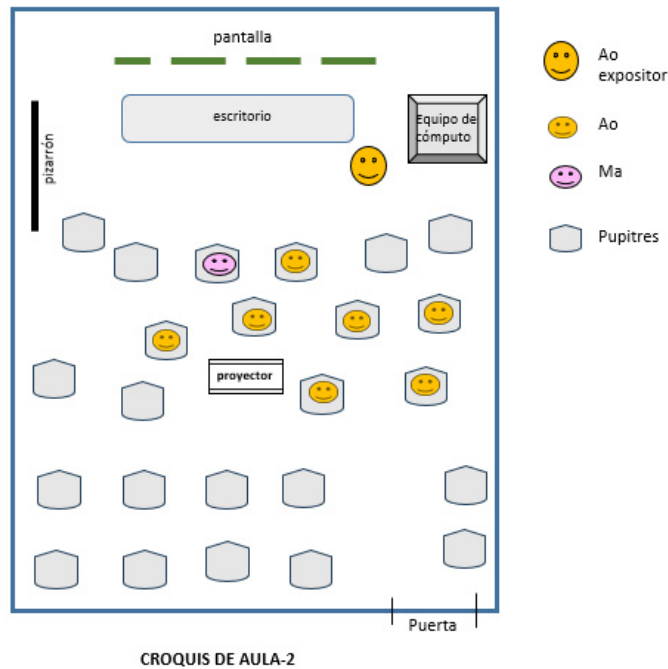
Los médicos internos de pregrado que fueron asignados a rotar durante el periodo de enero a febrero del 2024 inicialmente estaba conformado por seis médicos: tres mujeres y tres hombres, provenientes de la Universidad Autónoma de Guadalajara y la Universidad de San Luis Potosí; sin embargo, se agregaron dos médicos nuevos proveniente de la Universidad Plan Bienestar Benito Juárez quedando una rotación de ocho estudiantes: cuatro mujeres y cuatro hombres. Las actividades que estarán desarrollando durante su permanencia son: de 7:00am a 12:00pm permanecen en el consultorio médico asignado para observar y participar activamente con todas las acciones desarrolladas directamente con el paciente atendido; diariamente en horario de 12:00 a 13:00pm participan en las sesiones académicas programadas en las cuales se abordan los principales temas de salud atendidos en la consulta externa de medicina familiar.

Es importante señalar que en estas últimas semanas ha sido complicado desarrollar nuestras clases; ya que un gran número de estudiantes han reportado pruebas para sars-covid positivas e influenza tipo b, lo que nos obligó a retomar el uso del cubrebocas; reduciendo la interacción personal y aumentando la preocupación sobre la reactivación de nuevos casos con los diagnósticos mencionados. A este escenario se suma un aumento en la carga de trabajo hospitalario para los estudiantes; pues su participación durante las guardias suele ser más extenuante propiciado que su estado sea claramente de fatiga crónica.

DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO

Imagen 20

Croquis de la distribución dentro del aula durante la clase.



Nota: elaboración propia.

TEMA DE LA CLASE

Dislipidemias

PROPÓSITOS DE LA CLASE

- * El médico interno de pregrado (MIP) identifica el concepto, los criterios diagnósticos y clasificación de las dislipidemias.
- * El alumno reconoce el correcto manejo farmacológico y no farmacológico en pacientes con diagnóstico de dislipidemia.
- * El estudiante distingue acciones de prevención primaria y secundaria en los pacientes con dislipidemia.
- * El MIP discute experiencias de casos clínicos de la consulta externa con sus compañeros y profesora.
- * El alumno desarrolla una actitud reflexiva que le permita reconocer sus procesos de aprendizaje ante el análisis de casos clínicos y los resultados obtenidos de su desempeño.
- * El estudiante evalúa sus errores, fortalezas y debilidades durante el desarrollo del tema.

PROCESO

Luego de dar la bienvenida a los estudiantes y explicarles nuestra forma de trabajo para la sesión académica mientras van llegando y acomodándose en los pupitres procedo a entregarles su autoevaluación diagnóstica, discutimos dudas e inquietudes, se abre un espacio de diálogo para compartir los resultados identificados al desarrollar la prueba. A la par el alumno asignado para exponer el tema de clase prepara el equipo de cómputo y proyección para poder dar inicio a la

exposición del tema; al final tenemos una retroalimentación profunda con procesos reflexivos autocríticos por parte de los estudiantes.

ESQUELETO DE LA PRÁCTICA

Planeación de Momentos			
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:05 pm	5	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula.
2. APLICACIÓN Y DE AUTOEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	12:05- 12:20 pm	15	Los estudiantes de forma individual darán respuesta a la prueba escrita de autoevaluación diagnóstica,
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	12:20- 12:35 pm	15	Discusión sobre las reflexiones e interpretaciones de los resultados obtenidos en su prueba.
3. EXPOSICIÓN DEL TEMA	12:35 – 12:55 pm	20	Exposición del tema dislipidemias por alumno asignado.
5. CONCLUSIONES Y CIERRE	12:55 – 13:10 pm	15	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo, así como los compromisos de mejora en sus procesos de autoaprendizaje.

Momentos	Hechos	Inferencias	Fases de ruta crítica	Niveles de Intersubjetividad	Operaciones Cognitivas
Momento 1 12:00 - 12:10 pm *Saludo	/Me encuentro con Ángel y Ana sentados afuera del aula esperando a que llegue para abrirles, mientras entramos y nos instalamos; saludo a cada uno de ellos y les pregunto por el resto de sus compañeros a lo cual responden que aún siguen en su servicio de rotación. Llega Francisco deja su mochila y vuelve a salir; al ver que el resto de los estudiantes no llegan; escribo un mensaje de texto en el grupo de WhatsApp informándoles que la tolerancia para dar inicio con la clase será únicamente de 10 minutos. Mientras se van incorporando lentamente los estudiantes que faltaban, se establece un diálogo informal donde comparten algunas experiencias los que se encuentran de postguardia, al llegar francisco comenta que no ha comido nada/	Al menos 3 de los estudiantes se observan muy agotados pues están de postguardia; hoy se integran 2 estudiantes nuevos a la clase y están muy tímidos, francisco regresa con alimento y se pone a comer desesperada y ansiosamente. Hay bullicio, murmullos por los nuevos integrantes.			

	/procedo a grabar la clase en audio/				
<p>Momento 2 12:10 – 12:20 pm</p> <p>* Evaluación diagnóstica</p>	<p>Ma: “hem, lo primero que vamos a hacer es su evaluación diagnóstica” Aa: “¡No!”</p> <p>Ma: “tenemos o van a disponer diez minutos para responder su evaluación diagnóstica, esto es porque, bueno, se supone que cada uno de ustedes y no solo Luis debe revisar el tema, entonces es un tema que además ya deben dominar puesto que es una de las principales causas de consulta externa en medicina familiar, entonces, contamos a partir de ahorita diez minutos chicos para que respondan su prueba por favor, si tienen alguna pregunta sobre o alguna dificultad para responder no les voy a dar las respuestas, pero me refiero ah, si alguna pregunta no está clara, por favor me dicen, ujum”</p> <p>/Mientras estoy hablando paso a sus lugares para entregarles una prueba escrita donde contestarán su autoevaluación diagnóstica/ Ma: “¿qué haces?” Ao: “buscando una pluma por aquí, estoy viendo esta que está muy grande para ver si funciona, tengo un lápiz infinito” Ma: “tiempo de pararse, no tiempo para ir a comprar no sé qué, la comida, nada de eso, ¿ok?” Ao: “bueno” Ma: “¿mande?” Ao: “¿qué ella les dio ese tema? ¿pues en teoría? todos debemos de saber, todos”</p> <p>/Los estudiantes continúan contestando su examen en silencio/ Ma: “¿aún están aquí? ¿ya casi acaban? Jaja, ¿les falta mucho? ¿o qué?” Aas: “mmm” Ma: “bueno, me imagino de alguien a quien le falta mucho, pero los demás ¿cómo van?” Ao: “ya casi acabo” Ma: “contestamos lo que sabemos, realmente estas preguntas lo que tienen, o en lo que están enfocadas son en al menos los conceptos esenciales</p>	<p>Ángel nunca trae pluma; generando desorden a la clase pues sus compañeros de inmediato se ponen a buscar en sus mochilas para prestarle alguno</p>	<p>Primer proceso fase planificación</p>	<p>Supuestos</p>	<p>Evocar</p>
<p>Momento 2 12:10 – 12:20 pm</p> <p>* Evaluación diagnóstica</p>	<p>Ma: “¿aún están aquí? ¿ya casi acaban? Jaja, ¿les falta mucho? ¿o qué?” Aas: “mmm” Ma: “bueno, me imagino de alguien a quien le falta mucho, pero los demás ¿cómo van?” Ao: “ya casi acabo” Ma: “contestamos lo que sabemos, realmente estas preguntas lo que tienen, o en lo que están enfocadas son en al menos los conceptos esenciales</p>	<p>Damaris llevo 7 minutos tarde por lo tanto apenas comenzó a resolver su prueba</p>	<p>Primer proceso fase ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>Experimentar</p>

	<p>que ustedes deben de tener sobre el tema que vamos a revisar el día de hoy, si estos conceptos esenciales no están claros, podemos tener confusiones al momento de evaluar nuestros casos clínicos, vamos a exponer, o ustedes van a explicar dos casos clínicos diferentes hoy, en los cuales tenemos que hacer un diagnóstico preciso y lo más importante el manejo integral que ustedes van a decidir en sus casos, sale.”</p>	<p>Observo que varios estudiantes ya no escriben solo mantienen una actitud como tratando de recordar conceptos</p>			
<p>Momento 3 12:20-12:30.18 pm * Análisis de resultados</p>	<p>Ma: “entonces, quiero que de alguna manera muy general que me compartan alguno de ustedes si hubo alguna pregunta que definitivamente no tienen la mínima idea” Ao: “la seis” Ma: “¿la seis Francisco?” ¿cuáles son las metas de control bioquímico en los pacientes con dislipidemias? ¿nada? Ni si quiera así que digas bueno” Ao: “no recuerdo” Ma: “no recuerdas nada, ¿al menos recuerdas a qué factores bioquímicos nos tenemos que referir cuando hablamos de metas? ¿a qué valores? Ya no hablo de la cantidad, si no, ¿de qué parámetros?” Ao: “valores sobre el nivel del LDL y HDL y todo eso?” Ma: “ajá, entonces, ¿cuáles son esos parámetros? A ver, dímelos Francisco” Ao: “¿quiere la cantidad?” Ma: “no, osea, no me digas el número, dime, ¿qué elementos tendríamos ahí en nuestro paciente, dijiste HDL, ajá” Ao: “eh, HDL, LDL” Aa: “colesterol total” Ma: “colesterol total, si” Ao: “triglicéridos” Ma: “triglicéridos, ok, ¿a qué te lleva eso Francisco?, imagínate que ahorita hubieras tenido que ver a un paciente en la consulta, que el médico te hubiera dicho, te lo encargo, tú lo resuelves, sale, y te hubieras enfrentado a un caso como este y el paciente te pregunta, ¿cómo voy? ¿en qué te vas a guiar? Quizás nos confiamos porque que siempre tenemos un valor de referencia en el laboratorio que nos dan,</p>	<p>De inmediato francisco levanta la mano; su actitud es de absoluta honestidad; el resto del grupo mueve la cabeza asintiendo que concuerda con francisco sobre tener dudas y reconocer que muchas cosas no las tienen claras</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>
<p>Momento 3 12:20-12:30.18 pm * Análisis de resultados</p>	<p>Ma: “entonces, quiero que de alguna manera muy general que me compartan alguno de ustedes si hubo alguna pregunta que definitivamente no tienen la mínima idea” Ao: “la seis” Ma: “¿la seis Francisco?” ¿cuáles son las metas de control bioquímico en los pacientes con dislipidemias? ¿nada? Ni si quiera así que digas bueno” Ao: “no recuerdo” Ma: “no recuerdas nada, ¿al menos recuerdas a qué factores bioquímicos nos tenemos que referir cuando hablamos de metas? ¿a qué valores? Ya no hablo de la cantidad, si no, ¿de qué parámetros?” Ao: “valores sobre el nivel del LDL y HDL y todo eso?” Ma: “ajá, entonces, ¿cuáles son esos parámetros? A ver, dímelos Francisco” Ao: “¿quiere la cantidad?” Ma: “no, osea, no me digas el número, dime, ¿qué elementos tendríamos ahí en nuestro paciente, dijiste HDL, ajá” Ao: “eh, HDL, LDL” Aa: “colesterol total” Ma: “colesterol total, si” Ao: “triglicéridos” Ma: “triglicéridos, ok, ¿a qué te lleva eso Francisco?, imagínate que ahorita hubieras tenido que ver a un paciente en la consulta, que el médico te hubiera dicho, te lo encargo, tú lo resuelves, sale, y te hubieras enfrentado a un caso como este y el paciente te pregunta, ¿cómo voy? ¿en qué te vas a guiar? Quizás nos confiamos porque que siempre tenemos un valor de referencia en el laboratorio que nos dan,</p>	<p>De inmediato francisco levanta la mano; su actitud es de absoluta honestidad; el resto del grupo mueve la cabeza asintiendo que concuerda con francisco sobre tener dudas y reconocer que muchas cosas no las tienen claras</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>

<p>Momento 3 12:20-12:30.18 pm * Análisis de resultados</p>	<p>pero si no los tuvieras, ¿qué hubieras hecho? Tenemos que pensar de verdad, esto es algo auto reflexivo eh. ¿hay alguna otra en la que por ahí hubiera habido alguna confusión?” Aa: “en la de la alfalipoproteinemia, la verdad” Ma: “¿la de qué?” Ao: “alfa” Ma: “ah, ¿qué es la hipoalfalipoproteinemia? ¿alguien la supo?” Ao: “no, yo no recuerdo, de hecho, también me equivoqué ahí en esa” Ma: “¿alguien? ¿tú Luis?” Ao: “mmm, creo que era, bueno, no esa no la tengo yo tampoco” Ma: “pero, ¿tú qué crees?” Ao: “pero creo, bueno, en las anteriores, pues en una se eleva solamente el colesterol y aumenta triglicéridos, en otra disminuye el HDL y eleva los dos, entonces en este caso, creo que hay una por ejemplo una reacción inflamatoria en el paciente y que tiende ahí a aumentar triglicéridos y el colesterol total, disminuye el HDL.” Ma: “disminuye el HDL, ¿por qué nos preocupa si el HDL está abajo?” Aa: “porque incrementa nuestro riesgo aterogénico” Ma: “¿escribieron qué es un riesgo cardiovascular? ¿cuál es la principal causa de muerte en nuestros pacientes con enfermedades crónicas degenerativas?” Aos: “las cardiovasculares” Ma: “enfermedades cardiovasculares, entonces, ¿será o no nuestra obligación entender qué es un riesgo cardiovascular y cómo debo eh, identificarlo y tratarlo?” Ao: “sí” Ma: “sí, ok, Luis, a partir de ahorita se van a quedar con su examen, así tal cual como ustedes lo escribieron, podemos cambiar de plumas, escribiste con azul, ahora vas a escribir con negro, rosita, te toca rosita, escribiste con negro, te toca con azul, con lápiz, es lo que tengo y durante o mientras estemos, Luis esté</p>	<p>Tres estudiantes interactúan y su diálogo es congruente con su actitud reflexiva y autocrítica.</p> <p>Los médicos internos de pregrado intentan recordar conceptos, sin embargo, descubren que no le es suficiente y en su actitud parecen desconcertados.</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p> <p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p> <p>Certezas</p>	<p>Verificar</p> <p>verificar</p>
<p>Momento 3 12:20-12:30.18 pm * Análisis de resultados</p>	<p>pero si no los tuvieras, ¿qué hubieras hecho? Tenemos que pensar de verdad, esto es algo auto reflexivo eh. ¿hay alguna otra en la que por ahí hubiera habido alguna confusión?” Aa: “en la de la alfalipoproteinemia, la verdad” Ma: “¿la de qué?” Ao: “alfa” Ma: “ah, ¿qué es la hipoalfalipoproteinemia? ¿alguien la supo?” Ao: “no, yo no recuerdo, de hecho, también me equivoqué ahí en esa” Ma: “¿alguien? ¿tú Luis?” Ao: “mmm, creo que era, bueno, no esa no la tengo yo tampoco” Ma: “pero, ¿tú qué crees?” Ao: “pero creo, bueno, en las anteriores, pues en una se eleva solamente el colesterol y aumenta triglicéridos, en otra disminuye el HDL y eleva los dos, entonces en este caso, creo que hay una por ejemplo una reacción inflamatoria en el paciente y que tiende ahí a aumentar triglicéridos y el colesterol total, disminuye el HDL.” Ma: “disminuye el HDL, ¿por qué nos preocupa si el HDL está abajo?” Aa: “porque incrementa nuestro riesgo aterogénico” Ma: “¿escribieron qué es un riesgo cardiovascular? ¿cuál es la principal causa de muerte en nuestros pacientes con enfermedades crónicas degenerativas?” Aos: “las cardiovasculares” Ma: “enfermedades cardiovasculares, entonces, ¿será o no nuestra obligación entender qué es un riesgo cardiovascular y cómo debo eh, identificarlo y tratarlo?” Ao: “sí” Ma: “sí, ok, Luis, a partir de ahorita se van a quedar con su examen, así tal cual como ustedes lo escribieron, podemos cambiar de plumas, escribiste con azul, ahora vas a escribir con negro, rosita, te toca rosita, escribiste con negro, te toca con azul, con lápiz, es lo que tengo y durante o mientras estemos, Luis esté</p>	<p>Tres estudiantes interactúan y su diálogo es congruente con su actitud reflexiva y autocrítica.</p> <p>Los médicos internos de pregrado intentan recordar conceptos, sin embargo, descubren que no le es suficiente y en su actitud parecen desconcertados.</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p> <p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p> <p>Certezas</p>	<p>Verificar</p> <p>verificar</p>

	<p>presentándonos su tema, ustedes, ¿a quién le van a preguntar?"</p> <p>Aa: "a Luis"</p> <p>Ma: "a Luis, Luis, se supone que es el experto en el tema porque él lo preparó, entonces, las dudas que hayan tenido o que no estén claras a pesar de la explicación o la exposición que él nos dé, las vamos a aclarar con Luis, sale Luis, y ustedes de lo que ya escribieron si creen que hay algo que está mal, que les faltó puntualizar, lo van a escribir con el nuevo color, en cada una de sus preguntas, sale, ¿ok?"</p> <p>Entonces, Luis por favor ayúdanos con tu presentación, vamos a ver que nos trajiste el día de hoy. Hay ya me quedé sin plumas"</p>	<p>Los estudiantes aceptan el cambio de color de pluma y Luis se coloca al frente y prepara su material para iniciar la presentación</p>	<p>Segundo proceso fase planificación</p>	<p>Certezas</p>	<p>evocar</p>
<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Ma: "Entonces Luis, por favor, ayúdanos con tu presentación, vamos a ver, que nos trajiste el día de hoy, ¡ay! Me quede sin plumas"</p> <p>Ao: "aquí tiene esta"</p> <p>Ma: "esta, que es, ¿es azul?"</p> <p>Ao: "sí"</p> <p>Ao: "Bueno pues yo soy Luis Alberto Mendoza y voy a presentar el tema de dislipidemias, que contribuye más adelante al desarrollo de una aterosclerosis, más adelante les explico que esto es de suma importancia en nuestro medio, ya que esta enfermedad nos lleva a un riesgo muy alto de contraer una enfermedad cardiovascular; aquí tenemos los valores normales ... HDL es menor de 30 y no mayor de 35, dependiendo de la bibliografía porque hay ..."</p> <p>Ma: "ok, Luis nos acaba de decir, HDL ¿qué dijo?"</p> <p>Ao: "que los valores deben ser debajo de 40"</p> <p>Ma: "aja, y ¿eso está bien?"</p> <p>Ao: "¿Qué sea menor a 40? Si está bien"</p> <p>Ao: "no ósea, lo que yo quise decir es más bien que no debe ser menor de 40, ósea que de ese valor debe estar hacia arriba"</p> <p>Ma: "aja, entonces creo que debemos decirlo al revés porque si no nos confundimos Luis"</p>	<p>De inmediato sus compañeros se percatan del error y quieren explicarlo y corregirlo; todos se ponen más participativos.</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>verificar</p>

<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Aa: "sí" Ma: "entonces, aclaremos, hay un valor de referencia si eres hombre y uno si eres mujer, sí. Dime de cada uno ¿cuál es el valor que debes tener?" Ao: "si eres hombre arriba de 35 y mujeres arriba de 40" Ma: "ok, ¿de dónde sacaste eso?" Ao: "esto es de la GPC" Ma: "bueno, los parámetros ya cada vez son más estrictos por los factores de riesgo en nuestra población entonces actualmente los valores para hombres son mayores a 50 y mujeres a 65, esto para que realmente se convierta en un factor cardioprotector, por eso son tan importantes los valores de HDL, de ahí que siempre debemos pedir el perfil de lípidos completo..." Ao: "ok, ya me quedo más claro, debemos averiguar todos los parámetros para poder elegir el tratamiento ideal y mantener la cardio protección" Ma: "aquí, entonces mi primera intervención sería siempre que ustedes tengan la responsabilidad de pedir un perfil de lípidos asegúrense de hacerlo de manera completa" Ao: "igual de este lado tenemos los valores de los triglicéridos que serían menor a 150mg/dl, un límite leve sería de 150 a 180, un alto de 180 y ..." Ma: "ok, Luis, pero que te parece si nos hablas de cuáles son los valores normales de todo el perfil de lípidos completo" Aa: "sí, para que no nos confundamos con tantas cifras" Ao: "bueno serían, un colesterol total menor de 200, LDL menor de 100, triglicéridos menores de 150 y HDL mayor de 50 y 65 según sea hombre o mujer respectivamente" Ma: "si, muy bien, esto no se le debe olvidar chicos; adelante sigue" Ao: "bueno la importancia de la detección oportuna de esta enfermedad radica en el riesgo cardiovascular que representa para los pacientes, más adelante veremos la clasificación, pero es una</p>	<p>Todos están muy receptivos, atentos e interesados, además los observo haciendo anotaciones en su autoevaluación lo que me sugiere que están prestando atención y notando sus errores y debilidades en sus respuestas.</p>	<p>Segundo proceso fase ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p>
<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Mientras dialogamos Luis consulta su material de apoyo y corrige verbalmente lo que presento en su diapositiva.</p> <p>Ana comparte su sentir, se le percibe que está en un ambiente de seguridad</p>	<p>Mientras dialogamos Luis consulta su material de apoyo y corrige verbalmente lo que presento en su diapositiva.</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p> <p>Realizaciones</p>	<p>Verificar</p> <p>Valorar</p>

<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>enfermedad que sobre todo se asocia a enfermedades crónica, pancreatitis, obesidad, y por eso es importante ... hacer el diagnóstico más oportuno, el reto es que como se trata de una enfermedad asintomática, pues no siempre se puede hacer el diagnóstico tempranamente... la etiología, pues se trata de una enfermedad multifactorial como son ... se divide o se clasifica en dislipidemias primarias y secundarias; las primeras tienen que ver con un factor genético ... reconocer estos casos podemos pensarlo sobre todo en pacientes que llevan un estilo de vida saludables y aun así presentan cifras muy elevadas de triglicéridos o colesterol ... y en la dislipidemia secundaria existen alteraciones en el metabolismo de la lipoproteínas, bueno aquí les muestro como es la fisiopatología de la enfermedad... ahora en la imagen pueden ver la clasificación que existe de acuerdo a los valores alterados, dislipidemia mixta, hipercolesterolemia pura, hipertrigliceridemia ... respecto a los factores de riesgo ... lo que nos menciona la GPC para el diagnóstico es que para quienes no tienen factores debemos iniciar escrutinio a los 25 años ..."</p>				
<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Ma: "Luis tu nos hablaste sobre la clasificación en primaria y secundaria; dínos que porcentaje representa cada uno en la presentación de casos" Ao: "mmm, ¡qué porcentaje!" Ma: "sí, saberlo es importante porque es lo que vamos a ver en la consulta; veamos así de mis 10 pacientes que hoy veo en consulta cuantos corresponden a una causa primaria, y cual una secundaria" Ao: "no recuerdo exactamente, pero creo que son como un 80% de causa secundaria" Ma: "claro, entonces, nosotros vamos a ver principalmente dislipidemias de causa secundaria, por eso es muy importante reconocer los factores de riesgo, y recuerden que son asintomáticas, entonces</p>	<p>Mientras expone voltea a ver sus diapositivas y se percata que la información que estamos discutiendo no viene ahí</p>	<p>Segundo proceso de fase ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p>

<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>quiere decir que la mayoría de los diagnósticos terminarían siendo un hallazgo... y entonces hasta ese momento es que prestamos atención en los factores de riesgo de los pacientes y eso no debería ser así; nuestro abordaje debería ser con un enfoque preventivo de tal manera que a nuestros pacientes busquemos intencionadamente esta patología, de esta manera, entonces ¿a partir de qué edad tendría que hacer yo escrutinio, es decir Luis, que mi paciente debe ser evaluado por una probabilidad de dislipidemia?" Ao: "de los 40 años" Ma: "y esto es teniendo o no factores de riesgo" Ao: "es sin factores de riesgo" Ma: "y si tengo factores de riesgo ¿qué tanto lo recorro?" Ao: "tendríamos que empezar tamizaje a partir de los 25 años" Ma: "¿qué edad tienen ustedes chicos" Ao: "25" Ma: "y tienen factores de riesgo" Aa: "sí" Ao: "sí" Ao: "no" Ma: "con esto los llevo a que tienen que pensar de esta manera, y entonces valdría la pena que todos ustedes se hicieran un perfil de lípidos" Ao: "bueno retomando, entonces para el diagnóstico nos sirve mucho la historia clínica ..." Ma: "sí. Esta parte que nos puso Luis en su presentación sobre en los estados inflamatorios las lipoproteínas y triglicéridos suelen aumentar ¿esto con que lo relación para que me sirve? Doctora" Aa: "la verdad no lo sé" Ma: "tú sabes Damaris" Aa: "pues es que vamos a evaluar cómo está nuestro paciente, si nuestro paciente esta posterior a una infección a un evento que lo llevo a una respuesta metabólica al trauma, pues no ahí no vamos a poder hacer el diagnóstico porque vamos a tener una serie de fenómenos que pueden dar resultados poco confiables, entonces debo esperar a que se</p>	<p>El estudiante atiende las dudas de sus compañeros y da respuestas acertadas, su actitud es confiada y segura de sí misma.</p>	<p>Primer proceso de fase auto-reflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p>
<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Doc Aa: "pues es que vamos a evaluar cómo está nuestro paciente, si nuestro paciente esta posterior a una infección a un evento que lo llevo a una respuesta metabólica al trauma, pues no ahí no vamos a poder hacer el diagnóstico porque vamos a tener una serie de fenómenos que pueden dar resultados poco confiables, entonces debo esperar a que se</p>	<p>Observo intranquilidad en los estudiantes, algunos vuelven a reescribir en sus pruebas de autoevaluación, otros están quedándose dormidos pues vienen de su post-guardia</p>	<p>Primer proceso de fase auto-reflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>verificar</p>

<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>regularice su estado para establecer un diagnóstico definitivo” Ma: “ejemplo de enfermedades que pueden, dado que es una de sus características ser procesos inflamatorios crónicos, entonces podrían complicar nuestro diagnóstico” Aa: “por ejemplo las reumatológicas, como artritis reumatoide, lupus, las inmunológicas como alteraciones tiroideas” Aa: “también como diabetes, obesidad” Ma: “si, muy bien” Ao: “hay muchas más enfermedades de tipo autoinmune, a todas tendríamos que considerarlas de cierta manera” Ma: “de hecho, todas las enfermedades inmunológicas deben evaluarse en este sentido. Otro ejemplo sería la hipertrigliceridemia aislada, la cual es un claro ejemplo de condición que se presenta unas mujeres jóvenes sin factores de riesgo; en ellas se debe buscar intencionadamente enfermedades autoinmunitarias asociadas ...” Aa: “y la diabetes y obesidad, también debemos considerarlas, no, porque son enfermedades consideradas como un estado inflamatorio crónico” Ma: “si, por supuesto en estos casos se debe incluso tomar en cuenta los parámetros de lípidos dentro de las metas de control metabólico y dirigir el tratamiento a alcanzarlas ... porque se nos olvida muy seguido atender estas situaciones de manera integral y cometemos el error de ir dejando estos factores de riesgo cardiovascular en el paciente con enfermedad crónica no transmisible sin atender ...” Ao: “bueno y continuando también como dato importante es que debemos recordar que debemos tratar a estos pacientes para evitar que tengan un evento cardiovascular que ponga en riesgo su vida” Ma: “si claro”</p>	<p>Se retoma la participación, todos están muy atentos al diálogo</p>	<p>Primer proceso de fase auto-reflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>
<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>regularice su estado para establecer un diagnóstico definitivo” Ma: “ejemplo de enfermedades que pueden, dado que es una de sus características ser procesos inflamatorios crónicos, entonces podrían complicar nuestro diagnóstico” Aa: “por ejemplo las reumatológicas, como artritis reumatoide, lupus, las inmunológicas como alteraciones tiroideas” Aa: “también como diabetes, obesidad” Ma: “si, muy bien” Ao: “hay muchas más enfermedades de tipo autoinmune, a todas tendríamos que considerarlas de cierta manera” Ma: “de hecho, todas las enfermedades inmunológicas deben evaluarse en este sentido. Otro ejemplo sería la hipertrigliceridemia aislada, la cual es un claro ejemplo de condición que se presenta unas mujeres jóvenes sin factores de riesgo; en ellas se debe buscar intencionadamente enfermedades autoinmunitarias asociadas ...” Aa: “y la diabetes y obesidad, también debemos considerarlas, no, porque son enfermedades consideradas como un estado inflamatorio crónico” Ma: “si, por supuesto en estos casos se debe incluso tomar en cuenta los parámetros de lípidos dentro de las metas de control metabólico y dirigir el tratamiento a alcanzarlas ... porque se nos olvida muy seguido atender estas situaciones de manera integral y cometemos el error de ir dejando estos factores de riesgo cardiovascular en el paciente con enfermedad crónica no transmisible sin atender ...” Ao: “bueno y continuando también como dato importante es que debemos recordar que debemos tratar a estos pacientes para evitar que tengan un evento cardiovascular que ponga en riesgo su vida” Ma: “si claro”</p>	<p>Se retoma la participación, todos están muy atentos al diálogo</p>	<p>Primer proceso de fase auto-reflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>

<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Ao: “debemos aprender a calcular el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes, existen una seria de factores que hay que evaluar para esto ...” Ma: “si saben de qué nos está hablando” Aa: “de las apolipoproteínas” Ma: “cómo, explícame que entiendes habla del metabolismo de los lípidos y los quilomicrones y ...” Ma: “ok, pero todo esto que mencionas como lo identifico en los laboratorios, de que parámetros estamos hablando, ¿cómo los reportan?” Aa: “serían los HDL” Ma: “chicos que valores?” Aa: “son más bien los LDL, ¿no?” Ma: “si, muy bien” Aa: “serían valores de LDL mayores a 100 y en pacientes con riesgo cardiovascular elevado mayores de 70” Ma: “sí por supuesto, su compañero lo que les expone es el hecho de que el valor de LDL hace una diferencia en el incremento del riesgo cardiovascular en los pacientes de acuerdo a la concentración sérica que tenga, por tanto, nuestros valores foco son los LDL, de hecho, hay tratamientos cuyo enfoque circular alrededor de este parámetro, nos ayuda a definir qué tan intensivo seremos con el uso de las estatinas, por ejemplo”</p>		<p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p>
<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Ao: “hablando ya del tratamiento, pues primeramente sería un tratamiento no farmacológico, que este nos habla de cambiar el estilo de vida del paciente, el cual debe ser progresivo, nos muestra aquellas conductas que tienen un impacto en el metabolismo como son planes de alimentación adecuados, prescripción de ejercicio, evitar alcohol y tabaquismo, ... ya sabemos que estas acciones nos van a incrementar los valores de HDL y reducir LDL y también nos va reducir un 3% el riesgo cardiovascular de los pacientes” Ma: “de hecho cuando ustedes revisen el perfil de lípidos</p>				

<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>váyanse y revisen el HDL; independientemente de lo que exprese en paciente sobre su actividad física; el valor encontrado nos ayudara a reconocer a aquellos pacientes que sí realizan ejercicio pues tendrán por como resultado valores de HDL altos ... si ustedes saben eso, sobre el beneficio que genera la práctica del ejercicio y esto se lo muestran a su paciente, créanme que logran que se convierta en un cambio de estilo de vida; lo otro que quiero preguntarles es ¿qué grupo de alimentos se transforma en triglicéridos?" Ao: "grasas" Ma: "¿Quién dijo grasas", explícanos porque piensas eso?" Ao: "no lo sé, creo que no es así verdad" Aa: "carbohidratos" Ma: "¿porque carbohidratos, Damaris?" Aa: "porque según el metabolismo de los carbohidratos estos se degradan y pasan por la vida metabólica ..." Ma: "sí muy bien Damaris estas en lo correcto ... así entendemos que sugerirle a un paciente que deje de comer grasas para controlar sus triglicéridos no resultara efectivo ... para todos les dejare como tarea revisar el metabolismo de los carbohidratos y entender cómo se convierte en triglicéridos ..." Aa: "si justo estoy tratando de acordarme, creo que compartían una vía metabólica, lo voy a revisar" Ma: "perfecto, por favor Luis sigue" Ao: "aquí tengo una tabla, pero creo que no se ve bien" Ma: "maximízalo, ponle la lupa" Ao: "esta tabla nos habla del tratamiento farmacológico, el cual se establece cuando a pesar de iniciar cambios en el estilo de vida, no observamos reducción en los niveles LDL o bien no alcanzamos las metas de control en el resto de los lípidos alterados ... las estatinas son nuestra primera elección,</p>	<p>Algunos estudiantes agachan la cabeza como la intención de evitar ser cuestionados</p>	<p>Primer proceso fase de auto-reflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Verificar</p>
<p>Momento 4 12:30.18– 13:01.16 pm *Exposición del tema</p>	<p>Ma: "si justo estoy tratando de acordarme, creo que compartían una vía metabólica, lo voy a revisar" Ma: "perfecto, por favor Luis sigue" Ao: "aquí tengo una tabla, pero creo que no se ve bien" Ma: "maximízalo, ponle la lupa" Ao: "esta tabla nos habla del tratamiento farmacológico, el cual se establece cuando a pesar de iniciar cambios en el estilo de vida, no observamos reducción en los niveles LDL o bien no alcanzamos las metas de control en el resto de los lípidos alterados ... las estatinas son nuestra primera elección,</p>		<p>Primer proceso fase de</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>

	<p>sin embargo, deben saber que hay diferentes tipos de estatinas que serían de baja, moderada y alta intensidad esto está dado por la dosis prescrita del fármaco ... según esta concentración será el porcentaje que reduzca los valores LDL que van desde el 50 hasta el 30% aproximadamente, ya también dependerá de todos los demás cambios y recomendaciones en su estilo de vida que se sumen a fortalecer el tratamiento farmacológico ... también debemos recordar los efectos adversos de estos fármacos ... y pues ya “</p> <p>Ma: “entonces solo tenemos estatinas para tratar esta condición o ¿hay otras alternativas de fármaco?”</p> <p>Aa: “existen también los fibratos”</p>		<p>auto-reflexión</p> <p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p>	<p>Experimentar</p>
<p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p> <p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p>	<p>Ma: “muy bien entonces vamos a trabajar bajo esta línea de al menos estos dos grupos farmacológicos, Luis les acaba de decir que las estatinas se clasifican de acuerdo a su nivel de intensidad; esto significa que la elección de una u otra alternativa dependerá hacia donde quiero llevar a mi paciente, que tan alejado está de las metas de control, segundo es cuantos factores de riesgo tiene para enfermedad cardiovascular, siendo así estos dos elementos los que definen el nivel de intensidad elegido para su tratamiento farmacológico ... “</p> <p>Aa: “¿entonces debemos prescribir siempre estatinas?”</p> <p>Ma: “justo para allá iba, no en definitiva no es así, por esto deben conocer todos los tipos de fármacos hipolipemiantes que existen y de cada uno identificar hacia que parámetro se dirige su control, y así podrán determinar que tratamiento es el ideal para su paciente “</p> <p>Aa: “podría darnos un ejemplo”</p> <p>Ma: “imagínense una paciente cuyos valores anormales son colesterol de 250, triglicéridos de 370 y yo le prescribo atorvastatina 20mg al día, cuando hago el control noto que no hubo ninguna reducción</p>	<p>Los estudiantes empiezan a decirme sus dudas y muestran interés</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p> <p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p> <p>Realizaciones</p>	<p>Intelegir</p> <p>Verificar</p>

<p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p>	<p>significativa de los triglicéridos, esto sería porque la atorvastatina no es un fármaco que se enfoque en control de triglicéridos, justamente en este caso tendríamos que prescribir como primera línea un fibrato” Ao: “entonces tampoco le ayudaría si le aumentaremos a 40mg al día de atorvastatina” Ma: “no, pues fíjate en la tabla la atorvastatina solo puede reducir un máximo del 10% de la cifra en triglicéridos, así que no resultaría efectivo para alcanzar las metas de control, y si únicamente expondríamos al paciente a los efectos adversos del uso de estatinas” Ao: “ah ok, ya me quedo claro cómo sería” Ma: “si no me equivoco, en su programa viene como entregable hacer un algoritmo, un organizador gráfico sobre el tratamiento farmacológico en dislipidemias, verdad, para el lunes debe estar ese trabajo, debe dejar claro grupos farmacológicos, cómo se clasifican ... dosificaciones... con ese algoritmo que ustedes desarrollen deberán ser capaces de tomar decisiones en los casos clínicos que analizaremos la siguiente sesión” Ao: “bueno también les puedo mostrar unos algoritmos que traje para que vean en que situaciones se debe dar tratamiento farmacológico y en cuales no ...” Ma: “muy bien, excelente haber pues explícales a tus compañeros al respecto” Ao: “por ejemplo cuando hacemos cambios en el estilo de vida y con ellos se observa una reducción significativa de los valores de lípidos, no damos fármacos ...” Ma: “ya nos dijiste un caso, que más” Ao: “mmm, no se” Ma: “haber Francisco, ¿cuál es la meta de control de triglicéridos?” Ao: “puedo leerla” Ma: “si” Ao: “150mg/dl” Ma: “si, menor o igual a 150, entonces Ángel, si yo tengo</p>	<p>genuino por recibir orientación y retroalimentaciones</p>	<p>autorreflexión</p>		
<p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p>	<p>Ma: “si no me equivoco, en su programa viene como entregable hacer un algoritmo, un organizador gráfico sobre el tratamiento farmacológico en dislipidemias, verdad, para el lunes debe estar ese trabajo, debe dejar claro grupos farmacológicos, cómo se clasifican ... dosificaciones... con ese algoritmo que ustedes desarrollen deberán ser capaces de tomar decisiones en los casos clínicos que analizaremos la siguiente sesión” Ao: “bueno también les puedo mostrar unos algoritmos que traje para que vean en que situaciones se debe dar tratamiento farmacológico y en cuales no ...” Ma: “muy bien, excelente haber pues explícales a tus compañeros al respecto” Ao: “por ejemplo cuando hacemos cambios en el estilo de vida y con ellos se observa una reducción significativa de los valores de lípidos, no damos fármacos ...” Ma: “ya nos dijiste un caso, que más” Ao: “mmm, no se” Ma: “haber Francisco, ¿cuál es la meta de control de triglicéridos?” Ao: “puedo leerla” Ma: “si” Ao: “150mg/dl” Ma: “si, menor o igual a 150, entonces Ángel, si yo tengo</p>	<p>El estudiante que revisa sus notas que ha hecho durante la clase en su hoja de autoevaluación</p>	<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p>

<p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p> <p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p>	<p>triglicéridos de 190, ¿me das tratamiento farmacológico? También le puedes pedir ayuda a Luis eh”</p> <p>Ao: “pues como paciente de primera vez, pues no creo que no sería lo correcto, porque pues primero debería cambiar sus estilos de vida”</p> <p>Ma: “ok, ya me hiciste cambios en mi estilo de vida, yo como paciente me porte super bien he hice todo lo sugerido y regreso contigo a mi control y tengo ahora 200 de triglicéridos”</p> <p>Ao: “ahí si le daría tratamiento”</p> <p>Ma: “¿por qué?”</p> <p>Ao: “porque no se están llegando a las metas a pesar del cambio en estilo de vida y pues por eso”</p> <p>Ma: “haber vamos a ser muy honestos, en este momento, alguno de ustedes sabe cuáles son los criterios para iniciar tratamiento farmacológico?”</p> <p>Ao: “no”</p> <p>Aa: “no”</p> <p>/resto mueven su cabeza negativamente/</p> <p>Ma: “¡nadie!, porque Luis nos mostró una lista de fármacos, pero también nos dio a conocer los posibles efectos adversos, recuerdan ¿cuáles son los efectos adversos de usar estatinas?”</p> <p>Aa: “la rabdomiólisis”</p> <p>Ma: “claro, ¿cuál otra?”</p> <p>Aa: “mareos, mialgias, mmm”</p> <p>Ma: “ponlos nuevamente por favor Luis, tenemos efectos adversos que debemos considerar, de igual manera tenemos contraindicaciones ... lo importante es que tengan claro que muchos de nuestros pacientes sufren estos efectos por fármacos prescritos de manera innecesaria... a lo que los quiero llevar con esto es a que no porque un paciente se encuentre fuera de metas de control, debo iniciar fármaco, recuerden que debo evaluar factores de riesgo cardiovascular y aún con ello hay criterios específicos; ¿a partir de que valores de triglicéridos debo prescribir fármaco... esto debías presentárnoslo hoy Luis; por eso ponerles este ejemplo al</p>		<p>Segundo proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p>
---	--	--	--	----------------------	----------------

<p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p> <p>Momento 5 13:01.16 - 13:21.57 pm * cierre y conclusiones</p>	<p>ponerme como paciente... chicos deben preocuparse por todas estas lagunas que tienen, recuerden que los únicos perjudicados son sus pacientes... yo los invito a que reflexionen sobre lo que están haciendo ... no deberían desaprovechar la oportunidad de estar aprendiendo de la atención directa del paciente; fíjense imaginen que en este momento llega un paciente conmigo y trae el diagnóstico de dislipidemia, entonces el paciente me pregunta ¿con cuál de estos médicos me recomiendas acudir? ¿Qué creen que tendría que contestarle? ¿Qué me sugieren que le diga a mi paciente? Ustedes son mis 6 alternativas, ¿con cuál de ustedes lo envío? Aa y Ao: /murmuran que no, que, con nadie, mueven su cabeza negando y suspiran, sus rostros se tornan tristes/ Ma: "y recuerden chicos yo al inicio les dije que no esperaba que supieran todo, nadie sabemos todo ... sin embargo, lo que sí es nuestra obligación es estamos capacitando ... y no los voy a capacitar yo, tampoco lo hará el hospital ... tienen que hacerlo ustedes de manera continua, en esta carrera que eligieron el trabajo es personal ..." Aa: "si doctora, tiene razón" Ao: "debimos revisar el tema de manera profunda" Aa: "ya se" Ma: "no dejen de analizar lo que está sucediendo ahorita, fíjense todavía no hemos analizado el caso clínico", deben enfocar su manera de revisar el tema, mientras sigan pensando en voy a leer dislipidemias, difícilmente se harán cuestionamientos; lo que yo les sugiero es que revisen los contenidos pensando en que se trata de un paciente con dislipidemia ... nos vamos a quedar hasta aquí porque no le veo sentido abordar los casos clínicos que traje, puesto que si no traen un fundamento teórico claro, difícilmente podrán atender las necesidades que demanda el análisis del caso..."</p>		<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>de Certezas</p>	<p>Verificar</p>
---	---	--	---	--------------------	------------------

	<p>Ao: "si" Aa: "claro, no volverá a suceder esto" Ma: "chicos entonces el lunes trabajaremos los casos y ocuparan para el ejercicio su organizador gráfico, sale, por cierto, como quedo su examen, cuantas cosas agregaron a su autoevaluación durante la presentación de Luis?" /uno a uno me muestra su hoja de respuestas/ Ma: "pónganse a reflexionar sobre estos elementos que faltaron que valga la pena todo nuestro esfuerzo, el tiempo invertido ... quiero poder responderle a mi paciente con cualquiera de estos médicos usted estará en buenas manos y también espero que cada uno de ustedes lo espere de sí mismo" /nadie habla, todos están francamente consternados, incrédulos y reflexivos sobre lo que está sucediendo ante su falta de dominio del tema/ Ma: "Luis tu compromiso es que de lo que nos presentaste, cosas que creas que te faltó, que debe profundizarse lo completes para la siguiente clase" Ao: "si doctora, por supuesto" Aa: "y las evaluaciones doctora se las dejamos" Ma: "si, por favor, me la van a dejar, voy a revisarlas y los retroalimentare; yo espero que para la siguiente clase vengan más preparados" Ao: "si dra. Claro. Nos vemos y muchas gracias" Aa: "hasta luego" Ao: "que descansa doctora la vemos mañana" Aa: "ya vera doctora vamos a mejorar" Ao: "adiós, dra. Nos vemos" Ma: "bye bye, recuerden llegar a tiempo chicos y descansen"</p>		<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Verificar</p>
			<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Experiencias</p>

REFLEXIÓN

El análisis de mi quinto registro, el cual es producto de una planeación de clase intencionada y que además durante el desarrollo de la sesión académica fue sometida a adaptaciones pertinentes y

necesarias considerando el contexto y la inmediatez suscitada por las particularidades de los estudiantes, su entorno inmediato y el contenido temático; me permitió identificar con mucha claridad procesos de dialogo y operaciones cognitivas en los estudiantes que dan cuenta sobre la transición que han logrado desarrollar los médicos internos de pregrado al pasar de la fase de ejecución a la fase de autorreflexión sobre el aprendizaje autorregulado según el modelo cíclico de Zimmerman.

Las actividades que la docente ejecuto a través del uso de la estrategia de aprendizaje basado en problemas propicio momentos caracterizados por intervenciones en las que se identificaron quince procesos de intersubjetividad y acciones mentales que corresponden en la ruta crítica del aprendizaje autorregulado del modelo de Zimmerman al primer proceso de la fase de autorreflexión dados por las siguientes características: el estudiante descubre sus errores, reflexiona sus debilidades y se reconoce con autocrítica la actitud que asumen antes sus procesos de aprendizaje para replantearse estrategias diferentes que le permitan lograr sus propios objetivos.

El tener estructurada la clase con claridad en los objetivos, la estrategia didáctica, las acciones de la docente, los procesos del estudiante, los recursos, la evidencia de logro y los procesos evaluativos fue fundamental para que en los estudiantes se propicie el desarrollo del autoaprendizaje; de forma muy particular en este registro puedo asegurar que la información sobre la caracterización de mi grupo y el conocimiento de mi ruta crítica permitió que la modificación de la planeación de clase hecha durante el desarrollo de la sesión fuera efectiva y arrojará resultados óptimos.

Con gran entusiasmo comparto que se evidenciaron dos intervenciones cuyas características como son el pensamiento crítico y reflexivo continuo en los estudiantes acerca de

su práctica clínica diaria en tiempo pasado, presente y futuro, ligado al compromiso de mejora; las hacen corresponder al segundo proceso de la fase de autorreflexión. Este descubrimiento se hace presente por primera vez en este quinto registro fortaleciéndose con ello la efectividad que tiene el plan de innovación desarrollado por la docente. Considero que el uso de la prueba escrita para el proceso de autoevaluación fue muy pertinente pues detono en los estudiantes un proceso reflexivo autentico.

El esqueleto de mi clase de está conformado por cinco momentos: el saludo de bienvenida, la aplicación de autoevaluación diagnóstica, análisis de resultados, exposición del tema y cierre; hablando de la distribución del tiempo podríamos establecer que 75% fue destinado de forma intermitente al análisis, discusión y reflexión de problemas clínicos sobre el contenido temático. Respecto a mi habla reduje el abuso de muletillas, persisto con un número elevado de intervenciones, algunas son breves y detonadoras de procesos de diálogo y discusión reflexiva entre los estudiantes, otras son largas y profundas orientadas a dirigir adecuadamente el contenido para que su uso sea efectivo al atender problemáticas clínicas reales; mis retroalimentaciones parecieron por algunos momentos un regaño. Aun así, hubo clara evidencia del desarrollo de pensamiento reflexivo, analítico y crítico, la identificación de errores y ajuste de estrategias por el propio alumno.

Nuevamente se presentaron una serie de inconvenientes que perturban por unos instantes el desarrollo de la clase, tales como; la impuntualidad de los estudiantes la cual es detonada porque no los dejan salir a tiempo de sus servicios de rotación o bien salen a comprar alimentos antes de iniciar clase e incluso se suma a esta conducta el hecho de que el aula siempre se encuentre cerrada y entonces, los alumnos no puedan entrar de inmediato. También mencionaré el hecho de que se sumaron dos estudiantes nuevos a los que nadie conocía y trajo consigo mucha curiosidad,

incertidumbre entre los estudiantes; además de que la mitad se encontraban de post guardia por lo tanto se encontraban muy agotados situación que los llevo a estar dormitando durante el desarrollo de toda la clase.

USO DEL TIEMPO POR MOMENTOS DE LA CLASE

Tabla 9

Distribución por momentos de la clase dislipidemias

Momentos de clase				
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad	(%)
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:10 pm	10	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula.	12.5%
2. APLICACIÓN Y DE AUTOEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	12:10- 12:20 pm	10	Los estudiantes de forma individual darán respuesta a la prueba escrita de autoevaluación diagnóstica,	12.5%
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	12:20- 12:30.18 pm	10	Discusión sobre las reflexiones e interpretaciones de los resultados obtenidos en su prueba.	12.5%
3. EXPOSICIÓN DEL TEMA	12:30.18 – 13:01.16 pm	30	Exposición del tema dislipidemias por alumno asignado.	37.5%
5. CONCLUSIONES Y CIERRE	13.01.16 – 13:21.57 pm	20	De forma grupal desarrollar las conclusiones del tema y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales, así como los compromisos de mejora en sus procesos de autoaprendizaje.	25%

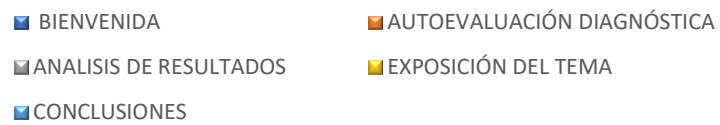
Nota: elaboración propia

Gráfica 13

Distribución del uso del tiempo por momentos de clase de dislipidemias

Momento	Actividad
1	BIENVENIDA
2	AUTOEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA
3	ANÁLISIS DE RESULTADOS
4	EXPOSICIÓN DEL TEMA
5	CONCLUSIONES

Uso del tiempo por momentos de clase



Nota: elaboración propia.

EVIDENCIA DE ACTIVIDAD DE LA CLASE

Imagen 21

Médicos internos de pregrado esperando a sus compañeros para dar inicio a la clase de dislipidemias



Imagen 22

Estudiantes respondiendo su autoevaluación diagnóstica.



Imagen 23

Material de apoyo para exposición del tema de clase de dislipidemias presentado por el estudiante responsable de hacer la presentación oral

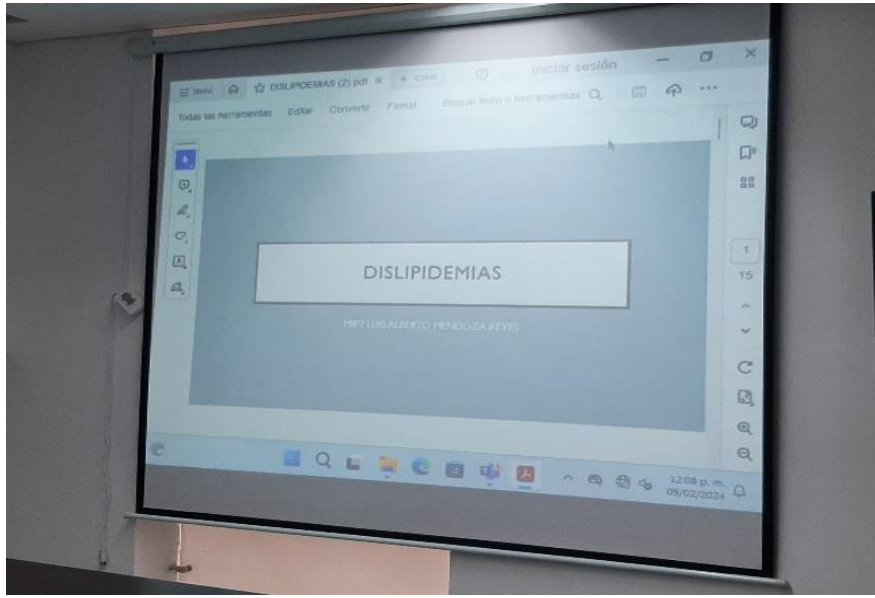


Imagen 24

Alumno presentando de forma expositiva el tema de clase.



Tabla 9

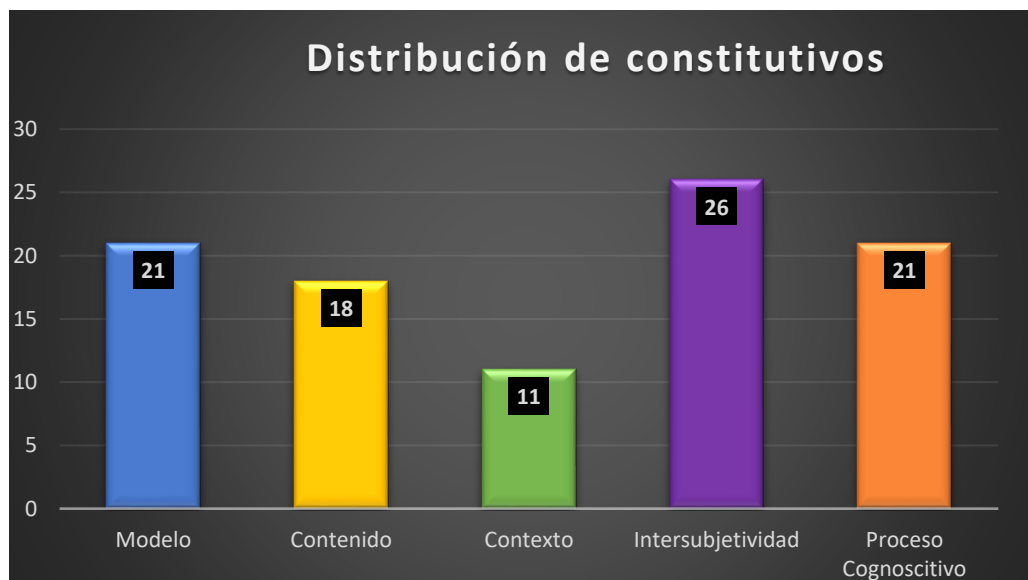
Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase de dislipidemia

ARQUEOLOGÍA DE LA CLASE						
No.	Momentos	Modelo	Contenido	Contexto	Intersubjetividad	Proceso Cognoscitivo
1	12:00 - 12:10 pm	2	0	3	0	0
2	12:10- 12:20 pm	4	1	4	0	0
3	12:20- 12:30.18 pm	2	3	1	7	2
4	12:30.18 – 13:01.16 pm	10	11	2	11	14
5	13.01.16 – 13:21.57 pm	3	3	1	8	5
	Σ	21	18	11	26	21
	%	22%	18%	11%	27%	22%

Nota: elaboración propia.

Gráfica 14

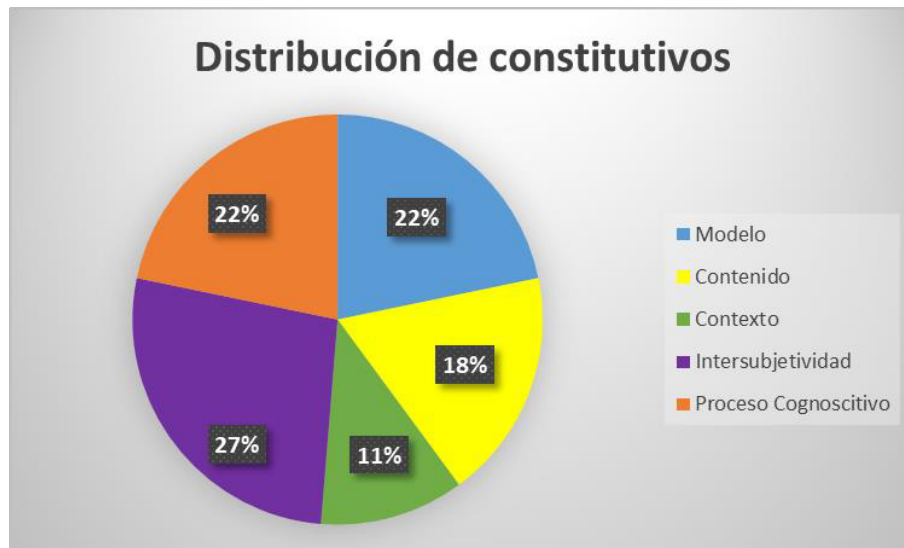
Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase



Nota: elaboración propia.

Gráfica 15

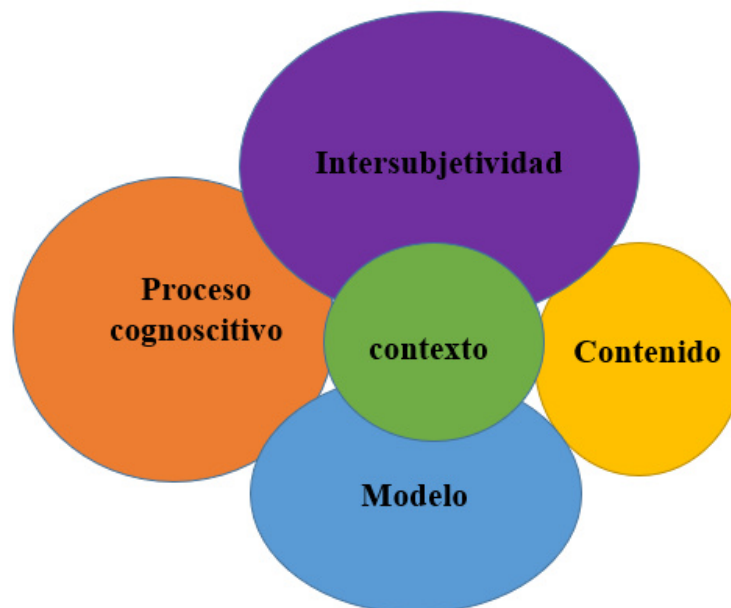
Distribución por porcentaje de elementos constitutivos durante la clase.



Nota: elaboración propia.

Imagen 25

Representación cualitativa de los constitutivos de la práctica docente.



Nota: elaboración propia

En la revisión detallada de la relación que se establece entre los cinco constitutivos de mi práctica docente; hubo un interesante comportamiento; pues al compararlo con lo obtenido en mi cuarto registro el contenido se redujo un 9% consistente con el patrón que refleja mi transformación como docente, en cuyo escenario actual mi interés ya no se concentra en abarcar todos los contenidos que vienen en el programa académico, sino propiciar escenarios favorecedores de diálogo, análisis y pensamientos reflexivos de carácter crítico entre los estudiantes.

Lo anterior es congruente con un aumento de la intersubjetividad del 9% comparativamente en cuyo constitutivo los procesos primordiales giraban alrededor de certezas y realizaciones; me satisface mucho que el proceso cognoscitivo se mantuvo con un 22%; Con una distribución de un 22% está el constitutivo del modelo caracterizado por mis intervenciones que buscan ser detonadoras de dialogo entre los estudiantes y de procesos autorreflexivos sobre los resultados de su formación. El contexto mantuvo su porcentaje a un 11% el cual se sigue tornando en un factor negativo durante el desarrollo de las sesiones académicas puesto que influye notoriamente en el rendimiento y motivación de los médicos internos de pregrado.

Finalmente, puedo concluir que en la arqueología de mi clase existe un claro dominio de la conexión que existe entre mi modelo, la estructura de los procesos de intersubjetividad entre pares y el proceso cognoscitivo que se va desarrollando en los estudiantes.

PLANEACIÓN DIDÁCTICA ADAPTADA CLASE DE DISLIPIDEMIAS

Datos contextuales

Nombre de la profesora: Isabel Sánchez Márquez

Fecha: 12 de febrero 2024

Asignatura: Rotación clínica de medicina familiar

Sesión académica: Dislipidemias

Estrategia didáctica: Aprendizaje basado en problemas

Propósitos

- * El médico interno de pregrado (MIP) identifica el concepto, los criterios diagnósticos y clasificación de las dislipidemias.
- * El alumno reconoce el correcto manejo farmacológico y no farmacológico en pacientes con diagnóstico de dislipidemia.
- * El estudiante distingue acciones de prevención primaria y secundaria en los pacientes con dislipidemia.
- * El MIP discute experiencias de casos clínicos de la consulta externa con sus compañeros y profesora.
- * El alumno desarrolla una actitud reflexiva que le permita reconocer sus procesos de aprendizaje ante el análisis de casos clínicos y los resultados obtenidos de su desempeño.
- *El estudiante evalúa sus errores, fortalezas y debilidades durante el desarrollo del tema.

Notas aclaratorias: El auto reconocimiento hecho por los estudiantes durante la realización de su prueba escrita se convirtió en el problema de análisis, discusión e interpretación; debido a que a pesar de que, las preguntas eran sobre los aspectos del contenido del tema esencialmente relevantes e indispensables requeridos en los estudiantes para el abordaje adecuado de situaciones clínicas; los médicos internos de pregrado reconocieron que sus conocimientos, habilidades y aptitudes ante el tema eran deficientes; colocándolos en un situación de análisis crítico sobre sí mismos. Este escenario me llevo a hacer adaptaciones en mi planeación didáctica que consistieron en propiciar utilizando como recurso la información obtenida de la autoevaluación procesos de autoanálisis y explicación a dichos resultados.

Cabe señalar que dichas adaptaciones se permitieron ya que con las actividades desarrolladas se había propiciado en el alumno acciones de reconocimiento y autorreflexión de sus procesos de aprendizaje y segundo porque consideré pertinente que este escenario podría llevar a que a través de su autocritica el estudiante ajustará sus estrategias para el abordaje del tema en una siguiente sesión, siendo así, pertinente cerrar bajo estas circunstancias la sesión académica.

APERTURA					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>-La docente dará la bienvenida a los estudiantes</p> <p>-La docente explicará la estructura que llevará la sesión académica.</p> <p>-La docente entregará impreso prueba para autoevaluación diagnóstica.</p>	<p>Los estudiantes escuchan y comentan sobre su día.</p> <p>Escucharán y comentarán sus dudas.</p> <p>Darán respuesta de manera individual a prueba escrita.</p>	<p>Fortalecimiento de las relaciones interpersonales, integración para trabajo colaborativo.</p> <p>Respuestas en la prueba escrita</p>	<p>Documento impreso con la prueba para autoevaluación diagnóstica</p>	<p>15 min</p> <p>Aula-2, distribución libre</p>	<p>DIAGNÓSTICA</p> <p>Autoevaluación</p> <p>Preguntas abiertas sobre aspectos esenciales del tema de dislipidemias</p>


DESARROLLO					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>-La docente solicita que los estudiantes compartan con el grupo las preguntas que no pudieron responder en su autoevaluación diagnóstica</p> <p>-Propiciará procesos reflexivos a través de cuestionamientos sobre las dificultades para dar respuesta a la evaluación escrita</p> <p>-Retroalimentará los procesos reflexivos con aportaciones dirigidas</p>	<p>Los estudiantes comparten, escuchan y hacen sus comentarios y aportaciones personales de sus hallazgos e interpretaciones.</p> <p>Los estudiantes autoevalúan su desempeño y reconocen sus deficiencias.</p>	<p>Participación crítica y reflexiva sobre el proceso de autoevaluación.</p>	<p>Respuestas escritas en la prueba de autoevaluación</p>	<p>10 min</p> <p>Aula-2, distribución libre</p>	<p>FORMATIVA</p> <p>Diario de registro/ registro anecdótico</p>
<p>-La docente solicita que se dé inicio a la exposición del tema.</p> <p>-Verificará el cumplimiento de los objetivos y la veracidad de los contenidos presentados.</p> <p>- Solicita que los estudiantes hagan cuestionamientos durante la exposición sobre lo que no pudieron responder en la prueba diagnóstica.</p> <p>-Retroalimentará dudas sin aclarar.</p>	<p>El estudiante asignado para la exposición del tema presenta los contenidos a manera de exposición apoyado en una presentación de power point.</p> <p>Los estudiantes escuchan la exposición y hacen preguntas sobre sus dudas.</p> <p>El estudiante asignado para la exposición dará respuesta a dudas.</p>	<p>Exposición del tema de manera clara, precisa y pertinente, apoyándose en ejemplos de experiencias de casos clínicos de la consulta externa de medicina familiar.</p> <p>Participación con cuestionamientos de sus dudas.</p> <p>Anotaciones en su prueba</p>	<p>Equipo de cómputo, proyector, señalador, pantalla.</p> <p>Prueba escrita de autoevaluación</p>	<p>20 min</p> <p>Aula-2, distribución libre</p>	<p>FORMATIVA</p> <p>De desempeño</p> <p>Rubrica de presentación o exposición de un tema.</p> <p>Prueba escrita de autoevaluación</p> <p>Diario de registro/ registro anecdótico</p>

CIERRE					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>- La docente presenta problemas de situaciones clínicas reales sobre el tema</p> <p>- La docente apoyará en resolver las dudas pendientes.</p> <p>- Propicia una discusión sobre los procesos reflexivos y autocríticos de los resultados en su prueba escrita entre los estudiantes.</p> <p>-La docente solicita revisión detallada del tema, así como realización de organizador gráfico sobre tratamiento farmacológico.</p>	<p>Los alumnos desarrollan propuestas de solución a las situaciones clínicas.</p> <p>Los estudiantes comentan resultados y dudas.</p> <p>Proponen estrategias de mejora personal para fortalecer procesos de autoaprendizaje.</p> <p>Los estudiantes escuchan indicaciones y preguntan dudas sobre el proceso.</p>	<p>Comentarios individuales reflexivos.</p>	<p>Comunicación oral e interacción humana.</p>	<p>15 min</p> <p>Aula-2, distribución libre</p>	<p>SUMATIVA</p> <p>De análisis del desempeño</p> <p>Registro anecdótico.</p>

ANEXO DE EVIDENCIAS DE LOGROS OBTENIDOS EN LA CLASE DE DISLIPIDEMIAS

Imagen 26

Ejemplo de respuestas redactadas por médico interno de pregrado en la evaluación



ISSSTE
Instituto de Seguro Social
del Estado de León

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEON
Módulo Rotatorio servicio de Medicina familiar
Evaluación de Pregrado

NOMBRE DEL ALUMNO: Alina Guarneros León

Instrucciones: responda las siguientes preguntas

- Explica el concepto de dislipidemia.
Es un trastorno metabólico que se caracteriza por valores, $>LDL$ y $<HDL$ ↑ con concentraciones plasmáticas colesterol, triglicéidos o ambos
- ¿Qué significa Riesgo cardiovascular?
Es el momento en el que ~~ta~~ el sistema cardiovascular se encuentra vulnerable y poseer complicaciones **ateroesclerosis**
- Describe los Criterios diagnóstico de los siguientes conceptos; Los procesos metabólicos que ocasionan el cierre de la luz de los vasos sanguíneos de forma progresiva, lo que lleva a una complicación llamada aterosclerosis que posteriormente puede causar otros efectos
 - hipercolesterolemia: $>200mg/dl$ de colesterol total
 - hipertrigliceridemia: $>150mg/dl$ de triglicéidos.
 - dislipidemia mixta: ↑colesterol total + triglicéidos ↓HDL
 - Hipoalfaproteinemia: ↑col total
- Anota 5 factores de riesgo para desarrollar dislipidemias.

<input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentario	<input type="checkbox"/> factor genético
<input type="checkbox"/> género femenino	<input type="checkbox"/> tabaquismo/alcoholismo →
<input type="checkbox"/> alimentación alta en grasas	<input type="checkbox"/> obesidad
- ¿Qué son los xantomas?
Es una manifestación clínica de la dislipidemia que se caracteriza por apariciones de lesiones en la piel. Hay eruptivos, tuberosos y tendinosos (sobre todo en cara)
- ¿Cuáles son las metas de control bioquímico en los pacientes con dislipidemias? Mediante la exploración física, son

Colesterol total $<200mg/dl$	HDL $>35H$	física, son
Triglicéidos $<150mg/dl$	LDL <100	
- Describe algunas de las estrategias de prevención primaria en dislipidemias
 - control de la alimentación (mediterránea)
 - ejercicio continuo,
 - consumo moderado alcohol/tabaco (cese)

importante la modificación de su estilo de vida como un primer paso el tratamiento (sin usar medicamentos) es por ello que le recomiendo la asesoría un profesional de nutrición para que le brinde las diferentes opciones y las cantidades exactas de cada grupo de alimentos, así mismo el suspender el tabaco y alcohol que comenta que presenta.

Elaboró: Dra. M.P. Isabel Sánchez Márquez
Profesora Titular MSP - CHL León

Imagen 27

Ejemplo de las observaciones hechas por la docente ante las respuestas a la evaluación

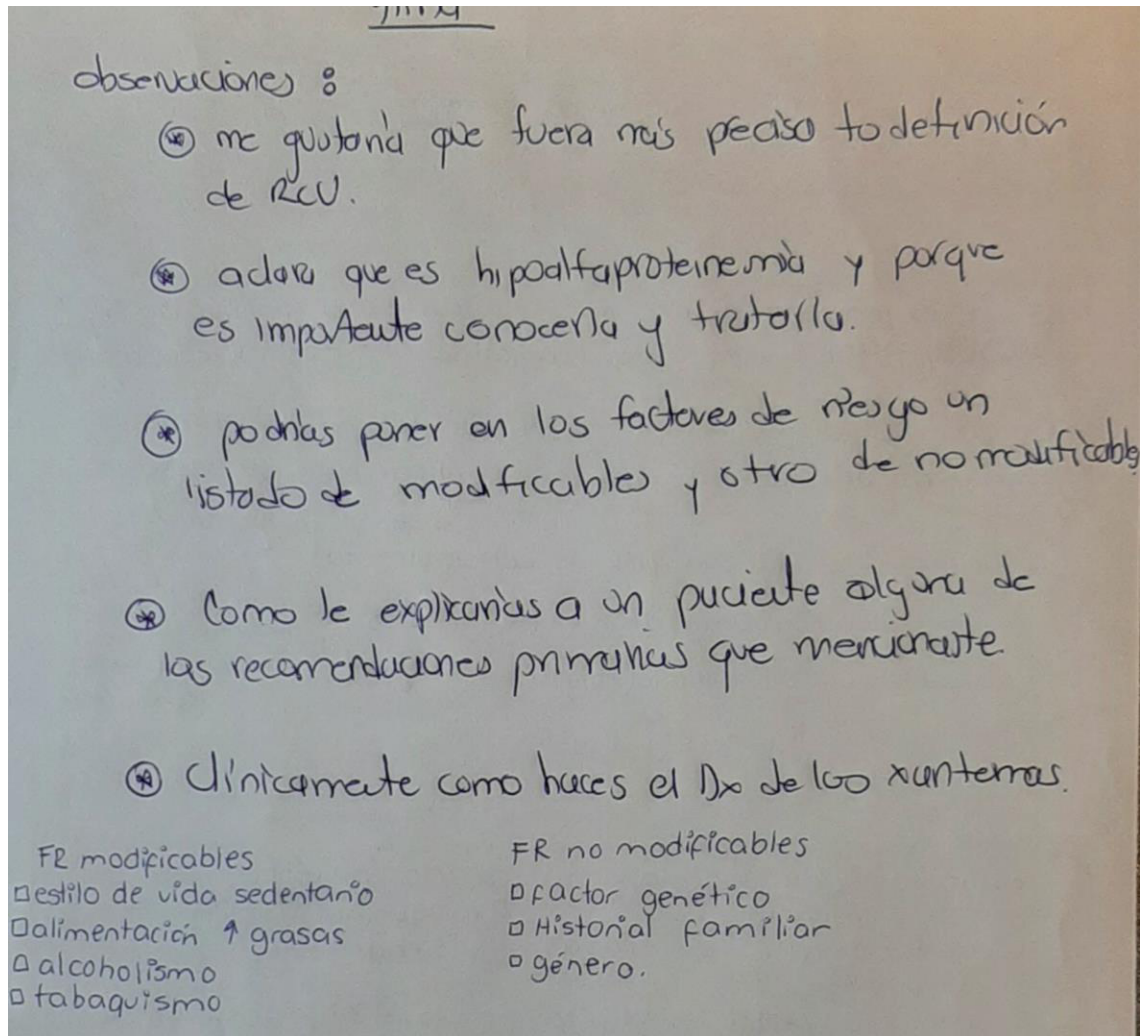


Imagen 29

Rúbrica de evaluación aplicada en los médicos internos de pregrado para la presentación oral de un tema.

CRITERIOS	MAL (7)	REGULAR (8)	BIEN (9)	EXCELENTE (10)	CALIFICACIÓN POR RUBRO
1.- Características del contenido	El contenido no guarda relación con la temática propuesta; no se advierten las fuentes y no se encuentran elementos actuales.	Se identifican ausencias en el cuerpo de la presentación, así como elementos anacrónicos, contradictorios o copiados.	Da un panorama general de la temática; se apoya en fuentes suficientes (entre 7 y 5), y en su mayoría está actualizado.	Completo en función de la temática planteada; actualizado, fuentes diversas (entre 8 y 10); relevante de acuerdo al contexto en el que se desarrolla la presentación.	9
2.- Organización del contenido	No se advierte una secuencia clara y el contenido no encuentra una organización precisa.	Algunas partes del contenido se presentan en desorden y la estructura organizativa del mismo no permite del todo la comprensión.	Se percibe un orden lógico en la presentación del contenido que permite el seguimiento de la información.	La secuencia plantea una lógica estructural (general-particular, simple-complejo; distante-lejano) que favorece la comprensión y el seguimiento de las ideas.	9
3.- Involucramiento del grupo	No se logró el involucramiento del grupo y la atención fue dispersa a lo largo de la presentación; la participación en las actividades fue nula.	La atención del grupo fue dispersa en más de la mitad del tiempo y menos del 50% participaron en las actividades.	El grupo se mantiene interesado la mayor parte del tiempo y en su mayoría participa en las actividades sugeridas.	Consigue que el grupo se mantenga atento todo el tiempo y todos los participantes se involucran en las actividades propuestas.	8
4.- Diseño y uso de materiales didácticos	No hay materiales de apoyo; sólo se desarrolla la presentación en forma verbal.	Los materiales didácticos no guardan completa relación con el contenido y se presentan algunos errores (redacción, ortografía, secuencia, saturación en diapositivas, distorsiones de audio, etc.).	Los materiales didácticos apoyan la presentación y son funcionales para fortalecer el mensaje que se pretende comunicar.	Los materiales didácticos son pertinentes y fortalecen el mensaje que se pretende construir. El empleo de los materiales funciona como un apoyo sustancial a la presentación.	9

CRITERIOS	MAL (7)	REGULAR (8)	BIEN (9)	EXCELENTE (10)	CALIFICACIÓN POR RUBRO
5.- Capacidad comunicativa (verbal y no verbal)	No comunicó bien los mensajes ni verbales ni corporales y su gestualidad no contribuyó a fortalecer la comunicación.	confunden o no apoyan los mensajes verbales. Se limitó a leer láminas.	El tono de voz es correcto y el proceso de comunicación no verbal se mantiene de manera discreta.	establecer un proceso de interlocución que fortalece el aprendizaje. Comunica convicción en el tono de voz y en sus capacidades no verbales.	9
6.- Organización del tiempo	El tiempo no se aprovecha en función de los objetivos de la presentación; se dejan temas de lado y la distribución temporal es inequitativa de acuerdo a las etapas de la presentación.	El tiempo se distribuyó de manera irregular; por momentos se le dedicó más del necesario a ciertas etapas de la presentación o menos del requerido.	Se respetó el tiempo destinado para cada uno de los componentes. No se consideraron inquietudes de los participantes.	La distribución de las actividades y las temáticas se adecuan al tiempo disponible, mismo que se aprovecha de manera efectiva, evitando divagaciones e incorporando inquietudes del grupo.	9
7.- Alcance de los objetivos planteados	No se alcanzaron los objetivos esperados, ni el involucramiento del grupo.	Los objetivos de la presentación se alcanzaron de manera parcial y sólo en algunos de los participantes se verificó la efectividad del proceso comunicativo.	El resultado de la presentación es acorde a lo esperado y se observan los requerimientos planteados.	El resultado en general de la presentación fue el esperado en términos de comunicación, aprendizaje e involucramiento del grupo, sobrepasando las expectativas del mismo.	8
8.- Proceso de planeación	La presentación fue un esfuerzo individual y se detecta que sólo uno o dos alumnos se involucraron en la tarea.	Sólo algunos desarrollaron la presentación, así como la preparación de los materiales.	Todos participaron con diferentes niveles de contribución.	Se involucró todo el equipo y en la presentación se identificó la contribución de cada uno de los miembros.	—
CALIFICACIÓN					8.7

TEMA: Distidemias
 NOMBRE Y FIRMA DE PROFESOR EVALUADOR: [Firma]
 NOMBRE Y FIRMA DE ALUMNO: [Firma]

FECHA: _____
 SERVICIO: M.F.

MICRO-ENSAYO INNOVACIÓN SEGUNDO ORDEN

**“El poder del hombre de transformarse a sí mismo, es decir,
aprender, es tal vez lo más impresionante de él”**
Edward Thorndike (1931)

Llegar a este momento, en donde, mi reflejo es más claro, me percato como mi autoconciencia me ha llevado a la acción responsable de cambios de pensamiento y conducta asociadas con acciones innovadoras de mi práctica docente; se torna como una experiencia difícil de describir; sin embargo, ahora más que nunca estoy convencida que la tarea del profesor es evocar en el alumno todos los elementos que le permitan a éste aceptar o rechazar sus procesos de aprendizaje; por supuesto, para que esto cause el impacto profundo y permanente que se necesita en el estudiante; las acciones de la docente ligadas a la educación son procesos que implican modificaciones conscientes y responsables de su actuar.

Mi proyecto de innovación, creado a partir de la necesidad imprescindible dentro de la formación médica durante el internado de pregrado que corresponde a que el estudiante se convierta en el protagonista de su propio aprendizaje; es decir, que domine estrategias educativas, recursos y medios educativos que le permitan alcanzar los objetivos propuestos para su formación médica, acompañado en toda su formación por el docente bajo el papel de orientador y motivador permanente; en este caso utilizando por la docente la estrategia de aprendizaje basado en problemas como metodología que permite el desarrollo de alumnos autorregulados, asegura un aprendizaje significativo y duradero así como profesionales mejor calificados.

Sabiendo que innovar implica una serie de intervenciones, decisiones y procesos intencionados y sistematizados; es que se hizo un diseño de clase estructurada, con objetivos claros

y precisos interesados en mejorar mi práctica docente e impactar en los procesos de aprendizaje de mis estudiantes; y que, al ser un plan de acción que debía llevar a los estudiantes a una ruptura, transformación y reestructuración hacia la mejora fue que en este proyecto se mantuvo la participación activa y crítica tanto de la profesora como de los médicos internos de pregrado para la comprensión clara de los objetivos así como el proceso de reflexión de los resultados y vale la pena mencionar que como proceso personal logró significación durante la cotidianidad de mi práctica docente.

Este sexto registro me ha permitido al revisar de manera crítico reflexiva la implementación de mi plan de innovación, reconocer la relevancia que tiene el autodescubrimiento de mi rol docente pues le ha otorgado dirección y sentido a mi brújula; alimentando mi espíritu y fortaleciendo mis deseos de mejora continua; reafirmando mi compromiso por el quehacer docente al hacer uso de la enseñanza como medio para llevar a que el estudiante se convierta en un individuo responsable, consciente y autorregulado. Todo ello se alcanzó gracias a la identificación de los elementos que concretaron que el plan de innovación logró hacer que los estudiantes transitaran de la fase de ejecución a la fase de autorreflexión del aprendizaje autodirigido.

En esta ocasión el análisis de mi sexto registro se hizo considerando no sólo los hallazgos obtenidos de la identificación de los constitutivos y su arqueología, el reconocimiento de las fases de la lógica de la significación y la articulación con las fases del aprendizaje autodirigido de Zimmerman de mi ruta crítica del registro de clase; sino también reflexionando sobre los cambios observados en diferentes ámbitos del proceso de enseñanza-aprendizaje tanto en la docente como en los estudiantes; y la mirada hacia los descubrimientos hecho durante la investigación-acción de mi práctica docente en estos cuatro semestres de la maestría de desarrollo docente.

Contextualización

Mi centro de trabajo es la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León; en donde me desempeño como médico especialista en medicina familiar de consulta externa así como profesora titular de los médicos internos de pregrado; estudiantes de quinto año de la licenciatura de médico general que se encuentran haciendo su año rotatorio de pregrado en el Hospital Regional ISSSTE y Hospital Ángeles y son enviados con nosotros para que durante dos meses hagan su rotación clínica en el servicio de medicina familiar; en dicho periodo se busca que los estudiantes bajo un entorno clínico-hospitalario vinculen sus conocimientos, habilidades, destrezas y asuman actitudes que les permitan ser capaces de abordar de manera integral los principales padecimientos motivo de consulta externa bajo un enfoque de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento integral que asegure que los pacientes reciban una atención de calidad (Lifshitz, 2012).

Para la rotación clínica de enero a febrero 2024 recibimos ocho estudiantes, provenientes de la Universidad autónoma de Guadalajara, Universidad Autónoma de San Luis Potosí y de Plan Bienestar; de los cuales cuatro son mujeres y cuatro son hombres; todos foráneos; rentan espacios para vivir en compañía de otros estudiantes y pasan la mayor parte de su tiempo en entornos hospitalarios enfocados en cumplir las actividades clínicas que demande su programa operativo. De manera particular mientras rotan en el servicio de medicina familiar tienen programado de lunes a viernes en horario de 7:00 a 13:00pm permanencia en la CMF León y el día que hacen guardia hospitalaria cubren un horario de 15:00pm a 6:00am bajo un rol A, B, C, D (Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003).

Durante su estadía en nuestra unidad se busca propiciar un ambiente educativo de confianza que motive a la participación activa en la revisión de contenidos curriculares durante los seminarios

académicos; a mantener su atención e interés por el abordaje integral en todo momento de los pacientes; superar los obstáculos generados por la fatiga físico-mental que experimentan debido a sus guardias hospitalarias y aun así ser capaces de continuar de manera efectiva con sus procesos de aprendizaje (Pérez, 2018). Todo lo anterior se ha ido concretando debido a la transformación que ha tenido mi práctica docente al incorporar a mis actividades educativas el uso de la estrategia de la metodología del aprendizaje basado en problemas y adoptar mi rol de orientador que puede además ejercer funciones de andamiaje en el proceso del alumno, de tal manera, que le permiten ser progresivamente más autodirigido (Sánchez, 2015).

En este periodo de rotación se diseñó un plan de trabajo educativo innovador que busca brindar al médico interno de pregrado la posibilidad de acercarse a situaciones de aprendizaje que detonen su pensamiento crítico-reflexivo acerca de su propio proceso de aprendizaje al exponerlo al reto de resolver problemas, es decir, casos clínicos simulados y reales tanto en el aula como en el consultorio (Tapia et al., 2022); hacer revisión sistemática de material bibliográfico pertinente, presentar sus análisis y discusión para poner en común sus conclusiones y resultados; de tal manera, que sea capaz de reconocer sus fortalezas, debilidades y errores de forma autocrítica para reestructurar sus objetivos y procesos de aprendizaje.

Contenido

El sexto registro de clase lo realicé el 25 de febrero del 2024 dentro del aula 2 de la CMF ISSSTE León; comencé a las 12:00hrs con la presencia de ocho estudiantes y mi persona; teniendo programada la sesión académica de caso clínico de dislipidemias estructurada bajo los siguientes objetivos: El médico interno de pregrado discute de manera argumentada casos clínicos con sus compañeros y profesora para establecer impresiones diagnósticas y plan de tratamiento óptimos

en el cual propone acciones de prevención primaria y secundaria como manejo integral. Identifica y evalúa sus errores, fortalezas y debilidades durante el abordaje de casos clínicos con actitud crítico-reflexiva sobre sus competencias y los resultados obtenidos.

En esta ocasión el esqueleto de mi clase se estructuró por cuatro momentos: el primer momento corresponde al saludo, entrega de observaciones escritas por la docente a cada uno de los alumnos y su lectura en silencio, así como entrega por escrito del caso clínico a cada uno para que iniciaran su proceso de análisis. Es importante hacer notar la diferencia sustancial que tenemos entre el momento de inicio de saludo de bienvenida que se evidenció en mi primer micro ensayo a través de la siguiente viñeta correspondiente al quinto registro, en donde el contexto merma la motivación de los estudiantes para el inicio de nuestra sesión académica.

Viñeta de análisis micro ensayo de primer orden:

/saludo a cada uno de ellos y les pregunto por el resto de sus compañeros a lo cual responden que aún siguen en su servicio de rotación. Llega Francisco deja su mochila y vuelve a salir; al ver que el resto de los estudiantes no llegan; escribo un mensaje de texto en el grupo de WhatsApp informándoles que la tolerancia para dar inicio con la clase será únicamente de 10 minutos. Mientras se van incorporando lentamente los estudiantes que faltaban, se establece un diálogo informal donde comparten algunas experiencias los que se encuentran de post guardia, al llegar Francisco comenta que no ha comido nada/ (R.5, p.271, 12/02/24).

Al comparar con la siguiente viñeta, que empata perfectamente con un mismo momento de la clase podremos percatarnos del cambio generado; para empezar el estudiante responsable de presentar la clase tiene la iniciativa de preparar todo para antes de que lleguen sus compañeros; los cuales llegan temprano y dialogan entre ellos, no solo de problemas de su post guardia, ahora su diálogo es sobre experiencias clínicas de pacientes; sumado a ello es su clara disposición para modificar su organización dentro del aula para un escenario que permite mayor comunicación interpersonal.

Viñeta de análisis micro ensayo de segundo orden:

/En esta ocasión paso Luis aproximadamente 11:50 a mi consultorio a pedirme las llaves del aula, con la intención de abrirla y preparar anticipadamente todo el equipo de cómputo; por lo tanto cuando llego al aula ya se encuentran adentro siete estudiantes conversando entre ellos sobre las experiencias de su día paso y coloco mis cosas en un pupitre mientras saludo a cada uno de ellos y les pregunto por Damaris, la única que aún no había llegado, a lo cual responden que ella sigue en su servicio de rotación. Les pido que se acomoden en forma de seminario, a lo cual todos de inmediato comienzan a recorrer bancas y acomodar sus cosas para quedar en medio círculo. Mientras lo hacen, se establece un diálogo informal donde me comparten algunas experiencias de pacientes hospitalizados y el servicio de urgencias ... / (R.6, p.333, 25/02/24).

Este momento del saludo que marca el inicio de nuestra sesión de clase se ha convertido en un sello característico de mi modelo; debido a que he empatado mi pensar por completo con las ideas de Rogers quien propone que al fomentar espacios educativos auténticos y transparentes podemos lograr que en nuestros estudiantes se desarrolle mayor integración personal que le permitirá un funcionamiento más eficaz durante todo su proceso de enseñanza-aprendizaje (1964); bajo esta premisa es que he facilitado que todos los actos educativos que se realizan durante la rotación de medicina familiar incluya procesos de comunicación horizontal; procurando un ambiente afectivo, confiable y cómodo para la expresión auténtica (Graue et al., 2010). Además, existen estudios diversos desarrollados en Universidades como la de Kentucky y Stanford que han demostrado que los estudiantes con docentes que propician ambientes educativos de confianza centrados en el diálogo y la escucha activan suelen tener mayor eficiencia clínica (pág. 96).

/pregunto si alguien quiere comentar algo, tiene alguna inquietud sobre los resultados de su autoevaluación a lo cual la respuesta fue que no; así que procedo a entregarles documento escrito con el caso clínico para que de forma individual cada uno haga su análisis, interprete hallazgos y establezca un diagnóstico y plan de tratamiento/ Todos en silencio revisan el caso, sacan su material de apoyo (organizador gráfico) y comienzan a escribir su nota médica en formato entregado (R.6, p.334, 25/02/24).

Una de las tareas más trascendentes del docente es motivar a que los alumnos practiquen la comunicación verbal y no verbal; la viñeta nos muestra los silencios que figuran regularmente

en el aula durante la enseñanza médica asociados totalmente al contexto que los envuelve lleno de competitividad y miedos a cometer errores y que si la docente, no detecta y tiene claro estas peculiaridades difícilmente durante su práctica educativa trabajará en fomentar entre sus estudiantes habilidades de comunicación, el manejo de conflictos, las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo que en la actualidad se saben tan importantes como los conocimientos clínicos; llevándonos al hecho de que es necesario trabajar en este sentido para favorecer en nuestros estudiantes el desarrollo de adecuadas relaciones médico-paciente y con ello ayudar a aumentar su precisión en la resolución de problemas clínicos (Sánchez, 2015).

La transformación de mi práctica docente a través de la implementación del proyecto de innovación utilizando la metodología del aprendizaje basado en problemas como pieza clave de la estructura de mis clases orienta a que mi práctica educativa garantice el aprendizaje autodirigido en mis estudiantes; capaces de apropiarse de su proceso educativo, a través de la construcción de sus conocimientos, habilidades y destrezas; teniendo como detonador el planteamiento de un problema que los lleve a vincular teoría médica con práctica clínica mediante la regulación intencionada de todo su proceso de aprendizaje (González et al., 2019) siendo la siguiente viñeta un ejemplo claro de estos procesos de construcción autodirigidos.

En primer lugar les mostrare una viñeta del quinto registro en la cual; se daba cuenta de cómo el estudiante verifica su saber y comienza su proceso reflexivo; sin embargo, podrá notarse al compararla con la viñeta que corresponde al sexto registro que se suma a lo anterior, ese apropiamiento consciente de que los resultados de los procesos educativos son responsabilidad del propio estudiante; incluso la intervención que hago como docente evoluciona, es muy puntual, dejando que el protagonismo recaiga en el médico interno.

Viñeta de análisis micro ensayo de primer orden:

Ma: “ok, Luis nos acaba de decir, HDL ¿qué dijo?”

Ao: “que los valores deben ser debajo de 40”

Ma: “aja, y ¿eso está bien?”

Ao: “¿Qué sea menor a 40? Si está bien”

Ao: “no ósea, lo que yo quise decir es más bien que no debe ser menor de 40, ósea que de ese valor debe estar hacia arriba”

Ma: “aja, entonces creo que debemos decirlo al revés porque si no nos confundimos Luis”

Aa: “sí” (R.5, p.275, 12/02/24).

Viñeta de análisis micro ensayo de segundo orden:

Ao: “ósea, ¿Cómo?”

Ma: “ahorita tu solo nos vas a decir la P”

Ao: “ósea como paciente”

Ma: “si exacto”

Ao: “pues se trata de una paciente femenina de 42 años de edad, niega alergias, niega toxicomanías, antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo 2 de 22 años de evolución descontrolada en tratamiento con insulina mix 25 con 25 unidades por la mañana y 25 por la noche, uso de insulina lispro después de la monitorización y antecedente hipotiroidismo de 13 años de evolución en tratamiento con levotiroxina 100 unidades al día”

Ma: “microgramos al día”

Ao: “sí perdón, 100 microgramos al día, mmm, y sería todo” (R.6, p.335, 25/02/24).

En esta viñeta que corresponde al segundo momento: la presentación y resolución de caso clínico; nos muestra los procesos de diálogo entre los alumnos, en donde comparten y discuten sus dudas, opiniones, identifican sus errores y fortalezas para obtener resultados correctos, lo cual lo lleva a alcanzar los objetivos que desea y es capaz de valorar su trabajo al realizar auto reflexiones de los mismos, esto corresponde a las características necesarias para colocarse en la tercera fase del aprendizaje autorregulado, es decir, capaz de autoevaluar sus resultados para detonar respuestas adaptativas (Zimmerman & Moylan, 2009).

En el registro anterior ya veíamos el inicio de estos diálogos de participación; sin embargo, el discurso era breve y poco argumentativo, básicamente el estudiante se limitaba a dar una

respuesta corta; tal es el caso de la siguiente viñeta; que nos permitirá hacer un comparativo con la que corresponde al sexto registro.

Viñeta de análisis micro ensayo de primer orden:

Ao: “grasas”

Ma: “¿Quién dijo grasas”, explícanos porque piensas eso?”

Ao: “no lo sé, creo que no es así verdad”

Aa: “carbohidratos”

Ma: “¿porque carbohidratos, Damaris?”

Aa: “porque según el metabolismo de los carbohidratos estos se degradan y pasan por la vida metabólica ...”

Ma: “sí muy bien Damaris estas en lo correcto ... así entendemos que sugerirle a un paciente que deje de comer grasas para controlar sus triglicéridos no resultara efectivo ...” (R.5, p.281, 12/02/24).

Viñeta de análisis micro ensayo de segundo orden:

Ao: “yo le puse continuar con ejercicio diario, con monitorización, con baja alimentación a base de grasas y azúcares, este, evitar alimentos que contengan mucha sal, evitar este cigarro, evitar alcohol y, pues nada tomar sus medicamentos”

Ao: “pues yo le puse adecuado manejo de la dieta y disminución de las grasas, continuar y realizar los chequeos de la glucosa antes y después del desayuno para evitar que pase de los 130 antes y después que no pase de los 180” (R.6, p.336, 25/02/24).

La siguiente da cuenta del rol que desempeño en mi practica educativa como facilitadora de escenarios detonadores del proceso de autoaprendizaje en el estudiante, mis intervenciones retroalimentan sobre los contenidos, promueven la autoevaluación e invitan a que el alumno utilizando la información del análisis de las ideas reconozca sus competencias y se proponga metas bajo una cultura de aprendizaje en todo momento (Graue et al., 2010).

Ma: “ok muy bien, hay que resaltar aquí ambos hicieron aquí la misma recomendación hablando de la automonitoreo, pero quien lo hizo más completo fue francisco, porque el especificó en qué momento había que realizar la medición de glucosa capilar y cuáles son las metas que pretendemos que tenga nuestra paciente, de la otra forma se pierden los objetivos, si solo digo continuar monitoreo, pues cada uno, cada paciente e incluso cada

médico puede tomar decisiones distintas, si, y entonces Francisco dinos ¿por qué enfatizaste en lo del automonitoreo?” (R.6, p.336, 25/02/24).

Esta pregunta final en la anterior viñeta sería un ejemplo de cómo la docente contribuye dándole significado a la participación del estudiante mediante la problematización de un contenido; propiciando con ello que se conviertan en experiencias significativas que en la posteridad se reflejan en la articulación que el propio estudiante utiliza para construir sus saberes (Lifshitz, 2012).

Ma: “¿qué pusiste Dra.?”

Aa: “le puse que continuar con la dieta prescrita, más, sin embargo, volver a redirigir a nutrición porque hay un apego del 70% entonces, ahí hay algo que en ella está impidiendo que se esté llevando al 100%, entonces es algo que el nutricionista debe checar, ya sea eh los alimentos que le deja, el número de alimentos, hay que checar porque no está cumpliendo su plan”

Ma: “muy bien, eso es importantísimo, si ustedes, la propia paciente les está diciendo, vamos si pensamos en que le pedimos que se califique del 1 al 10 y ella se pone un 7 significa que ella sabe que algo no se está haciendo bien (R.6, p.337, 25/02/24).

El segundo proceso de la fase de auto reflexión de Zimmerman (2008) plantea el hecho de que el estudiante autorregulado al ser más eficaz, proactivo y con iniciativa sea capaz de regular el esfuerzo que necesita para alcanzar una meta; está claro que la estudiante construye su aprendizaje a través de mantener un pensamiento crítico-reflexivo durante toda la presentación del caso clínico.

Ma: “... ¿qué metas de control quieren o proponen ustedes para esta paciente?”

Ao: “menor a 6.5%”

Ao: “para mí sería menor a 6%”

Ma: “a ok, estamos ya siendo más estrictos”

Aa: “es que sí podemos ser más estrictos con ella, por la edad, porque es en viejitos cuando ya empiezas a ser más laxo, en cuento a que no lo controles tanto, entonces, yo creo que sí pediría menor a 6%”

Ma: “aja, ok, entonces que criterios utilizan para establecer metas de control en un paciente”

Ao: “la edad del paciente”

Aa: “los factores de riesgo”

Ao: “el peso”

Ma: “el peso, ¡no!”

Ao: “estilo de vida”

Ma: “¿estilo de vida, para establecer metas de control? ...” (R.6, p.338, 25/02/24).

Si durante las sesiones académicas las estrategias didácticas empleadas procuran un andamiaje de los procesos de aprendizaje en los médicos internos de pregrado, como durante la discusión dirigida en búsqueda de una puesta en común de opiniones; con esto se mantendría la motivación para la búsqueda colectiva de soluciones ante una problemática clínica planteada; utilizando por cada estudiante la autodirección, autocrítica, autocontrol y autoevaluación de sus procesos de forma cíclica y abierta como lo señala el modelo cíclico de aprendizaje autodirigido y de forma colectiva un mejor aprendizaje Zimmerman (2008).

Ma: “ok, ah, sí Luis, dime que paso”

Ao: “si bueno si el diagnóstico de la paciente fuera diabetes mellitus tipo 1 no podríamos cambiarle la insulina”

Ma: “exactamente, no podríamos hacer eso, sí, porque mmm, ¿por qué razón?”

Ao: “porque para usar la metformina tendríamos que tener secreción de insulina, y en la DM1 es justamente lo que la caracteriza la ausencia de producción pancreática de insulina ...”

Ma: “si francisco, ósea, si tú le cambias el tratamiento a está paciente con metformina tu garantizarías que la paciente se descontrola aún más”

Ao: “si ya, cache, evidentemente no puedo hacer eso, estaría mal” (R.6, p.340, 25/02/24).

En la viñeta anterior tenemos dos escenarios por un lado el estudiante que hace evidente haber adquirido la competencia necesaria para entender y resolver el caso con un adecuado juicio clínico; del otro lado tenemos al estudiante que muestra acciones que nos permiten identificar la actitud asumida ante las decisiones tomadas, realiza autocrítica de las mismas, descubre sus errores y los reflexiona para hacer ajustes en sus interpretaciones (Molina, 2016) ambos estudiantes están demostrando así las características que los colocan en procesos de autorregulación del aprendizaje.

En la siguiente viñeta correspondiente al micro ensayo de primer orden se evidenciaba la discusión de casos de manera crítico reflexiva impulsada por la intervención docente; cuyo resultado fue efectivo puesto que detonaba en el estudiante un compromiso por el estudio permanente; con mucho gusto al compararla con la viñeta del sexto registro se nota que la discusión es más crítica, reflexiva, profunda, pero lo más importante, es mediada por los propios estudiantes.

Viñeta de análisis micro ensayo de primer orden:

Ma: “haber Francisco, ¿cuál es la meta de control de triglicéridos?”

Ao: “puedo leerla”

Ma: “sí”

Ao: “150mg/dl”

Ma: “sí, menor o igual a 150, entonces Ángel, si yo tengo triglicéridos de 190, ¿me das tratamiento farmacológico? También le puedes pedir ayuda a Luis eh”

Ao: “pues como paciente de primera vez, pues no creo que no sería lo correcto, porque pues primero debería cambiar sus estilos de vida”

Ma: “ok, ya me hiciste cambios en mi estilo de vida, yo como paciente me porte super bien he hice todo lo sugerido y regreso contigo a mi control y tengo ahora 200 de triglicéridos”

Ao: “ahí si le daría tratamiento”

Ma: “¿por qué?”

Ao: “porque no se están llegando a las metas a pesar del cambio en estilo de vida y pues por eso” (R.5, p.284, 12/02/24).

Viñeta de análisis micro ensayo de segundo orden:

Ao: “mmm, HDL sobre todo”

Ma: “HDL, ok y ¿porqué HDL, Ángel?”

Ao: “porque está por encima del nivel normal”

Ao: “mmm /mueve negativamente su cabeza/”

Ma: “¿qué opinan?, ¡vamos digan qué opinan!”

Ao: “La HDL está perfecta”

Aa: “no es necesario manejo de la HDL porque está bien”

Aa: “no es así”

Ao: “es que en estos momentos no necesita ese manejo”

Ao: “es que él se confunde, porque el HDL es el colesterol bueno, no necesitamos reducir sus concentraciones, sino incrementarlas”

Ma: “exactamente”

Ao: “por lo que si debemos de preocuparnos es por los triglicéridos, nada más”

Aa: “sí, porque todo lo demás está en metas, ósea, está bien”

Ao: “sí” (R.6, p.341, 25/02/24).

Este dialogo nos da cuenta del impacto que tiene en un entorno educativo, el facilitar en los estudiantes el desarrollo de la libertad de expresión y tolerancia a los errores; mantener la cultura de no culpa; es importantísimo para que el estudiante pueda abordar los retos académicos que se le presentan al descubrir sus errores y debilidades y tener que ajustar sus estrategias, comenzando con la aceptación de cada una y ligándolas al desarrollo de respuestas adaptativas que les permita generar aprendizajes significativos (Sánchez et al., 2015); la intervención oportuna de los estudiantes para con el proceso formativo de su compañero demuestra esta autoconciencia integral de los objetivos que persiguen en colectivo.

Con la siguiente viñeta podremos hacer un proceso comparativo de la transformación generada en los estudiantes; puesto que daba cuenta en el micro ensayo de primer orden la necesidad que existían en los estudiantes, una vez que identificaron sus fracasos y errores de redirigir sus estrategias didácticas; acciones que evidentemente se llevaron a cabo, lo cual será demostrado con las viñetas del sexto registro que de aquí en adelante son analizadas.

Viñeta de análisis micro ensayo de primer orden:

Ma: “imagínense una paciente cuyos valores anormales son colesterol de 250, triglicéridos de 370 y yo le prescribo atorvastatina 20mg al día, cuando hago el control noto que no hubo ninguna reducción significativa de los triglicéridos, esto sería porque la atorvastatina no es un fármaco que se enfoque en control de triglicéridos, justamente en este caso tendríamos que prescribir como primera línea un fibrato”

Ao: “entonces tampoco le ayudaría si le aumentaremos a 40mg al día de atorvastatina”

Ma: “no, pues fíjate en la tabla la atorvastatina solo puede reducir un máximo del 10% de la cifra en triglicéridos, así que no resultaría efectivo para alcanzar las metas de control, y sí únicamente expondríamos al paciente a los efectos adversos del uso de estatinas”

Ao: “ah ok, ya me quedo claro cómo sería” (R.5, p.283, 12/02/24).

Viñetas de análisis micro ensayo de segundo orden:

Ao: “pero es que para tratar una hipertrigliceridemia se da a partir de 250 y nuestra paciente tiene 185, yo creo que se podría mejorar primero con la dieta, sino se mejora podríamos pasar a las estatinas”

Ma: “entonces tu no le darías para los triglicéridos ningún fármaco, verdad”

Ao: “así es, yo no”

Ma: “y tu doctora”

Aa: “yo sí porque tiene, mmm, ella si le calculamos el riesgo cardiovascular, tiene un riesgo alto y con ello a partir de niveles de 70 LDL ya necesitamos instaurar tratamiento farmacológico, ella tiene 74, y ósea a pesar de que no llega a rangos con puros triglicéridos como dice francisco, ella ya está comprometida desde, por sus comorbilidades, entonces hay que tratarla, así que yo si le daría tratamiento farmacológico y le daría fibratos porque son los que reducen más los triglicéridos y no modifican casi nada los demás valores” (R.6, p.342, 25/02/24).

En la viñeta anterior lo que se identifica es la participación de la estudiante autorregulada: la mejora en sus resultados académicos, dando aportaciones fundamentadas en conocimientos adquiridos utilizando un método de aprendizaje sistemático que le permite estar más calificada para la identificación de elementos clave en la resolución correcta del caso clínico, obteniendo así la satisfacción de sus buenos resultados; sus logros están totalmente ligados al compromiso que adquiere el médico interno de pregrado con sus procesos formativos en todos los ámbitos desde conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que demandan su programa académico (Tapia et al., 2022).

Ma: “bueno está muy bien, me gusta que ya estemos considerando este escenario, ¿tú le darías tratamiento farmacológico?”

Aa: “si yo elegí el bezafibrato, también porque es el de elección para manejo de triglicéridos”

Ma: “y pensaste en el riesgo cardiovascular, honestamente”

Aa: “ósea sí, primero lo vi y para mí fue moderado y después verifique lo de los triglicéridos y por eso me incline por el bezafibrato”

Ma: “y tu Luis”

Ao: “yo también elegí arrancar tratamiento farmacológico a base de bezafibrato”

Ao: “yo, la verdad no revise lo del riesgo cardiovascular, y pues muy mal que cometí el error de lo del HDL y pues entonces le puse, ósea si le di tratamiento farmacológico, pero le puse simvastatina, y pues no, no lo hice bien.”

Ma: “y tu doctora” (R.6, p.343, 25/02/24).

La función de supervisión y asesoría que conlleva el rol del docente al utilizar la metodología del aprendizaje basado en problemas es la actividad más importante, pues como en

esta viñeta puede observarse; retroalimentar al estudiantado permite que el alumno identifique lo que hizo bien para que lo reafirme y lo que hizo mal para que lo corrija oportunamente.

Recordando (Alonso et al., 2005) justamente que esta metodología obtiene buenos resultados académicos basados en el trabajo del propio estudiante; es decir, en su capacidad de autodirigirse para garantizar experiencias con aprendizajes significativos las cuales se enriquecen cuando se cuenta con la intervención dirigida de todos los estudiantes de la clase.

En la siguiente viñeta los estudiantes, a partir de una pregunta detonadora hecha por la docente, tienen participaciones cuyas acciones principales son la auto monitorización de sus propuestas de manejo, así como la identificación de las auto consecuencias de las mismas que según lo que el modelo cíclico del aprendizaje autorregulado de Zimmerman (2009) nos plantea; corresponde al conjunto de acciones que llevan al estudiante a transitar hacia la fase de autorreflexión pues solo de esta manera podrá buscar explicaciones a sus resultados y corregirlos con respuestas adaptativas autodirigidas que le generen satisfacción una vez que logre alcanzar sus logros.

Ma: “bien, ok, ahora quiero saber la dosis, ¿cada uno me dirá cuanto le dieron en dosis del medicamento?”

Aa: “se lo di 3 veces al día, pero no puse la dosificación”

Ma: “ósea, como una tableta 3 veces al día, pero como sabes hay muchas presentaciones.”

Aa: “sí, ya se, ese fue un error mío”

Ma: “sí, ya sé que, me voy a esperar contigo”

Aa: “yo le di 400mg al día”

Ao: “yo le di 200mg al día”

Ma: “vaya, por cierto, tengo curiosidad tú ¿cuánto le diste de ezetimiba-simvastatina?”

Ao: “le di 10/20 al día”

Aa: “yo le di 40mg al día”

Ma: “de qué”

Aa: “de atorvastatina”

Ma: “ok. Mmm. Doctor, ¿tú?”

Ao: “híjole, la verdad, eso sí no lo calcule”

Ma: “no pusiste entonces cuanto”

Ao: “no”

Ma: “tú, Damaris”

Aa: “para mí son 200mg al día”

Ma: “quiero saber, Luis y Damaris, porqué 200mg al día”

Ao: “mmm, bueno eso es como la dosis, prescrita, es que lo leí, pero ya no me acuerdo la explicación, pero sí que así se trataba” (R.6, p.344, 25/02/24).

La participación colectiva en la resolución de problemas, resulta primordial para el desarrollo del aprendizaje autodirigido; (Zimmerman & Moylan, 2009) ya que estos ambientes educativos despiertan el interés en el estudiante por ser un agente activo, auto crítico para dar explicaciones a otros y a si mismo sobre el éxito o fracaso de sus juicios clínicos. Teniendo así los argumentos necesarios para redirigir sus estrategias de aprendizaje.

Ma: “aja, ok, haber doctora explícanos que es la mix 25 entonces, vas bien con lo que nos comentas”

Aa: “pues es una mezcla que le ayudará para el manejo basal y para el prandial, entonces debe aplicarse cada vez que coma, bueno con su desayuno y cena”

Ma: “ok, entonces como haríamos las indicaciones para el uso de la insulina en esta paciente y considerando lo que les acaba de decir su compañera /me levanto y voy hacia el pizarrón y comienzo a escribir, bueno yo creo que esta fácil, el nombre en sí ya nos está diciendo que es una mezcla que contiene protamina y lispro, que tipo de insulina es cada una ... ¿Cuánto dura?”

Aa: “creo que media hora, no se”

Ma: “no, haber piensen entonces en la lispro que es una insulina de acción ultra rápida”

Ao: “no estoy tan seguro pero la protamina dura entre 8 y 12 horas”

Ma: “muy bien, sí. Entonces para entender el esquema que vamos a indicar debemos recordar la clasificación de las insulinas de acuerdo al tiempo de acción entonces esta ... /continúo escribiendo clasificación en el pizarrón/ lo que tiene su paciente, debe ser aplicado dos veces al día, y se explica por los tipos de insulina que conforman la mezcla ... entonces ahora sí díganme como le van a dejar la prescripción de sus unidades al día, ustedes en el caso ya tienen la cantidad total de unidades que recibe ¿Cuántas son?” (R.6, p.346, 25/02/24).

Tener una concepción integral de mi práctica educativa, al pensar de forma metodológica en la articulación que voy dando a todos los elementos constitutivos me ha permitido ubicar acciones particulares de mi práctica educativa que se convierten en objeto de innovación (Uc, 2003); tal es el caso de lo que mostro la viñeta anterior, en la cual existe una intervención docente

intencionada para despertar una comprensión correcta del contenido, que permita en los estudiantes hacer inferencias asertivas, desarrollar un compromiso permanente y continuo a la mejora en su formación.

Uso del tiempo

De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica del uso del tiempo y a lo que nos muestra el esqueleto de mi clase pude notar cómo he evolucionado desde que inicie con la investigación-acción de mi práctica docente, de manera inicial llegaba a tener hasta 6 momentos durante la sesión, destinaba la mayor parte del tiempo a exposición oral de contenidos, con retroalimentaciones breves y momentos de cierre forzados, tratando de cumplir con una estructura determinada; en la actualidad es totalmente diferente; el esqueleto se compone máximo de 4 momentos: un saludo e introducción a los objetivos de clase (22.27%), la presentación-resolución de caso clínico (34.86%), exposición oral del tema (15.24%) y un cierre (2.87%); cuyos respectivos porcentajes dan cuenta del uso del tiempo que hago en mi actual práctica docente.

Descubriendo así que corresponde a un 57.13% del tiempo de clase destinado a actividades relacionadas con espacios de comunicación interpersonal, discusión y análisis de opiniones, así como reflexión de los resultados y las estrategias empleadas para obtenerlos que se transforman en experiencias significativas para los estudiantes y la docente durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. Hay que destacar que otro importante descubrimiento es que el momento denominado cierre, es en realidad solo un espacio de despedida cordial, puesto que no necesito establecer un cierre o conclusiones finales; ya que el autorregistro dio cuenta que durante cada uno de los momentos se van desarrollando acciones deliberadas para la construcción de conclusiones.

Distribución y uso del espacio

El desarrollo regular de nuestras sesiones académicas en el espacio del aula ha permitido forjar una identidad en los estudiantes, un sentido de pertenencia y un deseo genuino de saberse contar con un espacio donde pueden compartir experiencias, poner en común opiniones desde perspectivas mutuas bajo un ambiente de respeto; esto ha contribuido de manera importante en mantener la motivación para los procesos de autoaprendizaje; lográndose que reconozcan que acciones como cambiar la distribución de las bancas (en seminario, mesa redonda, etc.) genera mayor confianza y cercanía para los procesos efectivos de comunicación, que los estudiantes se conviertan en los principales protagonistas partícipes en la preparación del material de apoyo son los grandes cambios observados en la evolución de mi práctica docente.

Uso del habla

Derivado del proceso completo de innovación en el desarrollo de la clase actualmente mis intervenciones son intencionadas, con un papel orientador para que el estudiante a través de mis palabras, acciones y posturas pueda darse cuenta de los significados construidos y encamine sus interpretaciones hacia los objetivos planteados. Cada vez se tornan más precisas y puntuales; siempre ligadas a ejemplos clínicos o prácticos que permitan articular teoría y práctica en el juicio clínico del estudiante. Propicio la participación de la mayoría tratando de manera respetuosa invitar a que la participación de cada uno se haga presente en algún momento de la clase.

Conclusiones

Pensar metodológicamente mi práctica docente, utilizando toda la información obtenida a lo largo de mi investigación- acción para implementar mi proyecto de innovación, buscando modificar la articulación de los constitutivos que integran mi práctica me ha proporcionado esta radiografía

general de mi actual práctica educativa resultado del éxito alcanzado al lograr que los estudiantes transiten en el aprendizaje autorregulado del primer proceso de la fase de ejecución al primer proceso de la fase de autorreflexión.

Todo ha sido producto de una secuencia de modificaciones intencionadas hechas a planeaciones de clase; en primer lugar la distribución clara de quien y de qué manera se realizarían las actividades planeadas durante la sesión académica; por poner un ejemplo podría mencionar la elaboración y aplicación de una autoevaluación diagnóstica hecha por la docente a la cual dan respuesta los estudiantes y reflexionan sobre los hallazgos hechos acerca de sus aciertos y errores; para que de forma sinérgica se propicie la discusión de los contenidos y puesta en común ante todo el grupo.

Cabe resaltar por parte de la docente el uso de recursos más allá de la información contenida y presentada por presentaciones digitales, ahora integrando las notas de los estudiantes y las tareas como un medio para el aprendizaje; de forma paralela los médicos internos de pregrado identificando el producto de sus tareas e investigaciones como elementos cuya verdadera finalidad son el uso efectivo para propiciar su autoaprendizaje y cuyo valor se acrecentó en tanto, más elementos aporte para la reflexión, el uso complementario en el abordaje de la resolución de escenarios clínicos y como sustento teórico durante las intervenciones intencionadas que realiza en la discusión dirigida de los casos clínicos y contenidos curriculares durante la clase.

De forma general podría decirse que estas planeaciones intencionadas de clase abrieron una ventana hacia un proceso en el que tanto estudiantes como la docente mostraron un cambio juntos; con interacciones complementarias y congruentes, que se entrelazaron de tal modo que se convirtieron en los cimientos de una relación educativa horizontal, de confianza, abierta al diálogo

y la escucha; así como detonadora de procesos reflexivos profundos que permiten visualizar en ambos participantes (docente-estudiante) un panorama más amplio de todos los recursos y elementos que le permiten construir su aprendizaje y autorregular cómo y para qué lo utiliza.

En términos generales el sexto registro permitió con el análisis de los constitutivos tener la posibilidad de reconocer la totalidad de mi práctica docente y distinguir la lógica que los articula; comprenderlos y ubicar las acciones tanto de la docente como del estudiante que fueron objeto de innovación y ejes de la transformación educativa; el proceso cognitivo está presente con el 28.04%, le sigue la intersubjetividad con el 24.39%, el modelo con el 21.9%, el contenido con un 19.51% y finalmente el 6.09% corresponde al contexto. Esta articulación detona en los estudiantes operaciones mentales en las fases de verificar y valorar; con acciones en procesos de certezas y realizaciones para tratar de entender significados; con lo cual evidentemente se aproxima al estudiante a las condiciones que le permiten transitar del primer proceso de la fase de ejecución al primer proceso de la fase de autorreflexión en el modelo cíclico del aprendizaje autodirigido de Zimmerman.

En la revisión detallada de la relación que se establece entre los cinco constitutivos de mi práctica docente; hubo un interesante comportamiento; pues al compararlo con lo obtenido en mis registros anteriores he comprendido que la articulación de los constitutivos resulta fundamental para que los escenarios educativos sean exitosos; la transformación es sustancial y significativa en cada uno de ellos; empezaré por el modelo, el cual esta vez coloque en el centro de mi arqueología ya que, es claro que guía la manera en que llevo mi practica educativa, cierto que ahora mis acciones para crear un ambiente de confianza siempre están presentes al inicio de la clase, enfocadas en ese objetivo; respecto a mis intervenciones ahora son orientadoras o detonadoras de diálogo, es decir, desapareció ese monologo que al inicio era predominante.

El contenido está presente en un 19.5%; porcentaje que es, de acuerdo a la experiencia generada el ideal para evitar la pasividad, la educación bancaria entre mis estudiantes; dando ahora estudiantes activos y responsables de su propio aprendizaje; dentro de este coloque el contexto con un 6.09% elemento que ahora utilizo como un detonador de cambio, es decir, al propiciar contextos totalmente diferentes en el aula, permito que el alumno se sienta en confianza y motivado para transformarse el mismo en sus procesos de aprendizaje y por supuesto dar pie a la autodirección de los mismos.

Finalmente, puedo concluir que existe una clara codependencia entre los constitutivos de intersubjetividad y proceso cognoscitivo; el primero representado por el 24.3% y el segundo por el 28.04%; hay que resaltar que es sumamente importante la intersubjetividad para que el alumno al compartir y discutir con otros sus dudas, opiniones, pensamientos y más; mantenga la motivación, encuentre soluciones, identifique sus estrategias, errores, fortalezas y debilidades; pues sólo así el estudiante puede valorar su trabajo auto reaccionar a este y alcanzar satisfacción de sus resultados; lo cual corresponde a llegar al primer proceso de la fase de autorreflexión del aprendizaje dirigido.

Lo anterior da cuenta de cómo todo se articula, cada elemento uno con el otro da vida a lo que sucede dentro del aula, a mi práctica educativa y al aprendizaje autorregulado en los estudiantes; aquí es claro e irrefutable que innovar la práctica docente es, no solo necesario, sino importante, trascendente y muy satisfactorio al mostrarme el éxito alcanzado al favorecer autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado con la implementación del proyecto de innovación la evidencia podríamos categorizarla al encontrar catorce intervenciones caracterizadas por autoevaluación y auto reacción a los resultados obtenidos, es decir, primer proceso de la fase de autorreflexión y cuatro intervenciones caracterizadas por la presencia de un

continuo pensamiento crítico-reflexivo en los estudiantes acerca de su práctica clínica diaria ligado a un compromiso de mejora; estas acciones los colocarían en el segundo proceso de la fase de autorreflexión.

Referencias

González-Flores, P., & Luna de la Luz, V., (2019). La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Investigación en Educación Médica. UNAM.* 8(30). 95-109.
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18165>

Graue-Wiechers, E., Sánchez-Mendiola, M., Durante-Montiel, I., & Rivero-Serrano, O. (2010). *Educación en las residencias médicas*. Editores de textos mexicanos, S. A. de C. V.

Molina-Ávila, I.F. (2016). “Implementación del aprendizaje basado en problemas en clínica de periodoncia”. [Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud]. Universidad Autónoma De Sinaloa.

Rogers, C.R, (1964). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Ediciones Culturales Paidós, S.A. de C. V.

Sánchez Mendiola M., Lifshitz Guinzberg A., Vilar Puig P., Martínez González A., Varela Ruiz M. E., Graue Wiechers E. (2015). *Educación médica. Teoría y práctica*. Primera edición. UNAM.

Sánchez-Mendiola, M., Lifshitz-Guinzberg, A., Vilar-Puing, P., Martínez-González, A., Varela-Ruiz, M.E., & Graue- Wiechers, E. (2015). *Educación médica teoría y práctica*. Elsevier.

Solórzano-Mendoza, Y.D. (2017). Aprendizaje autónomo y competencias. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 3(1). 241-253. <https://doi.org/10.23857/dc.v3i1.390>

Tapia-Rodríguez R.A., Cortes-Roldan D.A., Cruz-Hernández P.A., Chávez-Martínez L.C., & Camacho-López S.M., Aprendizaje basado en problemas, un desafío para la praxis académica en medicina. *Publicación semestral, XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*. 10(19). 42-46. <https://doi.org/10.29057/xikua.v10i19.8113>

Uc, L. (2003). *Entorno al análisis de la práctica docente*. México: ESENOG

Zimmerman, B.J. (2008). “Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical background, methodological developments, and future prospects”. *American Educational Research Journal*. 44(1). 166-183. <https://www.revistadepedagogia.org/rep/vol81/iss285/6/>

SEXTO REGISTRO CASO CLÍNICO DE DISLIPIDEMIAS

UBICACIÓN:

Institución: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Domicilio: Calle Cholula S/N Col. Azteca, León Guanajuato.

Docente: Dra. Isabel Sánchez Márquez

Nivel Académico: Licenciatura

Carrera: Médico Cirujano

Grado: Internado de pregrado

Lugar: Aula 2 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León

Servicio Rotatorio: Medicina Familiar

Horario: 12:00 – 13:00 pm

Fecha: 25 de febrero de 2024

CONTEXTO

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León como institución escuela recibe estudiantes de medicina que cursan su año rotatorio de pregrado en el Hospital Regional ISSSTE y Hospital Ángeles para que tomen con nosotros su rotación clínica por el servicio de medicina familiar; ya que al ser una unidad de primer nivel de atención brinda un escenario óptimo para que los

estudiantes integren conocimientos destrezas, habilidades y actitudes para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las principales patologías atendidas en consulta médica.

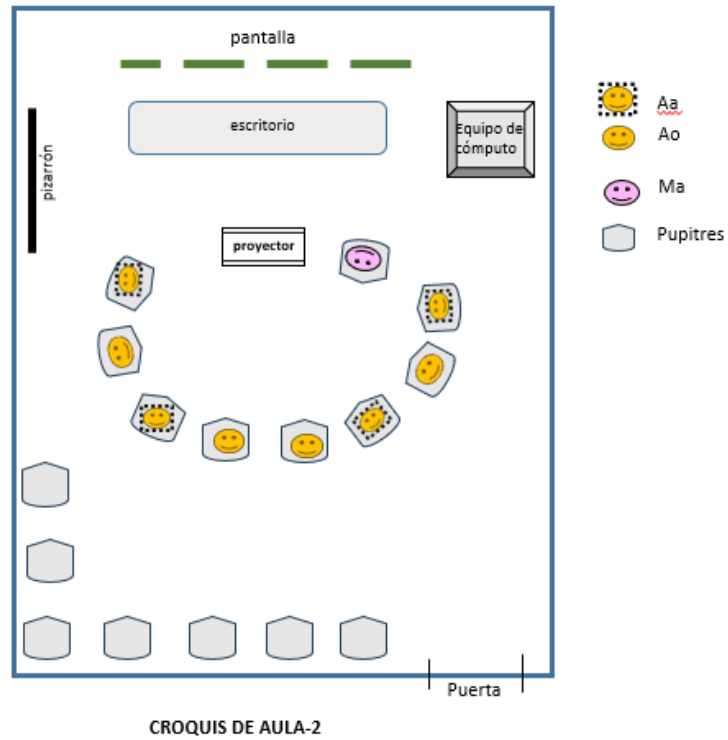
En su rotación por nuestra unidad los médicos internos de pregrado colaboran en la consulta externa guiados por un médico de base, acuden a sesiones clínicas, participan en seminarios académicos, realizan investigación bibliográfica pertinente y se enfrentan a resolver casos clínicos tanto simulados como en situaciones reales bajo un modelo de procesos de enseñanza-aprendizaje que promueven en los estudiantes un pensamiento crítico-reflexivo sobre los resultados de sus acciones y propician la autorregulación de su aprendizaje.

Durante el periodo de enero a febrero del 2024 fueron asignados ocho estudiantes de los cuales cuatro son mujeres y cuatro son hombres; provenientes de Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Autónoma de San Luis Potosí y de la Universidad del Plan Bienestar Benito Juárez. Su jornada dentro de nuestras instalaciones se desarrollará bajo el siguiente plan: de 7:00am a 12:00pm permanecen en el servicio asignado para observar y participar activamente con todas las acciones desarrolladas y diariamente en horario de 12:00 a 13:00pm participan en las sesiones de seminarios académicos para el análisis de los contenidos curriculares y principales temas de salud atendidos en la consulta externa de medicina familiar.

DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO

Imagen 30

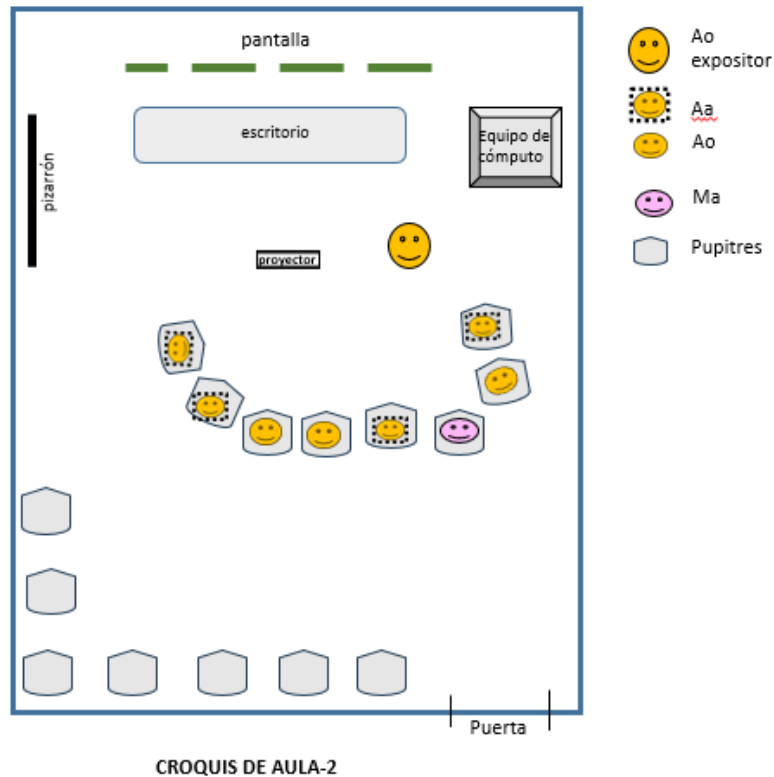
Croquis de la distribución dentro del aula durante análisis y discusión de caso clínico.



Nota: elaboración propia.

Imagen 31

Croquis de la distribución dentro del aula durante la presentación oral del tema complemento de dislipidemias.



TEMA DE LA CLASE

Caso Clínico de Dislipidemias

PROPÓSITOS DE LA CLASE

* El médico interno de pregrado discute de manera argumentada casos clínicos con sus compañeros y profesora para establecer impresiones diagnósticas y plan de tratamiento óptimos.

* El alumno propone acciones de prevención primaria y secundaria en el manejo de pacientes con dislipidemia.

* El estudiante diseña un plan de tratamiento integral en los casos clínicos de pacientes con dislipidemias.

* El estudiante evalúa sus errores, fortalezas y debilidades durante el abordaje de casos clínicos con actitud crítico-reflexiva sobre sus competencias y los resultados obtenidos.

PROCESO

Luego de dar la bienvenida a los estudiantes y mientras acomodan sus pupitres; les explico el plan de clase para la sesión académica de caso clínico, procedo a entregarles las observaciones escritas que hice sobre los resultados de su autoevaluación diagnóstica, se abre un espacio de diálogo para compartir inquietudes. Procedo a entregar caso clínico escrito para su análisis y resolución individual y posterior puesta en común el diagnóstico y plan de tratamiento integral del paciente. Cerramos con exposición oral del contenido complementario para enriquecer el tema.

ESQUELETO DE LA PRÁCTICA

Planeación de Momentos			
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad
1. SALUDO DE BIENVENIDA	12:00 - 12:10 pm	10	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula.
2. ENTREGA DE OBSERVACIONES SOBRE RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	12:10- 12:20 pm	10	Los estudiantes reciben su prueba de autoevaluación diagnóstica con las observaciones escritas hechas por la docente y se abre espacio para discusión de inquietudes
3. ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO, PRESENTACIÓN Y RESOLUCIÓN (DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS)	12:20- 12:45 pm	25	Revisión de caso clínico, discusión de hallazgos encontrados durante su análisis, puesta en común de diagnósticos correctos y tratamientos integrales.
4. EXPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEL TEMA	12:45 – 13:00 pm	15	Exposición del contenido complementario sobre el tema dislipidemias por alumno asignado.
5. CONCLUSIONES Y CIERRE	12:55 – 13:10 pm	15	De forma grupal desarrollar las conclusiones y hacer el cierre de la sesión esclareciendo los puntos centrales del mismo, así como los compromisos de mejora en sus procesos de autoaprendizaje.

Momentos	Hechos	Inferencias	Fases de ruta crítica	Niveles de Intersubjetividad	Operaciones Cognitivas
<p>Momento 1 12:00 - 12:22.27 pm *Saludo, entrega de observaciones y de caso clínico.</p>	<p>/En esta ocasión paso Luis aproximadamente 11:50 a mi consultorio a pedirme las llaves del aula, con la intención de abrirla y preparar anticipadamente todo el equipo de cómputo; por lo tanto cuando llego al aula ya se encuentran adentro siete estudiantes conversando entre ellos sobre las experiencias de su día; paso y coloco mis cosas en un pupitre mientras saludo a cada uno de ellos y les pregunto por Damaris, la única que aún no había llegado, a lo cual responden que ella sigue en su servicio de rotación. Les pido que se acomoden en forma de seminario, a lo cual todos de inmediato comienzan a recorrer bancas y acomodar sus cosas para quedar en medio círculo. Mientras lo hacen, se establece un diálogo informal donde me comparten algunas experiencias de pacientes hospitalizados y el servicio de urgencias. Les reparto uno a uno sus evaluaciones con las observaciones hechas por mí invitándolos a que las lean. al llegar Damaris comenta que no pudo venirse antes porque estaba ayudando con la atención de un paciente de consulta/ /pregunto si alguien quiere comentar algo, tiene alguna inquietud sobre los resultados de su autoevaluación a lo cual la respuesta fue que no así que procedo a entregarles documento escrito con el caso clínico para que de forma individual cada uno haga su análisis, interprete hallazgos y establezca un diagnóstico y plan de tratamiento/ Todos en silencio revisan el caso, sacan su material de apoyo</p>	<p>Aprecio al entrar al aula a todos interactuando entre ellos en armonía, con excelente disposición al momento de reacomodarse y ponerse ansiosos al recibir las observaciones de sus autoevaluaciones, mientras las leen se ponen pensativos y no desean comunicar a los demás algo al respecto.</p> <p>Damaris al entrar su actitud es de estar apenada, sin embargo, de inmediato se incorpora a las actividades de grupo.</p>			
<p>Momento 1 12:00 - 12:22.27 pm *Saludo, entrega de observaciones y de</p>	<p>Los resultados de su autoevaluación a lo cual la respuesta fue que no así que procedo a entregarles documento escrito con el caso clínico para que de forma individual cada uno haga su análisis, interprete hallazgos y establezca un diagnóstico y plan de tratamiento/ Todos en silencio revisan el caso, sacan su material de apoyo</p>	<p>Todos comienzan a sacar de sus mochilas su material de apoyo y se concentran en resolver el caso clínico, se hace un silencio en el salón de clases; da evidencia de lo familiarizados están con el trabajo</p>	<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Certezas</p>	<p>Intelegir</p>

<p>caso clínico.</p>	<p>(organizador gráfico) y comienzan a escribir su nota médica en formato entregado.</p> <p>Solicito quien desea participar en la presentación del caso. /comienzo a grabar la clase en audio/</p> <p>Ma: “¿les parece si empezamos?” Ao: “dos minutitos por favor” Ma: “ok, dos minutitos y ya empezamos con la presentación del análisis de su caso, porque recuerden todavía nos falta Luis y la presentación que nos dará de lo que complementa al tema” Ao: “sí” Ma: “Dr. Me das tu nombre, por favor, eres Javier” Ao: “Javier ...” Ma: “¿cómo?” Ao: “Javier Uriel Pichardo Gallardo” Ma: “ok, mmm, ¿Ana Laura?” Aa: “Chávez” Ma: “¿Chávez qué?” Aa: “Acevedo”</p>	<p>individual utilizando sus propios recursos</p> <p>Me piden que les dé más tiempo para continuar trabajando individualmente en el caso clínico y continúan concentrados.</p> <p>Me percato que algunos ya habían terminado de escribir aprovecho así para preguntar datos de los nuevos estudiantes. Los demás comienzan a murmurar sobre lo que escribieron en sus notas del caso clínico y seguimos a la vez esperando a que dos de sus compañeros terminen</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>verificar</p>
<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm * presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Ma: “ya pasaron varios minutos, que dicen ya podemos empezar, ¿ya están listos?” Aa: “sí ya” Ao: “si es que son muchos datos los que puse en mi nota” Ma: “ok, muy bien, quien hace la presentación del caso clínico, únicamente nos vamos a ir siguiendo el sistema estructurado, únicamente, entonces quien lo presenta?” Ao: “ósea, ¿Cómo?” Ma: “ahorita tu solo nos vas a decir la P” Ao: “ósea como paciente” Ma: “si exacto”</p>	<p>Se aprecian intrigados, ansiosos y un poco asustados por participar</p> <p>Luis de inmediato levanta la mano para iniciar con la participación donde plantea sus dudas y aporta información</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>verificar</p>

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm * presentación y resolución de caso clínico</p> <p>Momento 2</p>	<p>Ao: "pues se trata de una paciente femenina de 42 años de edad, niega alergias, niega toxicomanías, antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo 2 de 22 años de evolución descontrolada en tratamiento con insulina mix 25 con 25 unidades por la mañana y 25 por la noche, uso de insulina lispro después de la monitorización y antecedente hipotiroidismo de 13 años de evolución en tratamiento con levotiroxina 100 unidades al día"</p> <p>Ma: "microgramos al día" Ao: "si perdón, 100 microgramos al día, mmm, y sería todo" Ma: "muy bien eso es todo, alguien puso alguna cosa diferente o estamos de acuerdo con Luis, no se alguien le quitaría o agregaría algo en la presentación" Ao y Aa: "no, así está bien" Ma: "¿Seguros?" Ao: "sí" Ma: "quien me dice, bueno el subjetivo está muy fácil quedamos que es porque viene a control por medicamento y el objetivo lo vamos a diferir porque el paciente no está presente" Ao y Aa: "sí" Ma: "entonces quien nos explica que plan de tratamiento no farmacológico prescribió a su paciente" Aos: "bueno yo" Ma: "ambos pueden decírnoslo, pero que sea uno primero, por favor, quien, quien va primero" Ao: "yo le puse continuar con ejercicio diario, con monitorización, con baja alimentación a base de grasas y azucares, este, evitar alimentos que contengan mucha sal, evitar este cigarro, evitar alcohol y, pues nada tomar sus medicamentos" Ao: "pues yo le puse adecuado manejo de la dieta y disminución de las grasas, continuar y realizar los</p>	<p>de su análisis personal</p> <p>El resto de los compañeros prestan total atención a la presentación del caso y por momentos parecen corroborar con lo que ellos escribieron en sus notas al voltear a revisarlas</p> <p>Dos de los estudiantes al mismo tiempo empiezan su participación</p>	<p>Primer proceso fase ejecución</p> <p>segundo proceso fase ejecución</p>	<p>certezas</p> <p>Realizaciones</p>	<p>verificar</p> <p>Valorar</p>
---	--	--	--	--------------------------------------	---------------------------------

<p>12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>chequeos de la glucosa antes y después del desayuno para evitar que pase de los 130 antes y después que no pase de los 180”</p> <p>Ma: “ok muy bien, hay que resaltar aquí ambos hicieron aquí la misma recomendación hablando del automonitoreo, pero quien lo hizo más completo fue francisco, porque el especificó en qué momento había que realizar la medición de glucosa capilar y cuáles son las metas que pretendemos que tenga nuestra paciente, de la otra forma se pierden los objetivos, si solo digo continuar monitoreo, pues cada uno, cada paciente e incluso cada médico puede tomar decisiones distintas, si, y entonces Francisco dinos ¿por qué enfatizaste en lo del automonitoreo?”</p> <p>Ao: “porque, sacando de su hemoglobina glucosilada que está en 7.8% significa que está mal contralada y entonces, significa que o no se está aplicando adecuadamente su insulina o no está siguiendo adecuadamente su dieta, y el automonitoreo es la única herramienta que tenemos para identificar y verificar si lo está haciendo bien o mal”</p> <p>Ma: “muy bien, ahora eh, mencionaste continuar con su actividad física, verdad Ángel”</p> <p>Ao: “si exacto”</p> <p>Ma: “y hablaste sobre algunas recomendaciones de evitar alcohol, evitar tabaquismo, sin embargo, en tus datos preliminares tenemos toxicomanías negadas, entonces ¿cuál sería la relevancia de resaltar eso, de acuerdo al criterio que tu utilizaste?”</p> <p>Ao: “pues. Ósea a pesar de que las esté negando, no quita que en alguna fiesta las consume, entonces es algo que de acuerdo a su condición tendría que evitar a toda costa, no, entonces no</p>	<p>Observo en la expresión de los estudiantes el reconocimiento de la importancia de dar instrucciones detalladas para alcanzar los objetivos y ángel asume una actitud de que quiere participar nuevamente y levanta su mano</p>	<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p>
<p>Momento 2</p> <p>12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Algunos agachan la cabeza, como para evitar participar, sin embargo, una de las estudiantes levanta la mano</p>				

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>creo que este de más recalcarlo” Ma: “ok, bueno alguien puso algo más” Ma: “¿qué pusiste Dra.?” Aa: “le puse que continuar con la dieta prescrita, más, sin embargo, volver a redirigir a nutrición porque hay un apego del 70% entonces, ahí hay algo que en ella está impidiendo que se esté llevando al 100%, entonces es algo que el nutricionista debe checar, ya sea eh los alimentos que le deja, el número de alimentos, hay que checar porque no está cumpliendo su plan” Ma: “muy bien, eso es importantísimo, si ustedes, la propia paciente les está diciendo, vamos si pensamos en que le pedimos que se califique del 1 al 10 y ella se pone un 7 significa que ella sabe que algo no se está haciendo bien, tenemos que indagar porque, pero la estrategia de mandar con la experta es fundamental, porque nosotros podemos preguntarle que está sucediendo, que no hace y que si hace y entonces no sé, talvez ella te responda, la verdad es que no resisto y todos los días me como una concha, y ahí ustedes podrán decirle ¡la nutrióloga le ha dicho que eso sea correcto! Y porque lo hace, ha pues porque en casa todos comen pan y se me antoja, y pues empiezas a sugerir posibilidades de estrategias, pero la experta va a redirigir, como lo dijiste perfectamente bien, para que esa paciente, recuerden que esta es una enfermedad crónica, es lo equivalente a una carrera de resistencia ..., por lo tanto nuestros pacientes tienen que tener una preparación física y mental para enfrentar todas estas eventualidades de su día a día y tomar decisiones informadas y correctas que les permitan mantener el control de su enfermedad ... todos son</p>	<p>La estudiante argumenta con mucha seguridad sobre su aportación además sus explicaciones a ella, son producto de procesos reflexivos del contenido temático.</p>			
--	---	---	--	--	--

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm * presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>aspectos a veces incluso muy simples que pueden cambiar ese 7.8%, que como lo dijiste muy bien Francisco demuestra que la paciente está fuera de metas de control, tomando en cuenta esto: ¿qué metas de control quieren o proponen ustedes para esta paciente?" Ao: "menor a 6.5%" Ao: "para mí sería menor a 6%" Ma: "a ok, estamos ya siendo más estrictos" Aa: "es que sí podemos ser más estrictos con ella, por la edad, porque es en viejitos cuando ya empiezas a ser más laxo, en cuento a que no lo controles tanto, entonces, yo creo que sí pediría menor a 6%" Ma: "aja, ok, entonces que criterios utilizan para establecer metas de control en un paciente" Ao: "la edad del paciente" Aa: "los factores de riesgo" Ao: "el peso" Ma: "el peso, ¡no!" Ao: "estilo de vida" Ma: "¿estilo de vida, para establecer metas de control?, ¿es decir, vamos a suponer que tenemos a nuestra paciente de 42 años de edad, su compañera ya nos dijo que está joven, lo considero para mis metas de control, que otro factor inherente a ese paciente consideran?" Ao: "sexo" Ma: "mmm, no" Aa: "pues las enfermedades agregadas que tenga" Ma: "comorbilidades, muy bien, hay que considerarlas y que otra cosa" Aa: "pues factores de riesgo" Ma: "tiempo de evolución, no es lo mismo pedir una meta de control del 6% a alguien que tiene 5 años de evolución a alguien que tiene 22 años, sí. ¿qué tan flexibles o exigentes somos con las metas de control? Deben considerar al menos edad del paciente, tiempo de evolución, comorbilidades presentes, riesgo de</p>	<p>Todos los estudiantes empiezan a sugerir metas de control algunos participan abiertamente otros únicamente murmuran y me cuesta trabajo escuchar el valor que proponen</p> <p>Tres estudiantes se ponen a tratar de identificar los criterios y hacen aportaciones valiosas.</p> <p>Retomo el comentario de Damaris, ya que con anterioridad durante</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p> <p>Segundo proceso fase ejecución</p>	<p>Realizaciones</p> <p>certezas</p>	<p>Valorar</p> <p>Verificar</p>
---	---	---	---	--------------------------------------	---------------------------------

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>hipoglucemias, tratamiento farmacológico, sí es fundamental conocer estos elementos ... alguien por aquí dijo estilo de vida, verdad que sí, fue Damaris, eso tiene sentido porque hay que considerar la demanda calórica que tiene como de sus bolitos correctores que puedan llevarla a un escenario de hipoglucemia, hay voy francisco, espérame tantito, ... y así entra el concepto de variabilidad glucémica, que es un término que nos habla justamente si nuestro paciente está o no controlado y porque razón ... francisco, perdón por favor dínos lo que nos quieres compartir”</p> <p>Ao: “respecto a lo de bajarlo hasta el 6%, pues bueno yo pienso que a pesar de ser una paciente joven yo creo y considero que deberíamos pedirle al 6.5% para lo cual podemos enfocarnos mucho al estilo de vida de la paciente e incluso llegando a ese valor hasta podríamos quitarle las insulinas, meterle otro tratamiento y de ahí entonces si podemos exigirle un poquito más y no irnos desde el inicio a bajarle tanto ... además tenemos una paciente hipertiroides”</p> <p>Ma y Ao: “hipotiroidea, es hipotiroidea”</p> <p>Ao: “si hipotiroidea, y tengo entendido que podría haber alguna alteración hormonal ahí”</p> <p>Ma: “ok, ah, sí Luis, dime, ¿qué pasó?”</p> <p>Ao: “si bueno si el diagnóstico de la paciente fuera diabetes mellitus tipo 1 no podríamos cambiarle la insulina”</p> <p>Ma: “exactamente, no podríamos hacer eso, sí, porque mmm, ¿por qué razón?”</p> <p>Ao: “porque para usar la metformina tendríamos que tener secreción de insulina, y en la DM1 es justamente lo que la caracteriza la ausencia de producción pancreática de insulina ...”</p>	<p>su participación no le preste suficiente atención, además de que es muy valioso para enriquecer el contenido que discutimos.</p> <p>Francisco vuelve a levantar la mano para recordarme que está esperando turno para participar.</p> <p>Mientras escucha a aportación de su compañero, Luis ya adopta un lenguaje no verbal (expresión en rostro) de que está en total desacuerdo, en cuanto puede hace su aportación oral de forma muy respetuosa y asertiva.</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p> <p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p> <p>Realizaciones</p>	<p>verificar</p> <p>Valorar</p>
<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución</p>	<p>hipoglucemias, tratamiento farmacológico, sí es fundamental conocer estos elementos ... alguien por aquí dijo estilo de vida, verdad que sí, fue Damaris, eso tiene sentido porque hay que considerar la demanda calórica que tiene como de sus bolitos correctores que puedan llevarla a un escenario de hipoglucemia, hay voy francisco, espérame tantito, ... y así entra el concepto de variabilidad glucémica, que es un término que nos habla justamente si nuestro paciente está o no controlado y porque razón ... francisco, perdón por favor dínos lo que nos quieres compartir”</p> <p>Ao: “respecto a lo de bajarlo hasta el 6%, pues bueno yo pienso que a pesar de ser una paciente joven yo creo y considero que deberíamos pedirle al 6.5% para lo cual podemos enfocarnos mucho al estilo de vida de la paciente e incluso llegando a ese valor hasta podríamos quitarle las insulinas, meterle otro tratamiento y de ahí entonces si podemos exigirle un poquito más y no irnos desde el inicio a bajarle tanto ... además tenemos una paciente hipertiroides”</p> <p>Ma y Ao: “hipotiroidea, es hipotiroidea”</p> <p>Ao: “si hipotiroidea, y tengo entendido que podría haber alguna alteración hormonal ahí”</p> <p>Ma: “ok, ah, sí Luis, dime, ¿qué pasó?”</p> <p>Ao: “si bueno si el diagnóstico de la paciente fuera diabetes mellitus tipo 1 no podríamos cambiarle la insulina”</p> <p>Ma: “exactamente, no podríamos hacer eso, sí, porque mmm, ¿por qué razón?”</p> <p>Ao: “porque para usar la metformina tendríamos que tener secreción de insulina, y en la DM1 es justamente lo que la caracteriza la ausencia de producción pancreática de insulina ...”</p>	<p>su participación no le preste suficiente atención, además de que es muy valioso para enriquecer el contenido que discutimos.</p> <p>Francisco vuelve a levantar la mano para recordarme que está esperando turno para participar.</p> <p>Mientras escucha a aportación de su compañero, Luis ya adopta un lenguaje no verbal (expresión en rostro) de que está en total desacuerdo, en cuanto puede hace su aportación oral de forma muy respetuosa y asertiva.</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p> <p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Certezas</p> <p>Realizaciones</p>	<p>verificar</p> <p>Valorar</p>

<p>de caso clínico</p>	<p>Ma: "si francisco, ósea, si tú le cambias el tratamiento a está paciente con metformina tu garantizarías que la paciente se descontrola aún más"</p> <p>Ao: "si ya, cache, evidentemente no puedo hacer eso, estaría mal"</p> <p>Ma: "entonces, bueno, que más en el tratamiento farmacológico, hasta ahorita ¿ahí se van a quedar?"</p> <p>Ao: "yo le puse enviar a estudios de laboratorio y acudir con sus resultados para la siguiente consulta"</p> <p>Ma: "muy bien, si hay que poner siempre el seguimiento, para cuando quiero verlo y que espero que me traiga ese paciente, ahorita ya tendríamos dos cosas que esperamos que nos traiga: su monitoreo y sus laboratorios de seguimiento, ¿por qué laboratorios de seguimiento, Dr.?"</p> <p>Ao: "para evaluar con respecto al tratamiento, si le hicimos algún cambio poderlo revalorar en 2 meses"</p> <p>Ma: "ok, entonces asumo que tu hiciste un cambio?"</p> <p>Ao: "si"</p>	<p>A partir de las aportaciones francisco reconoce su error y corrige de inmediato su postura respecto al tratamiento de la paciente.</p>	<p>Primer proceso fase autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>valorar</p>
<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm * presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Ma: "antes de que nos cuentes sobre tu cambio farmacológico, explícanos a que va dirigido ese cambio farmacológico, a controlar o atender que situación de tu paciente"</p> <p>Ao: "pues a disminuir la hemoglobina glucosilada, y también a disminuir tanto colesterol como triglicéridos"</p> <p>Ma: "ok, colesterol total, LDL o HDL, dime cuál"</p> <p>Ao: "mmm, HDL sobre todo"</p> <p>Ma: "HDL, ok y ¿porqué HDL, Ángel?"</p> <p>Ao: "porque está por encima del nivel normal"</p> <p>Ao: "mmm /mueve negativamente su cabeza/"</p> <p>Ma: "¿qué opinan?, ¡vamos digan qué opinan!"</p> <p>Ao: "La HDL está perfecta"</p> <p>Aa: "no es necesario manejo de la HDL porque está bien"</p>	<p>El estudiante, comienza a descubrir que es importante analizar crítica y reflexivamente nuestras decisiones considerando en todo momento lo que perseguimos alcanzar (objetivos claros y precisos)</p> <p>El resto de sus compañeros se inquietan al notar que su compañero</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>verificar</p>

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm * presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Aa: “no es así” Ao: “es que en estos momentos no necesita ese manejo” Ao: “es que él se confunde, porque el HDL es el colesterol bueno, no necesitamos reducir sus concentraciones, sino incrementarlas” Ma: “exactamente” Ao: “por lo que si debemos de preocuparnos es por los triglicéridos, nada más” Aa: “sí, porque todo lo demás está en metas, ósea, está bien” Ao: “sí” Ma: “si, haber Damaris acaba de compartimos de ese perfil de lípidos que ustedes tienen, el único parámetro que está fuera de rango son los triglicéridos, ¿cuánto tiene la paciente Damaris?” Aa y Ao: “185” Ma: “¿y Cuánto esperaríamos que tuviera?” Aa y Aos: “menor de 150” Ma: “bien, sepan que apropiado les quite de los laboratorios los valores de referencia, porque si no era demasiado fácil ...” Aa: “/rie/ ay sí doctora” Aos: “sí” Ma” y en realidad, cuando nosotros vemos, Ángel, el HDL de 63, si lo que estamos haciendo es confirmar lo que dice la paciente con la actividad física es cierto, se acuerdan que habíamos dicho en la clase pasada si ustedes quieren identificar ... porque el HDL se eleva con la actividad física, y es un valor cardioprotector, entonces evidentemente no nos interesa un tratamiento que disminuya el HDL” Ao: “sí, es mala mía, no me fije” Ma: “entonces tu tratamiento deberá enfocarse en todo caso, para el manejo de triglicéridos. Y si lo haces ¿en cuando tiempo esperan ver resultados favorables?” Ao: “pero es que para tratar una hipertrigliceridemia se da a partir de 250 y nuestra</p>	<p>está confundido en cuanto comienzan a participar todos quieren hablar al mismo tiempo apresurados para hacerle notar su confusión. Ángel nota que se ha confundido en los conceptos e identifica que esto lo llevo a cometer un error en su propuesta de tratamiento, mira sus notas fijamente.</p> <p>Mientras le ejemplifico y argumento ángel adopta una actitud de escucha activa.</p> <p>Francisco está muy interesado en</p>	<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p> <p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p> <p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p> <p>Verificar</p>
---	---	---	---	---	---------------------------------

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>paciente tiene 185, yo creo que se podría mejorar primero con la dieta, sino se mejora podríamos pasar a las estatinas”</p> <p>Ma: “entonces tu no le darías para los triglicéridos ningún fármaco, verdad”</p> <p>Ao: “así es, yo no”</p> <p>Ma: “¿y tu Dra.?”</p> <p>Aa: “yo sí porque tiene, mmm, ella si le calculamos el riesgo cardiovascular, tiene un riesgo alto y con ello a partir de niveles de 70 LDL ya necesitamos instaurar tratamiento farmacológico, ella tiene 74, y ósea a pesar de que no llega a rangos con puros triglicéridos como dice francisco, ella ya está comprometida desde, por sus comorbilidades, entonces hay que tratarla, así que yo si le daría tratamiento farmacológico y le daría fibratos porque son los que reducen más los triglicéridos y no modifican casi nada los demás valores”</p> <p>Ma: “ok, de cuanto te salió su riesgo cardiovascular”</p> <p>Aa: “muy alto”</p> <p>Ma: “sí, ¿qué porcentaje?”</p> <p>Aa: “hay no lo calcule así, solo cheque las tablas y la coloque en riesgo alto”</p> <p>Ma: “alguien más calculo el riesgo cardiovascular”</p> <p>Ao: “bueno yo lo intenté, pero no pude porque nos faltan datos, pero también revisando tablas su riesgo es elevado”</p> <p>Ma: “sí claro, tienes razón”</p> <p>Ao: “pero si sería obviamente tan solo considerando sus factores de riesgo que tiene, un estado de moderado a alto para desarrollar eventos cardiovasculares”</p> <p>Ma: “bueno está muy bien, me gusta que ya estemos considerando este escenario, ¿tú le darías tratamiento farmacológico?”</p> <p>Aa: “si yo elegí el bezafibrato, también porque es el de elección para manejo de triglicéridos”</p>	<p>darnos a conocer su postura.</p> <p>Pregunto a Laura intencionadamente, porque está intentando participar hace un rato.</p> <p>Nos demuestra con el contenido que profundizo más en el tema bajo una visión analítica</p> <p>La estudiante introduce un término nuevo que le dio giro a su plan de manejo con ello detonó reflexión en el resto de sus compañeros</p>	<p>Segundo proceso fase de autorreflexión</p> <p>Segundo proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p> <p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p> <p>Valorar</p>
--	--	--	---	---	-------------------------------

<p>12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Ma: “y pensaste en el riesgo cardiovascular, honestamente” Aa: “ósea sí, primero lo vi y para mí fue moderado y después verifique lo de los triglicéridos y por eso me incline por el bezafibrato” Ma: “y tu Luis” Ao: “yo también elegí arrancar tratamiento farmacológico a base de bezafibrato” Ao: “yo, la verdad no revise lo del riesgo cardiovascular, y pues muy mal que cometí el error de lo del HDL y pues entonces le puse, ósea si le di tratamiento farmacológico, pero le puse simvastatina, y pues no, no lo hice bien.” Ma: “y tu doctora” Aa: “si la verdad yo también me equivoque, Dra. Y le puse estatinas” Ma: “estatinas, ¿Cuál?” Aa: “atorvastatina” Ao: “yo escogí fibratos, dra.” Ma: “ok Dr. y Damaris” Aa: “yo también fibratos igual que Javier” Ma: “bien, ok, ahora quiero saber la dosis, ¿cada uno me dirá cuanto le dieron en dosis del medicamento?” Aa: “se lo di 3 veces al día, pero no puse la dosificación” Ma: “ósea, como una tableta 3 veces al día, pero como sabes hay muchas presentaciones.” Aa: “sí, ya se, ese fue un error mío” Ma: “si, ya sé que, me voy a esperar contigo” Aa: “yo le di 400mg al día” Ao: “yo le di 200mg al día” Ma: “vaya, por cierto, tengo curiosidad, tu cuanto le diste de ezetimiba-simvastatina?” Ao: “le di 10/20 al día” Aa: “yo le di 40mg al día” Ma: “de qué” Aa: “de atorvastatina” Ma: “ok. Mmm. ¿Doctor tú?” Ao: “híjole, la verdad, eso sí no lo calcule” Ma: “no pusiste entonces cuanto” Ao: “no” Ma: “tú, Damaris”</p>	<p>El estudiante fue muy honesto al darnos a conocer los errores cometidos en su plan de manejo.</p> <p>Me dirigí uno a uno (lenguaje no verbal) con cada estudiante para que dieran respuesta.</p> <p>Le pido a Luis que espere un poco antes de darle oportunidad de que participe a que sus compañeros den sus dosificaciones.</p>	<p>Segundo proceso fase de autorreflexión</p> <p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p> <p>Realizaciones</p>	<p>valorar</p> <p>Verificar</p>
<p>Momento 2</p> <p>12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Ma: “y pensaste en el riesgo cardiovascular, honestamente” Aa: “ósea sí, primero lo vi y para mí fue moderado y después verifique lo de los triglicéridos y por eso me incline por el bezafibrato” Ma: “y tu Luis” Ao: “yo también elegí arrancar tratamiento farmacológico a base de bezafibrato” Ao: “yo, la verdad no revise lo del riesgo cardiovascular, y pues muy mal que cometí el error de lo del HDL y pues entonces le puse, ósea si le di tratamiento farmacológico, pero le puse simvastatina, y pues no, no lo hice bien.” Ma: “y tu doctora” Aa: “si la verdad yo también me equivoque, Dra. Y le puse estatinas” Ma: “estatinas, ¿Cuál?” Aa: “atorvastatina” Ao: “yo escogí fibratos, dra.” Ma: “ok Dr. y Damaris” Aa: “yo también fibratos igual que Javier” Ma: “bien, ok, ahora quiero saber la dosis, ¿cada uno me dirá cuanto le dieron en dosis del medicamento?” Aa: “se lo di 3 veces al día, pero no puse la dosificación” Ma: “ósea, como una tableta 3 veces al día, pero como sabes hay muchas presentaciones.” Aa: “sí, ya se, ese fue un error mío” Ma: “si, ya sé que, me voy a esperar contigo” Aa: “yo le di 400mg al día” Ao: “yo le di 200mg al día” Ma: “vaya, por cierto, tengo curiosidad, tu cuanto le diste de ezetimiba-simvastatina?” Ao: “le di 10/20 al día” Aa: “yo le di 40mg al día” Ma: “de qué” Aa: “de atorvastatina” Ma: “ok. Mmm. ¿Doctor tú?” Ao: “híjole, la verdad, eso sí no lo calcule” Ma: “no pusiste entonces cuanto” Ao: “no” Ma: “tú, Damaris”</p>	<p>Su actitud demuestra que se dan cuenta que cometieron un error al no considerar dosis y tiempo de tratamiento</p>	<p>Segundo proceso fase de autorreflexión</p> <p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p> <p>Realizaciones</p>	<p>valorar</p> <p>Verificar</p>

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm * presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Aa: “para mí son 200mg al día” Ma: “quiero saber, Luis y Damaris, porqué 200mg al día” Ao: “mmm, bueno eso es como la dosis, prescrita, es que lo leí, pero ya no me acuerdo la explicación, pero sí que así se trataba” Ma: “bien, es correcto, hay que revisar ese apartado para que sepas sustentarlo, entonces pasemos a la siguiente pregunta importante ¿quiero saber por cuánto tiempo?” Aa y Aos: /su expresión es de asombro e incertidumbre; incluso algunos suspiran/ Ao: “la verdad eso yo no lo puse” Ao: “pero sí recuerdan, los fibratos no se daban más que por mmm, es que tienen un tiempo límite, no” Ma: “ambos grupos de fármacos tienen, bueno hay que cuidar el periodo en que los utilizamos, aja, eso no quiere decir que no los podamos usar a perpetuidad, seguramente les ha tocado ver pacientes, los posts infartados, los posts eveceados que ya los tienen prescritos para toda su vida y en dosis altas, pero vamos a pensar en nuestro caso en particular, ¿Cuánto tiempo tendríamos que dejárselos?” Aa: “pues yo lo revaloraría en 6 meses” Ao: “pues yo tampoco estoy seguro, pero creo que, si la vamos a citar en un mes, ahí podría revalorarla ahí, a ver si está funcionando” Ma: “uju, que sería algo similar a lo de ángel, porque él nos menciona que pensaba en un mes ver sus laboratorios” Ao: “uju” Ma: “ok, alguien piensa algo distinto” Ao y Aas: /todos están en silencio movimiento la cabeza expresando negación, pues desconocen esa información o están</p>	<p>Nuevamente los estudiantes se percatan de sus errores y deficiencias al reconocer que no pueden dar respuesta correcta a la interrogante planteada por la docente.</p> <p>Estas actitudes de “ocultamiento” aparecen debido al</p>	<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>certezas</p>	<p>verificar</p>
---	---	---	--	-----------------	------------------

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm * presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>confundidos al respecto prefiriendo no participar/ Ma: “ok, bien les explico entonces, siempre que prescriban un fármaco deben saber a qué dosis y por qué periodo lo harán, el hecho de que hicieran su trabajo era precisamente para eso, para que identificaran cual eran las dosis de inicio, en qué periodo de hace la intensificación la propuesta que tienen Luis y Damaris es la propuesta correcta empezamos con la dosis mínima de fibratos, sin embargo, lo que propone francisco es excelente, es decir, ustedes pueden fortalecer elementos del estilo de vida, sobre todo en este caso, sería el apego al plan de alimentación, ya que si reducen sus niveles de glucosa es muy probable que mejoren sus cifras de triglicéridos ... de hecho así viene en la guías; esperamos los primeros 3 meses a menos que se sumara algún otro factor que incrementara su riesgo cardiovascular, con cambios en su estilo de vida ... y cuánto tiempo doy el fármaco; 3 meses; en este periodo debo pedir el control de laboratorio, si lo hago antes, no veré reflejado el efecto del tratamiento farmacológico sólo así podríamos tomar decisiones correctas en el ajuste de tratamiento ... por lo tanto son 3 meses de tratamiento continuo, hacemos un control bioquímico que nos permitirá dirigir el manejo hacia retirar fármaco, intensificar dosis o cambiar el tipo ... muy bien entonces ahora sí que más dejaríamos en tratamiento farmacológico” Aa: “pues no hemos mencionado lo de la insulina” Ma: “no, hasta ahorita, solo le pusieron una receta con bezafibrato” Aa: “pues sería lo de aplicarle la insulina mix 25, pero aquí también sería importante interrogar a la paciente a qué</p>	<p>contexto de alta competitividad</p> <p>La estudiante está atenta e identifica que elemento del plan de tratamiento farmacológico no se ha mencionado y hace su aportación</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>verificar</p>
---	---	--	--	-----------------	------------------

<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>hora come y a qué hora se aplica la insulina, es decir, si tiene un plan regular” Ma: “bien, mmm, haber dime como se debe aplicar la insulina mix 25” Ao: “mmmm” Ma: “¿cuáles son las indicaciones para mix 25?” Aa: “pues se supone que es una mezcla y contiene una insulina de acción rápida y una de acción prolongada, este no sé, no estoy segura” Ao: “se pone antes de los alimentos, no” Aa: “es que mix 25 es de acción prolongada porque ya estamos hablando de protamina” Ma: “mm, no” Aa: “no, más bien se trata de una basal y una prandial” Ma: “aja, ok, haber doctora explícanos que es la mix 25 entonces, vas bien con lo que nos comentas” Aa: “pues es una mezcla que le ayudará para el manejo basal y para el prandial, entonces debe aplicarse cada vez que coma, bueno con su desayuno y cena” Ma: “ok, entonces como haríamos las indicaciones para el uso de la insulina en esta paciente y considerando lo que les acaba de decir su compañera /me levanto y voy hacia el pizarrón y comienzo a escribir, bueno yo creo que esta fácil, el nombre en sí ya nos está diciendo que es una mezcla que contiene protamina y lispro, que tipo de insulina es cada una ... ¿Cuánto dura?” Aa: “creo que media hora, no se” Ma: “no, haber piensen entonces en la lispro que es una insulina de acción ultra rápida” Ao: “no estoy tan seguro pero la protamina dura entre 8 y 12 horas” Ma: “muy bien, sí. Entonces para entender el esquema que vamos a indicar debemos recordar la clasificación de las insulinas de acuerdo al tiempo de</p>	<p>personal al respecto.</p> <p>Todos miran fijamente lo que estoy anotando en el pizarrón y de vez susurran algún comentario al respecto, sin embargo, es tan baja la voz que no logro distinguir que dicen.</p>	<p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>Verificar</p>
--	--	---	--	-----------------	------------------

<p>ón y resolución de caso clínico</p>	<p>acción entonces esta ... /continúo escribiendo clasificación en el pizarrón/ lo que tiene su paciente, debe ser aplicado dos veces al día, y se explica por los tipos de insulina que conforman la mezcla ... entonces ahora sí díganme como le van a dejar la prescripción de sus unidades al día, ustedes en el caso ya tienen la cantidad total de unidades que recibe ¿Cuántas son? Ao y Aa: "son 40, eran 25 y 15" Ma: "hagan sus cálculos y mientras la otra pregunta que les quiero hacer es ¿dejarían el esquema tal cual está, si porqué o bien no por qué? Primero veamos levanten la mano quien dice que sí" Ma: "dinos porque" Ao: "pues porque puede que el esquema sea correcto y al corregir la alimentación sus cifras mejoren así que yo primero atendería este aspecto antes de cambiar su esquema de insulina" Ma: "y los que dicen que sí, se lo cambian, porque lo harían"</p>	<p>Únicamente levanta la mano francisco</p>			
<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p>	<p>presentación y resolución de caso clínico</p> <p>Ao: "bueno hasta ahorita lo estaba pensando, pero creo si se calcula a 0.2 tendría un peso de 200kg, lo cual nos dice que en realidad está calculada a una dosis más alta, y quizás hasta nos llevaría a pensar en que pudiera estar hiper insulinizada" Ma: "me parece correcto, entonces como queda el esquema" Ao: "pues se tiene que cambiar" Ao: "pues es que, en el momento al no tener el peso de la paciente, la verdad no sé cómo, pero yo le dejaría el esquema tal cual, y mejor le agregaría otro fármaco oral, de hecho, en mi plan de tratamiento yo le agregue linagliptina" Ma: "ok, porque" Ao: "pues, es que se me olvido el mecanismo de acción, sin embargo, estoy</p>		<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>valorar</p>
<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p>	<p>presentación</p>		<p>Primer proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p>

<p>ón y resolución de caso clínico</p>	<p>seguro que sería la mejor estrategia para intensificar su manejo” Ma: “si doctora, dime, que paso” Aa: “no es que, a mí se me había ido la onda, pero es diabética tipo 1, entonces si estaría bien dejarle un tratamiento oral, ósea un ISLGT-2, una dapagliflozina estaría super bien, pero ahí solo me preocuparía lo único la glucosuria que provocan y que igual y la predispongo a candidiasis genital.”</p>				
<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Ma: “si muy bien todo, ya solo fíjense bien, como podrían cambiar un esquema si lo único que tienen es una hemoglobina glucosilada, pues obviamente no lo pueden cambiar así, lo que les está diciendo francisco, es que quiero que la paciente se monitoreo antes y después de alimentos y me traiga el registro en la siguiente consulta, esa es la única información que les podría ayudar a identificar en qué momento tienen que intensificar su esquema de insulina ...; recuerden que hay múltiples factores que influyen en que no logremos las metas de control, aspectos con los que debe lidiar día a día el paciente; entonces en este caso lo ideal sería que sigamos la recomendación de su compañero francisco. Ok preguntas sobres esto, seguros que no”</p>	<p>Se aprecia como mantienen una actitud reflexiva mientras escuchan la explicación</p>			
<p>Momento 2 12:22.27 – 12:57.13 pm *</p> <p>presentación y resolución de caso clínico</p>	<p>Aa y Ao: “no todo, quedo claro, ya entendimos, debemos esperar hasta conocer sus registros de automonitoreo e indagar sobre otros factores para elegir o no modificar el esquema” Ma: “ok. Pasando a lo de sus resultados, es decir las respuestas de sus autoevaluaciones, me percate que hay muchas preguntas que han dejado sin respuesta, y eso no está bien, este tema es tan común en la atención de consulta</p>		<p>Segundo proceso fase de autorreflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Valorar</p>

	<p>externa, por lo tanto deben dominarlo y ser capaces de atender adecuadamente un caso clínico, si, deben saber hacer prescripciones correctas, ya lo hemos estado platicando, para que tomen buenas decisiones para con sus pacientes, no olviden que son sus responsabilidades; muy bien alguien me puede decir que hora es por favor” Ao: “faltan tres para la una” Ma: “hay por dios”</p>	<p>Enfatizo lo que deben trabajar y modificar</p>			
<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>Ma: “vamos a trabajar estos minutos que no quedan por favor, con la información, bueno, ya sé, ya nos pasamos, pero quiero que Luis, que escuchen a Luis, ¿sí? La información que trae Luis les va a aportar un poquito para las decisiones que van a tomar con los casos clínicos que vamos a ver más adelante, incluso con este mismo, vas Luis, muéstranos tú trabajo, esta, esta” Ao: “¿hoja?” Ma: “su caso clínico déjenmelo, porque luego, hay cosas que retroalimentación o no, según aquí, recórranlos todos para allá, sí, gracias. Una quince, ¿qué es esto? Su algoritmo quien lo trae en físico, acabo de verte a ti, acuérdense que me lo van a subir” Aa: “¿a dónde?” Ma: “al grupo, pásenmelo como fotografía y los demás si lo tienen en electrónico, me lo pasan de una vez, hay que incluir a sus compañeros Ángel, a Laura y a ¿Miguel?, no” Ao: “Javier”</p>	<p>A pesar de que ya es tarde todos se mantienen en sus lugares dispuestos a continuar con la sesión académica.</p> <p>Ángel de inmediato busca agregarlos al grupo y se ofrece Javier a apagar la luz; los dos</p>	<p>Primer proceso fase de ejecución</p> <p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>Certezas</p> <p>Certezas</p>	<p>Verificar</p> <p>verificar</p>

<p>* Exposición oral del tema</p>	<p>Ma: "Javier, ok, a Javier y a Laura en el grupo" Ao: "Los puedo a agregar, creo que sí, aquí están" Ma: "Damaris, me haces un favor, "¿puedes apagar la luz?" "Para que alcancemos a ver" Ao: "¿si quiere yo le apago" Ma: "¿sí?" Ao: "bueno, continuando con la presentación, el tratamiento que le vayamos a dejar al paciente o el que vayamos a elegir va a ir siempre acompañado de moderada intensidad, de baja intensidad o de alta intensidad, el, como el tratamiento está encaminado hacia el riesgo cardiovascular que tiene el paciente, esta es una de las, bueno hay bastantes maneras para, pero si hay varias maneras para calcular el riesgo cardiovascular, una de estas es la tarjeta de Gorrings, pero, aquí no se ve bien, que nos, bueno, la mayoría nos separa así los pacientes, primero ver si es hombre o si es mujer, si es fumador o no es fumador, la presión arterial sistólica que maneja, la edad y el índice, bueno en este caso nos maneja el índice de masa corporal, hay otra tabla que es la de Tropiburger, que nos mantiene los valores de LDL bueno, los datos de si es hombre o mujer, si es fumador o no, la presión arterial, pero en lugar del IMC, nos maneja el colesterol que maneja que es de lo que tengamos del colesterol total, lo dividimos entre treinta y ocho y sería el valor que vamos a utilizar para poder clasificar a nuestro paciente, el riesgo vascular que va a tener"</p>	<p>demonstraron gran disposición e iniciativa.</p>			
<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>Ma: "Luis, ¿quién tiene un factor de riesgo más alto, hablando del género, ¿mujer u hombre?" Ao: "eh, hombre" Ma: "¿quién puso mujer?" Aa: "yo, pero, puse ambos" Ma: "ah, ok, ahorita solo me acordé que leí mujer en algún"</p>	<p>Algunos revisan de inmediato sus autoevaluaciones para darnos a conocer sus resultados</p>	<p>Primer proceso fase de auto-reflexión</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>Verificar</p>

<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>lado, pero está bien, bien aclarado, ¿y tú? ¿Pusiste también mujer?” Aa: “puse mujer” Ma: ¿pusiste también mujer? ¿Pero sólo mujer verdad? Sí, yo sabía que había una excepción, hay que, nada más que no te puse la observación, pero eso estaba mal” Aa: “bueno” Ao: “ya clasificando a nuestro paciente si es que tiene un riesgo alto o el porcentaje que tenemos clasificándolo ya bien, bien con alguna tabla y viendo sus factores de riesgo tenemos que los pacientes si tienen un bajo riesgo y no han tenido un evento bascular anterior o alguna otra complicación, y tiene un riesgo en la escala de Gorrings menor al 10%, el objetivo del tratamiento pues sería mantener el LDL por debajo de cien en pacientes que no tienen eh un riesgos, un riesgo cardio vascular alto y pues bueno, el tratamiento que le dejaríamos en este caso sería un control de los factores de riesgo, continuar con las modificaciones siempre es bueno dejarles las modificaciones como del estilo de vida que se mantengan que la dieta que deben de llevar, el ejercicio, de treinta a cincuenta minutos al día a la semana siempre es importante recalárselos para que continúen y como que no se confíen de que tienen un riesgo bajo y también su estilo de vida un no sedentario, con una alimentación libre en grasas, entonces, pues le dejaríamos control de, la modificación del estilo de vida en el caso de que se requiera y pues en este caso el seguimiento sería anual, según lo que leí en la guía y bueno, en un riesgo moderado” Ma: “acuérdense de que ahí lo que nos traduce Luis es aquellos cuyo único diagnóstico es dislipidemias,</p>				
---	--	--	--	--	--

<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>en cualquiera de sus presentaciones, sin factores de riesgo ni comorbilidades, son a los que podemos con mucha tranquilidad en un año más, siempre fortaleciendo estilos de vida saludables, ok, para que no se vayan a confundir”</p> <p>Ao: “y a un riesgo moderado, nos habla de que tiene, bueno en la tabla que les puse, entre diez y diecinueve por ciento, el riesgo cardiovascular se considera moderado, en este caso, bueno, vamos a tener un objetivo terapéutico, bueno, en la relación de 40mg/dl, de LDL, bueno, aquí nos da opcional de si dejamos el tratamiento farmacológico o intentamos primero con cambio de estilos de vida más saludables, como ya lo mencionamos, sin embargo, aquí se debe de hacer un perfil de lípidos cada semestre, el control de los factores de riesgo que tenga ya asociados, bueno de una enfermedad o comorbilidad que tenga y siempre es el modificación del estilo de vida, siempre es importante recalcarlo, además aquí nos dice que el tratamiento farmacológico de elección sería las estatinas de mediana intensidad, más adelante les puse la tablita, pueden, creo que ya se las había puesto, pero aquí es como dividimos el tratamiento farmacológico en base a las estatinas de alta intensidad, mediana intensidad y baja intensidad, en este caso tendríamos que usar una estatina de baja intensidad que nos va a disminuir del veinte al cincuenta por ciento, en base a la dosis que vamos a usar con ese paciente, por ejemplo si dejáramos la atorvastatina en un paciente que tiene un riesgo cardiovascular moderado, eh, serían de diez a veinte miligramos al día, uh, e igual nos dice si llegamos a los</p>				
--	--	--	--	--	--

<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm * Exposición oral del tema</p>	<p>objetivos que son los objetivos terapéuticos y si no se podría agregar eh, el ezetimiba, que sería el que podríamos elegir que sería un bloqueador de la absorción del calcio al nivel del intestino de las microvellosidades, hum, bueno y continuando con un riesgo ya moderado cuando nos habla de que los pacientes en un, en este riesgo más alto de cardiovascular, tenemos que en la escala que les puse de veinte a veintinueve por ciento, además ya está asociado a enfermedades como diabetes, hipertensión y además el tiempo de evolución de las enfermedades que tiene, por ejemplo en esos pacientes ya tenemos una diabetes mellitus tipo I o tipo II de más de veinte años de evolución, es por lo que consideramos ya el riesgo ya un poquito más alto, en ellos los objetivos terapéuticos es un LDL por debajo de cien y eh, la meta pues sería mantenerlos por debajo de setenta, eso sería lo más óptimo en esos pacientes” Ma: “ok, entonces nos hablaste de tres rangos de LDL, el que tiene un factor de riesgo cardiovascular bajo, ¿en dónde lo queremos? El LDL. El riesgo cardiovascular bajo, cuando yo superviso mi paciente que tienen riesgo cardiovascular bajo mi paciente, en LDL ¿qué valores quiero para él?” Aa: “menor a ciento quince” Ma: “menor a ciento quince, si tiene el moderado es menor a cien, si tiene un riesgo alto, ¿menor a cuánto Ángel?” Ao: “hum” Ma: “ayúdenle chicos” Aa: “menor a setenta” Ma: “menor a setenta, le voy a dar aquí un codazo, sígueme Luis” Ao: “bueno, en conclusión de todo esto, pienso que como lo mencionó la doctora, para el riesgo bajo, como lo dice el</p>	<p>Se apodera del escenario mientras expone, incluso logra captar la atención de toda la audiencia.</p>	<p>Primer proceso fase de auto-reflexion</p>	<p>certezas</p>	<p>verificar</p>
<p>Momento 3</p>	<p>Como ángel se estaba quedando</p>				<p>Valorar</p>

<p>12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p> <p>Momento 3</p>	<p>LDL, menor de ciento quince, en el moderado menor de cien, en el alto menor de setenta y en el muy alto sería menor a cincuenta y cinco, el nivel más complicado de mantener y en este, el riesgo muy alto ya nos habla de que tenemos una, en la escala que les puse tendríamos un riesgo del treinta, igual ya se asocian las enfermedades con una, las comorbilidades que tiene el paciente con el tiempo de evolución ya muy prolongado y pues en este ya utilizaríamos tratamiento farmacológico en base de estatinas de baja intensidad"</p>	<p>dormido debido a que estaba postguardia</p>	<p>Primer proceso fase de auto-reflexion</p>	<p>Realizaciones</p>	
<p>12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>Ma: "ok, esa fue la que ya maso, ya nos la dijiste, si quieres sigue con, hay ustedes, bueno, yo creo que lo que hay que resaltar ahí nada más es como cambia los miligramos, eso es lo que aumenta la intensidad del fármaco, son los mismos fármacos hablando de estatinas, vean en baja intensidad, tenemos diez miligramos de atorvastatina, y la verdad es que no alcanzo a leer nada, pero este, no estoy confundido, ni siquiera veo desde aquí, pero creo que tiene pravastatina más bien"</p> <p>Aos: "sí, prevastatina diez y"</p> <p>Ma: "ajá, son las de diez y veinte, sí, más bien, ja, ustedes sí lo ven, pero vean acá, el de alto, ¿qué nos dice? ¿cuarenta, ochenta? ¿sí verdad?"</p> <p>Aa: "atorvastatina"</p> <p>Ma: "ajá, bien"</p> <p>Ao: "y también va dependiendo del porcentaje que nos va disminuyendo LDL, en el paciente por eso es que las de baja intensidad, aproximadamente nos va a bajar un treinta por ciento y el de intensidad mediana nos va a bajar cincuenta y el del alta intensidad de mayor al cincuenta por ciento, hay algunos que nos disminuyen hasta el sesenta por ciento, asociado a eso, cuando los pacientes nos llegan a una</p>				

<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>meta óptima que nosotros queramos, podemos aumentar un fármaco, ya que vimos que el paciente si cambió su estilo de vida, que el paciente en realidad si está haciendo sus ejercicios, está llevando a cabo su tratamiento y no hay alguna reducción o en pacientes que tienen una dislipidemia primaria, también se puede utilizar el ezetimiba a dosis de 10 mg cada 24 h, y también puede utilizar solo el mismo, este nos dice que se podría disminuir hasta un sesenta por ciento y bueno la reducción que tendríamos sería hasta un setenta por ciento; pues ya otro fármaco pues sería el ebo lu sunat, este como lo menciona la guía, y este es una dosis de 140 mg cada quince días, también en pacientes que no tenemos la reducción o las metas terapéuticas que deseamos, pero no sé qué tanto se utilicen”</p> <p>Ma: “nosotros, el instituto no lo maneja, pero sí, es lo trabajan en pacientes con un riesgo muy alto cardiovascular”</p> <p>Ao: “y pues los fibratos, que de estos ya hablamos tratamos de iniciar de hacer de 200 mg cada 12 h, y pues sus efectos podrían ser la pérdida del apetito, náuseas, esto los utilizamos más en pacientes con niveles de triglicéridos más elevados y se podría usar de los de riesgo cardiovascular de moderado al más como ya alto”</p>				
<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>Ma: “mju”</p> <p>Ao: “y esto es todo lo anterior pero ya como más que vamos a utilizar más un tratamiento farmacológico, ya lo vimos en pacientes que tengan riesgo cardiovascular alto o muy alto, o en pacientes con una hipercolesterolemia esta primaria, no tenemos como alguna con cambios de vida saludable y todo esto, no tenemos una disminución, tenemos que</p>				

<p>Momento 3 12:57.13 – 13:12:37 pm *</p> <p>Exposición oral del tema</p>	<p>ver si aumentamos también el fármaco” Ma: “ok” Ao: “este, ya explícito en adultos de cuarenta a setenta y cinco años, sin diabetes, osea que no tengan alguna otra, se recomienda el tratamiento farmacológico con niveles de LDL de 100 a 180 mg y un riesgo muy alto varía de 10%, hay digamos recomendamos una estatina de alta intensidad, cuando tengamos niveles de 150 a 189 y un riesgo alto del 5 al 10%, podríamos dar una estatina igual de alta intensidad y cuando es mayor de 190, con un riesgo del 1 al 5%, se recomienda una estatina de moderada intensidad o como vemos en todos los pacientes ya dando el tratamiento farmacológico va enfocado en que tanto reduzca a quien y yo creo que con esta ya” Ma: “ajá, ¿son todas las recomendaciones?” Ao: “sí”</p>		<p>Segundo proceso fase de ejecución</p>	<p>Realizaciones</p>	<p>verificar</p>
<p>Momento 4 13:12:37 – 12:14:30 pm *Cierre</p>	<p>Ma: “Yo creo Luis que si vale la pena que nos compartas tu presentación, para que todos ustedes tengan esta como información condensada para la toma de sus decisiones, mi sugerencia, para, mi propuesta es que empiecen a calcular riesgos cardiovasculares dentro de la consulta, ahí con los pacientes pónganse un ratito y ven así a sugerir, a cuestionar si hay que modificar estos tratamientos que les estamos prescribiendo, sale, esta va a ser como su tarea, no me van</p>	<p>Todos comienzan a guardar las cosas y prepararse para</p>	<p>Primer proceso fase de ejecución</p>	<p>certezas</p>	<p>verificar</p>

	<p>a dar evidencia a mí pues, pero es para su propia consciencia, calculen riesgos cardiovasculares y cuestionense si lo que estamos dando hablando, nos vamos a enforzar ahorita en tratamientos de dislipidemias, ok, ¿dudas? No, ¿seguros? Muy bien, mañana vamos a tener clase a las siete de la mañana, todos nos vemos aquí en el aula a las siete, por favor, les voy a, les encargo que manden su entregable”</p>	<p>salir del aula, al saber el cambio los que tienen guardia de inmediato expresan desconcierto, sin embargo, todos aceptan al final a iniciar muy temprano mañana</p>			
--	---	--	--	--	--

REFLEXIÓN

El análisis de mi sexto registro, es producto de una planeación de clase intencionada cuyo diseño surgió después de la reflexión profunda de mi primera experiencia en la aplicación del proceso de innovación; que detono una serie de cambios en las actividades realizadas por la docente y los procesos llevados a cabo por el estudiante; por supuesto igual que en ocasiones anteriores también hubo necesidad durante el desarrollo de la clase hacer adaptaciones para atender inmediateces asociadas al contexto social y emocional de los estudiantes, que en mi actual forma de desarrollarme dentro de mi practica educativa he decidido optar por incorporarlo y hacer de estos hechos una herramienta para originar dentro del aula un ambiente educativo de confianza y seguridad.

Hay que resaltar que el diseño de mi clase fue sustancialmente efectivo para alcanzar los objetivos planteados en el aspecto curricular pues al centrarse en un escenario educativo que dio pie a la discusión de caso clínico, teniendo como recurso no solo los conocimientos previos sino las interpretaciones logradas de forma individual con el análisis del caso para establecer un diagnóstico y plan de tratamiento. Las propuestas que cada alumno daba frente al grupo para al

final poner en común con sus compañeros el manejo óptimo del paciente permitieron que se desarrollaran acciones de autorreflexión en los estudiantes mientras evaluaban sus errores, fortalezas y debilidades durante el abordaje del caso clínico y a mí me dieron la información necesaria para identificar sus procesos de dialogo y operaciones cognitivas que corresponden a las características que dan cuenta sobre la transición que han logrado desarrollar los médicos internos de pregrado al pasar de la fase de ejecución a la fase de autorreflexión sobre al aprendizaje autorregulado según el modelo cíclico de Zimmerman.

En esta ocasión el esqueleto de mi clase de está conformado únicamente por cuatro momentos: el primer momento corresponde al saludo, entrega de observaciones escritas por la docente a cada uno de los alumnos, en este punto es importante señalar que la intención inicial de mi planeación era que en este momento después de que cada uno diera lectura a ella, pudiéramos abrir el diálogo y compartir experiencias, sin embargo, esto no se dio de esta manera, puesto que todos los estudiantes prefirieron no comentar al respecto así que opté por respetar su deseo y pasar a entregarles el caso clínico escrito a cada uno para que iniciaran su proceso de análisis del mismo. El uso del tiempo para este primer momento corresponde a un 29.5%; el segundo momento que representa el 34.86% del uso del tiempo es el más importante ya que, justo en ese instante es que se dio absoluta apertura a que los estudiantes compartieran sus hallazgos, argumentaran sus decisiones y reflexionaran todos sus procesos.

Durante toda la sesión me percaté que el uso de mi habla es con menos muletillas redundantes y que el número de intervenciones que realizo siguen siendo amplias y reiterativas en orientar a los estudiantes cuando existe confusiones o errores en sus argumentaciones o toma de decisiones, induzco en todo momento a la participación de la mayoría con preguntas detonadoras de procesos de diálogo y discusión reflexiva entre los estudiantes y mis retroalimentaciones

estuvieron orientadas a guiar procesos cognitivos en los médicos internos de pregrado que les permitan aprendizajes significativos cuyo impacto sea directamente en ser médicos competentes para atender adecuadamente los principales motivos de atención en la consulta diaria.

Continuando con los momentos el tercero que fue la exposición del tema ocupó el 20.25% del tiempo; fue muy preciso el abordaje que el estudiante hizo y que además evidenció su progreso individual; con esta distribución del tiempo para dicha actividad y la modificación que el propio alumno responsable de presentarnos el tema se reduce la pasividad en el resto de los estudiantes, al involucrarlos en procesos reflexivos durante la exposición oral. Finalmente, el último momento denominado cierre con el 3.78% del tiempo fue básicamente para despedirnos; aclaro en esto que no fue necesario nada más, puesto que cada fase de la clase ya había tenido sus conclusiones, por lo que este último momento se convirtió en un breve pero agradable, hasta mañana para todos.

Las actividades que la docente ejecuto y los procesos generados por los estudiantes mostro como resultado que la arquitectura de los constitutivos fuera representada en un casi 53% por la intersubjetividad y el proceso cognoscitivo; con procesos de diálogo de certezas y realizaciones así como acciones mentales de verificar y valorar que al comportarse como un binomio perfecto da resultados que articulan con acciones, actitudes y aptitudes que los estudiantes de acuerdo a la ruta crítica del aprendizaje autorregulado del modelo de Zimmerman corresponderían al primer proceso de la fase de autorreflexión, es decir, caracterizados por ser capaces de descubrir sus errores, reflexionarlos y reconocer con autocrítica la actitud que asumen antes sus resultados para replantearse estrategias diferentes que le permitan lograr cambios favorables en su actitud clínica en la atención de casos clínicos.

Este análisis de mi sexto registro me deja muy satisfecha, conforme y motivada con respecto a mi práctica educativa; puedo decir con base en todos los hallazgos, que mi plan de innovación ha logrado el objetivo de transitar a los médicos internos de pregrado hacia la fase de autorreflexión del aprendizaje autodirigido y en la docente ha permitido que reconozca la viabilidad que tiene la metodología del aprendizaje basado en problemas para alcanzar este tipo de resultados en el desarrollo de sus clases; los beneficios son mutuos y se expanden hacia todos aquellos que de forma indirecta se involucran con los procesos formativos así como a todos aquellos que recibirán durante la atención médica otorgada por estos médicos internos; los beneficios de una formación pertinente, profunda y significativa en todos los ámbitos (conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes) indispensables para contar con profesionales médicos de calidad.

USO DEL TIEMPO POR MOMENTOS DE LA CLASE

Tabla 10

Distribución por momentos de la clase caso clínico de dislipidemias

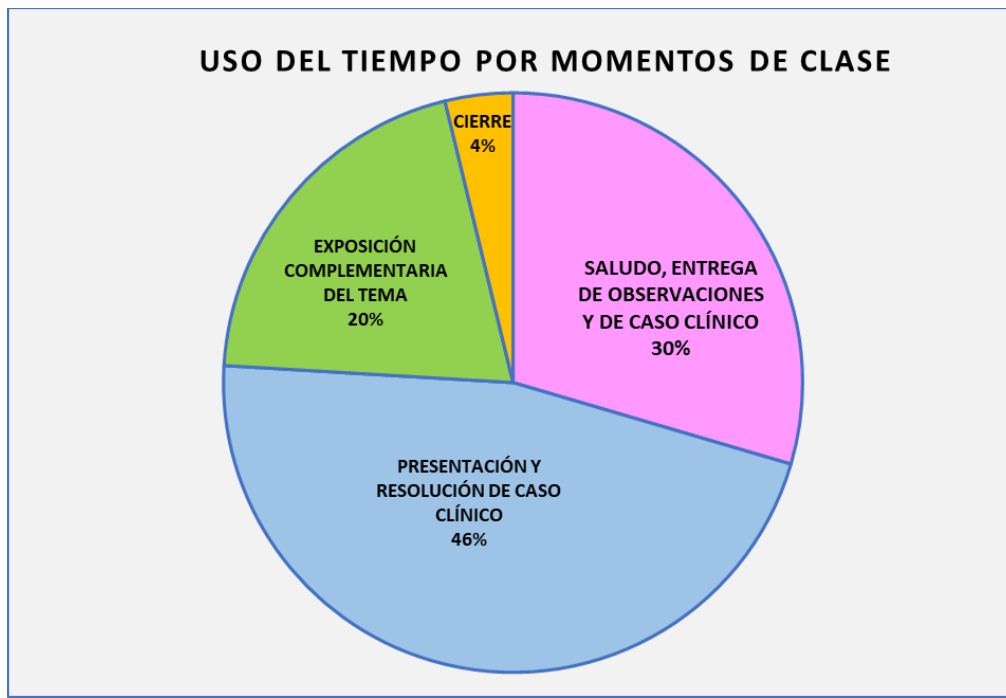
Momentos de clase				
Momento	Horario	Tiempo (min)	Actividad	(%)
1. SALUDO, ENTREGA DE OBSERVACIONES Y DE CASO CLÍNICO	12:00 -12:22.27 pm	22.27	Saludar, dar la bienvenida a los alumnos y acomodar el espacio físico y recursos de apoyo en el aula. Entregar observaciones hechas por la docente a los resultados de sus autoevaluaciones, así como de caso clínico escrito para análisis individual	29.5%
2. PRESENTACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CASO CLÍNICO	12:22.27- 12:57.13 pm	34.86	Los estudiantes presentan caso clínico apoyados por el acrónimo PSOAP, discuten sus hallazgos con el grupo, dan a conocer diagnósticos y plan de tratamiento establecidos y hacen una puesta en común de ello.	46.33%
3. EXPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEL TEMA	12:57.13 – 13:12.37 pm	15.24	Exposición complementaria del tema de dislipidemias.	20.25%
5. CIERRE	13:12.37 – 13:14.30 pm	2.87	Despedida del grupo, dar indicaciones para las actividades posteriores.	3.78%

Nota: elaboración propia.

Gráfica 15

Distribución del uso del tiempo por momentos de clase caso de dislipidemia

Momento	Actividad	Porcentaje
1	SALUDO, ENTREGA DE OBSERVACIONES Y DE CASO CLÍNICO	29.50%
2	PRESENTACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CASO CLÍNICO	46.33%
3	EXPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEL TEMA	20.25%
4	CIERRE	3.78%



Nota: elaboración propia.

EVIDENCIA DE ACTIVIDAD DE LA CLASE

Imagen 32

Estudiantes revisando las observaciones escritas por la docente como retroalimentación en su prueba de autoevaluación.



Imagen 33

Médicos internos de pregrado revisando el caso clínico.



Imagen 34

Estudiantes utilizando su material de apoyo durante la resolución de caso clínico.



Imagen 35

Estudiante haciendo su presentación oral del tema de clase.



Tabla 11

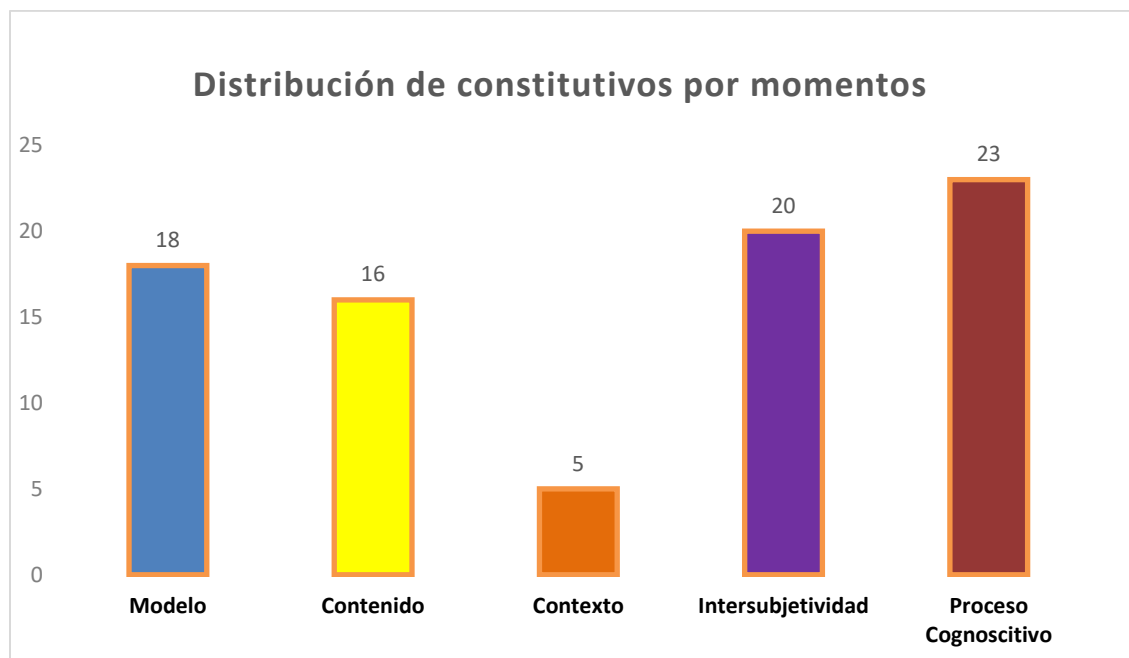
Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase

ARQUEOLOGÍA DE LA CLASE						
No.	Momentos	Modelo	Contenido	Contexto	Intersubjetividad	Proceso Cognoscitivo
1	12:00 - 12:22.27 pm	4	0	4	2	0
2	12:22.27- 12:57.13 pm	12	10	1	13	18
3	12:57.13- 13:12.37 pm	1	5	0	5	5
4	13:12.37 – 13:14.30 pm	1	1	0	0	0
	Σ	18	16	5	20	23
	%	22%	19%	6%	24%	28%

Nota: elaboración propia.

Gráfica 16

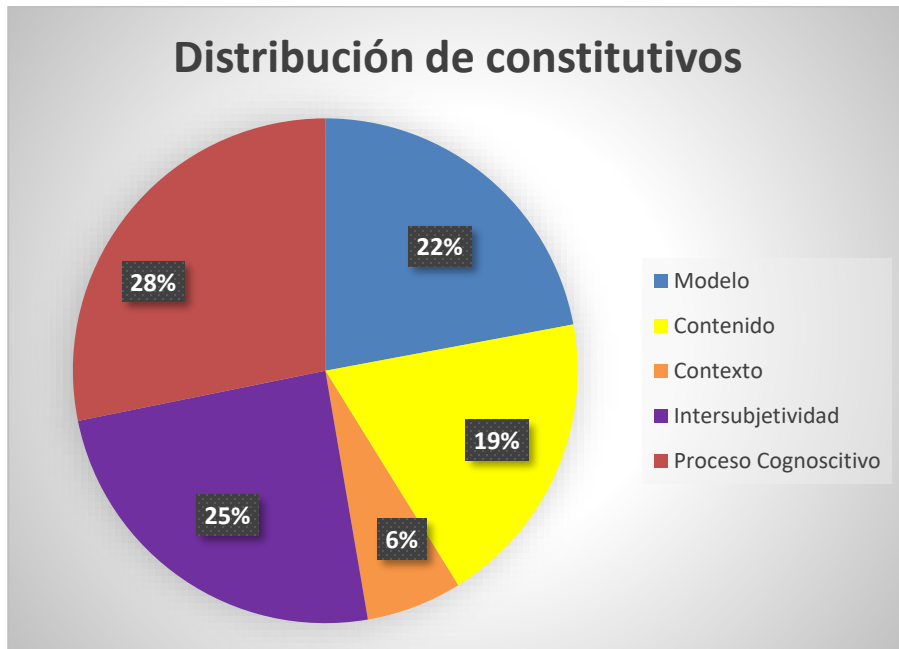
Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase.



Nota: elaboración propia.

Gráfica 17

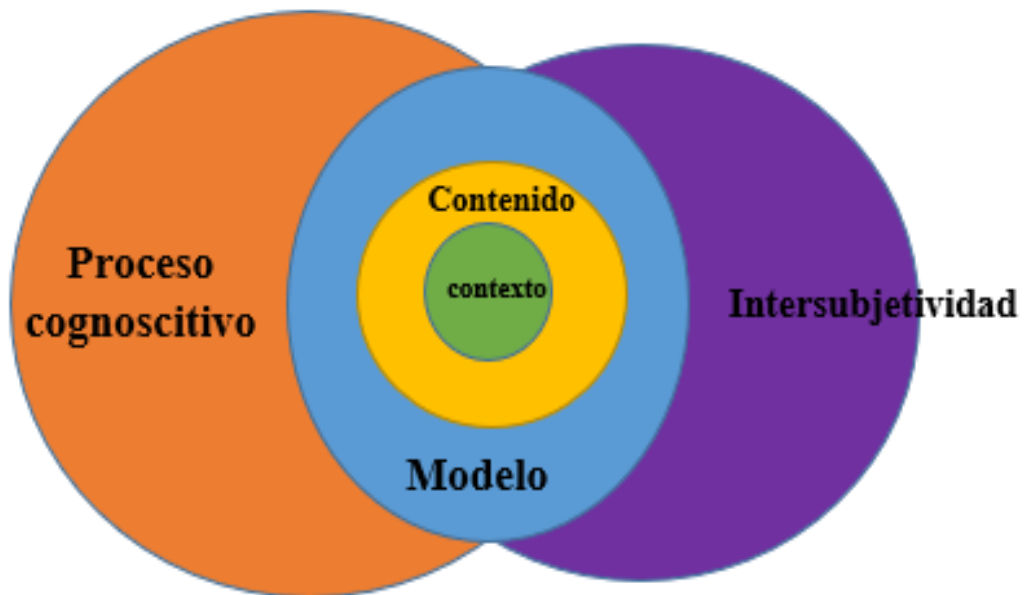
Distribución de elementos constitutivos por momentos de clase.



Nota: elaboración propia.

Imagen 36

Representación cualitativa de los constitutivos de la práctica docente.



Nota: elaboración propia.

En la revisión detallada de la relación que se establece entre los cinco constitutivos de mi práctica docente; hubo un interesante comportamiento; pues al compararlo con lo obtenido en mis registros anteriores he comprendido que la articulación de los constitutivos resulta fundamental para que los escenarios educativos sean exitosos; la transformación es sustancial y significativa en cada uno de ellos; empezaré por el modelo, el cual está vez coloque en el centro de mi arqueología ya que, es claro que guía la manera en que llevo mi practica educativa, cierto que ahora mis acciones para crear un ambiente de confianza siempre están presentes al inicio de la clase, enfocadas en ese objetivo; respecto a mis intervenciones ahora son orientadoras o detonadoras de diálogo, es decir, desapareció ese monologo que al inicio era predominante.

El contenido está presente en un 19.5%; porcentaje que es, de acuerdo a la experiencia generada el ideal para evitar la pasividad, la educación bancaria entre mis estudiantes; dentro de este coloque el contexto con un 6.09% elemento que ahora utilizo como un detonador de cambio, es decir, al propiciar contextos totalmente diferentes en el aula, permito que le alumno se sienta en confianza y motivado para transformarse el mismo en sus procesos de aprendizaje y por supuesto dar pie a la autodirección de los mismos.

Finalmente, puedo concluir que existe una clara codependencia entre los constitutivos de intersubjetividad y proceso cognoscitivo; el primero representado por el 24.3% y el segundo por el 28.04%; todo se articula, cada elemento uno con el otro da vida a lo que sucede dentro del aula, a mi práctica educativa y al aprendizaje autorregulado en los estudiantes; aquí es claro e irrefutable que innovar la práctica docente es no solo necesario, importante, trascendente sino también muy satisfactorio.

PLANEACIÓN DIDÁCTICA CLASE CASO CLÍNICO DE DISLIPIDEMIAS

Datos contextuales

Nombre de la profesora: Isabel Sánchez Márquez

Fecha: 25 de febrero 2024

Asignatura: Rotación clínica de medicina familiar

Sesión académica: Dislipidemias segunda parte

Estrategia didáctica: Aprendizaje basado en problemas

Propósitos

- * El MIP discute de manera argumentada casos clínicos con sus compañeros y profesora para establecer impresiones diagnósticas y plan de tratamiento óptimos.
- * El alumno propone acciones de prevención primaria y secundaria en el manejo de pacientes con dislipidemia.
- * El estudiante diseña un plan de tratamiento integral en los casos clínicos de pacientes con dislipidemias.
- * El estudiante evalúa sus errores, fortalezas y debilidades durante el abordaje de casos clínicos con actitud crítico-reflexiva sobre sus competencias y los resultados obtenidos.

APERTURA					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>-La docente dará la bienvenida a los estudiantes y explicará la estructura de la sesión académica.</p> <p>-La docente entregará a cada estudiante su prueba de autoevaluación diagnóstica con observaciones.</p>	<p>Los estudiantes escucharán y comentarán sus dudas.</p> <p>Leerán e interpretarán las observaciones para iniciar dialogo de discusión.</p>	<p>Reflexión y discusión sobre las observaciones hechas a las respuestas de la prueba escrita y retroalimentación grupal.</p>	<p>Respuestas de la prueba de autoevaluación diagnóstica y observaciones escritas hechas por la docente.</p>	<p>15 min</p> <p>Aula-2, distribución en forma de seminario</p>	<p>Heteroevaluación y Autoevaluación</p> <p>Retroalimentación a través de observaciones escritas y verbales sobre las respuestas en la prueba de autoevaluación diagnóstica</p>

DESARROLLO					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>- La docente solicita que los estudiantes preparen su organizador gráfico sobre el tratamiento farmacológico de dislipidemias.</p> <p>-La docente distribuye hoja impresa con el caso clínico y explica las indicaciones para resolverlo</p> <p>- La docente responde a todos los cuestionamientos</p> <p>-Retroalimentará y propiciará aportaciones a través de preguntas dirigidas mientras se dialoga.</p> <p>- La docente solicita que se presente el caso clínico asignado</p>	<p>Los estudiantes preparan su organizador gráfico para utilizarlo como material de apoyo en el análisis del caso clínico.</p> <p>Los estudiantes analizaran detalladamente su caso clínico y atienden las indicaciones para resolverlo.</p> <p>Los alumnos presentaran a manera expositiva desde sus lugares sus resultados.</p> <p>Adoptarán una postura reflexiva y autocrítica de los resultados obtenidos del</p>	<p>Organizador gráfico</p> <p>Presentación escrita del caso clínico</p> <p>Redacción escrita de los diagnósticos establecidos y el plan de manejo establecido</p> <p>Participación oral con aportaciones derivadas de las conclusiones obtenidas del análisis de caso clínico, así como presentación de las decisiones clínicas tomadas al respecto.</p>	<p>Caso clínico impreso, libreta y plumas, pizarrón, gis</p>	<p>30 min</p> <p>Aula-2, distribución libre con en grupos para conformar 2 equipos de trabajo</p>	<p>FORMATIVA</p> <p>De desempeño</p> <p>Rubrica de cédula de evaluación de la consulta externa</p>

<p>ante el grupo planteando diagnóstico y plan de tratamiento.</p> <p>- Aplicará la rúbrica.</p> <p>- Retroalimentará los datos presentados y propiciará la puesta en común de las conclusiones.</p>	<p>análisis del caso clínico.</p>				
<p>-La docente solicita que se dé inicio a la exposición complementaria del tema dislipidemias.</p> <p>-Verificará la veracidad de los contenidos presentados.</p> <p>- Solicita que los estudiantes hagan cuestionamientos acerca de sus dudas.</p> <p>-Retroalimentará y propiciará aportaciones a través de preguntas dirigidas a los MIP sobre los contenidos revisados.</p>	<p>El estudiante asignado para la exposición del tema complementa el contenido presentado previamente para dar profundidad a contenidos clave los presenta manera de exposición oral apoyado en una presentación digital.</p> <p>Los estudiantes escuchan la exposición y hacen sus comentarios y aportaciones del tema</p>	<p>Exposición del tema de manera clara, precisa y pertinente, apoyándose en fuentes bibliográficas pertinentes.</p> <p>Participación con aportaciones fundamentadas del tema.</p>	<p>Equipo de cómputo, proyector, señalador, pantalla.</p>	<p>15 min</p> <p>Aula-2, distribución en forma de seminario</p>	<p>FORMATIVA</p> <p>De desempeño</p> <p>Rubrica de presentación o exposición de un tema.</p> <p>Diario de registro/ registro anecdótico</p>

CIERRE					
Actividades docentes	Proceso del estudiante	Evidencia de logro	Recursos	Utilización de tiempo-espacio.	Evaluación
<p>- La docente apoyará en resolver las dudas pendientes.</p> <p>- Propicia una discusión sobre los procesos reflexivos y autocríticos de los estudiantes.</p> <p>- La docente aporta material bibliográfico complementario para revisión ampliada del tema.</p>	<p>Los estudiantes comentan resultados y dudas.</p> <p>Proponen estrategias de mejora en sus procesos de aprendizaje para el abordaje de casos clínicos.</p> <p>Reciben material bibliográfico</p>	<p>Consenso general sobre los diagnósticos y tratamiento.</p> <p>Comentarios individuales reflexivos.</p> <p>Revisión de artículo para discusión del contenido en la siguiente clase</p>	<p>Artículo sobre manejo dislipidemias en primer nivel de atención impreso</p>	<p>10 min</p> <p>Aula-2, distribución en forma de seminario</p>	<p>Registro anecdótico.</p>

Imágenes 38

Ejemplos de rubrica de evaluación empleada con los estudiantes para calificar el desempeño durante el abordaje de caso clínico.

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
FEBRERO 2014

Nombre del estudiante: LUPE Nivel académico: SEPTIMO

Competencia general: Usar de la metodología del aprendizaje basado en problemas (ABP)

Examen escrito de un caso clínico de diagnóstico integral e identificación de planes de manejo integral e interdisciplinario.

Instrucciones para el profesor evaluador: Indique de acuerdo a los atributos a evaluar el nivel de ejecución o dominio del estudiante. Marque con una letra (B) en el espacio que corresponde al puntaje, según la siguiente escala:

ATRIBUCIÓN	NIVEL DE DOMINIO			PUNTAJE
	DEFICIENTE	BIEN	EXCELENTE	
ELABORA SU NOTA MÉDICA DE MANERA ESTRUCTURADA	Elabora el anamnesis FICAP	Elabora el anamnesis FICAP y describe en cada apartado el motivo del caso más destacadas del caso clínico	Elabora el anamnesis FICAP y describe en cada apartado los datos más destacadas de manera completa y puntual del caso clínico	1
IDENTIFICA FACTORES DE RIESGO	Identifica motivos de la enfermedad de acuerdo a los antecedentes patológicos y sociopatológicos del caso clínico	Identifica más de la mitad de los factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes patológicos y sociopatológicos del caso clínico	Identifica todos los factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes patológicos y sociopatológicos del caso clínico	1
INTERPRETA RESULTADOS DE EXPLORACIONES	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios diagnósticos	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios diagnósticos y establece correlación con datos clínicos	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios diagnósticos, correlaciona con datos clínicos y establece diagnósticos	2
ELABORA UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Identifica motivos de la enfermedad diagnóstica clínica del caso	Identifica más de la mitad de los diagnósticos clínicos del caso	Identifica la totalidad de diagnósticos clínicos del caso	1
ESTABLECE UN PLAN DE MANEJO INTEGRAL	Establece un plan de seguimiento en un plano de tiempo	Establece un plan de seguimiento en un plano de tiempo y establece complementarios	Establece un plan de seguimiento en un plano de tiempo, establece complementarios y vigilancia de manera completa	1
ACTUA BAJO UN CONCEPTO INTERDISCIPLINARIO	Comparte información del caso clínico	Comparte información del caso clínico y discute dudas	Comparte información del caso clínico y discute dudas y toma acción	2
VALORA SU DESEMPEÑO SOBRE SUS INTERFERENCIAS EN LA	Describe sus errores	Describe sus errores y reflexiona sobre los aprendizajes	Describe sus errores y reflexiona sobre sus debilidades y fortalezas e identifica el beneficio logrado por la atención brindada al paciente	3

Calificación máxima posible: 33 puntos

NIVEL DE DESEMPEÑO ACADÉMICO

DEFICIENTE	BIEN	EXCELENTE
Menor a 10 PUNTOS	10 a 17 PUNTOS	Mayor a igual a 18 PUNTOS

Criterio de competencia: Mayor a igual a 18 con 3 competencias

Mayor a igual a 17 con 2 competencias

Mayor a igual a 16 con 1 competencia

Nivel de desempeño satisfactorio

Deficiente () Bien () Excelente ()

Criterio de competencia: Mayor a igual a 18 con 3 competencias

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
FEBRERO 2014

Nombre del estudiante: LUPE Nivel académico: SEPTIMO

Competencia general: Usar de la metodología del aprendizaje basado en problemas (ABP)

Examen escrito de un caso clínico de diagnóstico integral e identificación de planes de manejo integral e interdisciplinario.

Instrucciones para el profesor evaluador: Indique de acuerdo a los atributos a evaluar el nivel de ejecución o dominio del estudiante. Marque con una letra (B) en el espacio que corresponde al puntaje, según la siguiente escala:

ATRIBUCIÓN	NIVEL DE DOMINIO			PUNTAJE
	DEFICIENTE	BIEN	EXCELENTE	
ELABORA SU NOTA MÉDICA DE MANERA ESTRUCTURADA	Elabora el anamnesis FICAP	Elabora el anamnesis FICAP y describe en cada apartado el motivo del caso más destacadas del caso clínico	Elabora el anamnesis FICAP y describe en cada apartado los datos más destacadas de manera completa y puntual del caso clínico	3
IDENTIFICA FACTORES DE RIESGO	Identifica motivos de la enfermedad de acuerdo a los antecedentes patológicos y sociopatológicos del caso clínico	Identifica más de la mitad de los factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes patológicos y sociopatológicos del caso clínico	Identifica todos los factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes patológicos y sociopatológicos del caso clínico	3
INTERPRETA RESULTADOS DE EXPLORACIONES	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios diagnósticos	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios diagnósticos y establece correlación con datos clínicos	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios diagnósticos, correlaciona con datos clínicos y establece diagnósticos	3
ELABORA UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Identifica motivos de la enfermedad diagnóstica clínica del caso	Identifica más de la mitad de los diagnósticos clínicos del caso	Identifica la totalidad de diagnósticos clínicos del caso	3
ESTABLECE UN PLAN DE MANEJO INTEGRAL	Establece un plan de seguimiento en un plano de tiempo	Establece un plan de seguimiento en un plano de tiempo y establece complementarios	Establece un plan de seguimiento en un plano de tiempo, establece complementarios y vigilancia de manera completa	3
ACTUA BAJO UN CONCEPTO INTERDISCIPLINARIO	Comparte información del caso clínico	Comparte información del caso clínico y discute dudas	Comparte información del caso clínico y discute dudas y toma acción	3
VALORA SU DESEMPEÑO SOBRE SUS INTERFERENCIAS EN LA	Describe sus errores	Describe sus errores y reflexiona sobre los aprendizajes	Describe sus errores y reflexiona sobre sus debilidades y fortalezas e identifica el beneficio logrado por la atención brindada al paciente	3

Calificación máxima posible: 33 puntos

NIVEL DE DESEMPEÑO ACADÉMICO

DEFICIENTE	BIEN	EXCELENTE
Menor a 10 PUNTOS	10 a 17 PUNTOS	Mayor a igual a 18 PUNTOS

Criterio de competencia: Mayor a igual a 18 con 3 competencias

Mayor a igual a 17 con 2 competencias

Mayor a igual a 16 con 1 competencia

Nivel de desempeño satisfactorio

Deficiente () Bien () Excelente ()

Criterio de competencia: Mayor a igual a 18 con 3 competencias

Imagen 39

Comparación de resultados de rúbrica con autoevaluación de análisis de caso clínico en médico interno de pregrado con un resultado de desempeño excelente.

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CMF ISSSTE LEÓN
MATRIZ DE VALORACIÓN O RÚBRICA
Uso de la metodología del aprendizaje basado en problemas (ABP)

Nombre del estudiante: [Handwritten Name]
Nivel académico: [Handwritten Level]

Competencia específica: Uso de la metodología del aprendizaje basado en problemas (ABP)

Escenario: a partir de un caso clínico el alumno integra y desarrolla un plan de manejo integral e interdisciplinario

Instrucciones para el profesor evaluador: Indique de acuerdo a los atributos a evaluar el nivel de ejecución o dominio del estudiante, marcando con una letra (X) en el espacio que corresponde al puntaje, según la siguiente escala:

NIVELES DE DOMINIO		
EXCELENTE	BIEN	DEFICIENTE
Más de 18 PTOs	13 a 17 PTOs	Menor a igual a 12 PTOs

ATRIBUTOS	NIVELES DE DOMINIO			PUNTAJE
	DEFICIENTE	BIEN	EXCELENTE	
ELABORA SU NOTA MÉDICA DE MANERA ESTRUCTURADA	Utiliza el acrónimo PSCAP	Utiliza el acrónimo PSCAP y describe en cada apartado al menos los datos más destacados del caso clínico	Utiliza el acrónimo PSCAP y describe en cada apartado los datos más destacados de manera amplia y detallada del caso clínico	3
IDENTIFICA FACTORES DE RIESGO	Identifica menos de la mitad de los factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes patológicos y no patológicos del caso clínico	Identifica más de la mitad de los factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes patológicos y no patológicos del caso clínico	Identifica todos los factores de riesgo de acuerdo a los antecedentes patológicos y no patológicos del caso clínico	3
INTERPRETA RESULTADOS DE ESTUDIOS BIQUÍMICOS	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios bioquímicos	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios bioquímicos y establece correlación con datos clínicos	Interpreta y describe los hallazgos en los estudios bioquímicos, correlaciona con datos clínicos y establece diagnósticos	3
LEGUA A UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Identifica menos de la mitad de los diagnósticos clínicos del caso	Identifica más de la mitad de los diagnósticos clínicos del caso	Identifica la totalidad de diagnósticos clínicos del caso	3
DETERMINA UN PLAN DE MANEJO (1)	No establece acciones preventivas ni modificación de estilo de vida	Establece únicamente acciones preventivas	Establece acciones preventivas y de modificación de estilo de vida	3
DETERMINA UN PLAN DE MANEJO (2)	Establece menos de la mitad del tratamiento farmacológico (dosis) y estudios complementarios	Establece más de la mitad del tratamiento farmacológico (dosis) y estudios complementarios	Establece todo el tratamiento farmacológico (dosis) y estudios complementarios y justifica sus indicaciones	3
ESTABLECE UN SEGUIMIENTO OPORTUNO	Determina un plan de seguimiento en un plazo de tiempo	Determina un plan de seguimiento en un plazo de tiempo y establece complementarios	Determina un plan de seguimiento en un plazo de tiempo, estudios complementarios y vigilancia de marcas de control	3
ACTUA BAJO UN CONCEPTO INTERDISCIPLINARIO	Comparte información del caso clínico	Comparte información del caso clínico y discute dudas	Comparte información del caso clínico y discute dudas y busca ayuda	3
REALIZA AUTOCRÍTICA SOBRE SUS INTERPRETACIONES DE Y/TX	Descubre sus errores	Descubre sus errores y reflexiona sobre sus debilidades	Descubre sus errores y reflexiona sobre sus debilidades y fortalece e identifica el beneficio logrado por la atención brindada al paciente	3

Calificación técnica máxima: 33 puntos

NIVELES DE DESEMPEÑO ACADÉMICO		
DEFICIENTE	BIEN	EXCELENTE
Menor o igual a 14	15-17	Mayor o igual a 18

Criterio de competencia
Menor a igual a 24 sus no competente
Mayor a igual a 25 competente
Puntaje: 33

Nivel de desempeño académico
Deficiente () Bien () Excelente (X)

Criterio de competencia
Aun no competente ()

ISSSTE CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEÓN
AUTOEVALUACIÓN ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

Instrucciones: responda las siguientes preguntas

- En el caso clínico, ¿tus diagnósticos fueron correctos?
- Explica detalladamente ¿Qué estrategias usaste?
 Uso de una metodología que llevara un orden sistemático para evitar confusiones
 Uso del PSCAP para elaborar mi nota clínica
 Uso de mi algoritmo para el tratamiento
- ¿El plan de tratamiento que prescribiste fue integral? ¿Por qué?
 Si, debido a que busque apoyar en cada una de las esferas que engloban ese diagnóstico.
 Estilo de vida: buscar llevar un plan alimenticio para una mejor nutrición, el ejercicio también es fundamental
 Manejo farmacológico de sus dx y el nuevo dx: pedir el monitoreo de glucosa.
- ¿Cometiste algún error durante la revisión del caso clínico? ¿Cuál?
 Dosis del Bezafibrato no brindé la dosis inicial de 300mg
 Me causó duda si podía hacer un cambio en la insulina debido a que no tenía un monitoreo que me permitiera ver los valores
- ¿Consideras que tus conocimientos, habilidades y destrezas son adecuadas para resolver este tipo de casos clínicos? ¿Por qué?
 Si, aunque aún me cuesta un poco de trabajo unir los conocimientos técnicos para plasmarlos en una consulta. Considero que necesito más experiencia para poder abordar correctamente al paciente. Las habilidades que he desarrollado me parecen útiles para ver de forma integral a los pacientes.

Imagen 40

Comparación de resultados de rúbrica con autoevaluación de análisis de caso clínico en médico interno de pregrado con un resultado de desempeño intermedio.

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CAF ISSSTE LEÓN

MATRIZ DE VALORACIÓN O RÚBRICA
Nombre del estudiante: Paola Cruz Fecha: 25/10/20
Nivel académico: 1º

Competencia general: "Es la metodología del aprendizaje basado en problemas (ABP)
Examen: a partir de un caso clínico el alumno integra y desarrolla un plan de manejo integral e interdisciplinario.
Instrucciones para el profesor evaluador: Indique de acuerdo a los objetivos a evaluar el nivel de ejecución o dominio del estudiante, marcando con una letra (X) en el espacio que corresponde puntaje, según la siguiente escala:

NIVELES DE DOMINIO	
EXCELENTE	BIEN
Mayor a 18 Puntos	15 a 17 Puntos

ATRIBUTOS	NIVELES DE DOMINIO			PUNTAJE
	DEFICIENTE	BIEN	EXCELENTE	
ELABORA SU NOTA MÉDICA DE MANERA ESTRUCTURADA				1
IDENTIFICA FACTORES DE RIESGO				1
INTERPRETA RESULTADOS DE ESTUDIOS BIOQUÍMICOS				1
LEETURA Y PLAN DE MANEJO CLÍNICO				2
DETERMINA UN PLAN DE MANEJO (1)				2
DETERMINA UN PLAN DE MANEJO (2)				2
ESTABLECE UN SEGUIMIENTO OPORTUNO				2
ACTUA BAJO UN CONCEPTO INTERDISCIPLINARIO				2
REALIZA AUTOCRÍTICA SOBRE SUS INTERFERENCIAS O VTI				3

Calificación teórica máxima: 21 puntos

NIVELES DE DESEMPEÑO ACADÉMICO	
DEFICIENTE	EXCELENTE
Menor o igual a 14	Mayor o igual a 18

Calificación de competencia: 16

Nivel de desempeño académico: Intermedio

Deficiente () Bien (X) Excelente ()

Criterio de competencia: 16

Aún no competente () Competente (X)

ISSSTE CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE LEÓN
AUTOEVALUACIÓN ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

NOMBRE DEL ALUMNO: Paola Cruz Becerra

Instrucciones: responda las siguientes preguntas

- En el caso clínico, ¿tus diagnósticos fueron correctos?
No
- Explica detalladamente ¿Qué estrategias usaste?
Revisar los síntomas, realizar exámenes, valores de referencia y
- ¿El plan de tratamiento que prescribiste fue integral? ¿Por qué?
No, no recordo integrar lo sintomático en la nutrición, a parte el medicamento incorrecto un plan de mecanismo de acción
- ¿Cometiste algún error durante la revisión del caso clínico? ¿cuál?
Si, no me cente completamente en los patentes comunes y en
- ¿Consideras que tus conocimientos, habilidades y destrezas son adecuadas para resolver este tipo de casos clínicos? ¿Por qué?
No en su totalidad, aún no concierno factores que pueden causar este tipo de efectos en los patentes y no recordo completamente los mecanismos de acción de los medicamentos.

Imagen 41

Rúbrica de evaluación de exposición de tema de clase.

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
CAMPO CLÍNICO Y PREGRADO

RÚBRICA DE EXPOSICIÓN POR ALUMNO

ASPECTOS QUE SE EVALÚAN	REGULAR (8)	BIEN (9)	EXCELENTE (10)	CALIFICACIÓN POR RUBRO
PREPARACION	Tiene que hacer algunas rectificaciones, de tanto en tanto parece dudar	Exposición fluida, muy pocos errores	Se nota un buen dominio del tema, no comete errores, no duda	10
INTERÉS	Le cuesta conseguir o mantener el interés de los compañeros	Interesa bastante en principio pero se hace un poco monótono	Atrae la atención de los compañeros y mantiene el interés durante toda la exposición	10
LA VOZ	Cuesta entender algunos fragmentos	Voz clara, buena vocalización	Voz clara, buena vocalización, entonación adecuada, matizada, seduce.	10
TIEMPO	Excesivamente largo o insuficiente para desarrollar correctamente el tema	Tiempo ajustado al previsto, pero con un final precipitado o alargado por falta de control del tiempo	Tiempo ajustado al previsto, con un final que retoma las ideas principales y redondea la exposición	10
MATERIAL DE SOPORTE	Soporte visual adecuado (diapositivas, murales, carteles,...)	Soportes visuales adecuados e interesantes (diapositivas, murales, carteles,...)	La exposición se acompaña de soportes visuales especialmente atractivos y de mucha calidad (diapositivas, murales, carteles,...)	10
EJEMPLOS	Son no son adecuados al tema o confusos	Son adecuados al tema y su desarrollo es claro	Son adecuados al tema y su desarrollo es claro y permitió la participación de los alumnos.	10
PRESENTACIÓN	Sin uniforme completo, desalinado, presencia desagradable.	Sin uniforme completo, limpio, presencia agradable.	Con uniforme completo, limpio, presencia agradable.	10
CALIFICACIÓN			PROMEDIO	10

TEMA: Caso de hipertensión / RCV SERVICIO: SE PAT FECHA: 25/10/20

NOMBRE Y FIRMA DE ALUMNO EVALUADO: Paola Cruz Becerra

NOMBRE Y FIRMA DE PROFESOR: [Firma]

CONCLUSIÓN GENERAL

Hoy al finalizar este trabajo me veo y me siento diferente; la huella que marcó en mí el proceso de formación durante mi estadía en la maestría de formación docente ha sido profunda, de tal manera, que ha echado raíz haciendo crecer ramas nuevas, diferentes, transformadas en elementos poderosos y sustanciales para el desempeño de mi rol docente; pareciera que veo a través de otro lente los procesos de enseñanza-aprendizaje llevados en la medicina y que estas visiones me motivan hacia la innovación. Pero llegar a este momento y poder estar bajo estas nuevas circunstancias no fue sencillo, lo viví incluso podría decirlo como un proceso formativo intenso, para el cual, el camino fue construyéndose con tantas ideas, pensamientos disyuntivos y reflexiones que se fueron conectando con saberes y sentires, que trastocaron incluso mi esencia como persona.

Descubrí durante la observación de mi práctica docente y el análisis detallado de la misma; verdades agridulces que se comportaron como una invitación para abrir los ojos hacia nuevos panoramas y avivar en mi mente un cambio a la figura que daba representación a la “docente Isa”; este rol que había asumido y desempeñado durante algunos meses de forma tradicionalista, guiada por un sistema de educación bancaria, comunicación vertical jerárquica, desarrollada en ambientes dominados por la competitividad, el menosprecio y la explotación laboral de los estudiantes; creyendo falsamente que mi función principal con los médicos rotantes era asignar servicios de rotación y listo, sin embargo, que equivocada estaba, definitivamente no tenía ni la más atómica idea de lo que realmente representaba mi papel como docente y el cómo éste impactaba en la formación presente y futura de médicos de calidad.

Trastocada por todo lo aprendido, por los descubrimientos encontrados durante la observación, indagación, investigación y aplicación de mi proyecto de innovación en mi práctica

docente me percato de las transformaciones detonadas; aplicar la metodología de aprendizaje basado en problemas para el abordaje de los contenidos curriculares con los médicos internos de pregrado durante su rotación en medicina familiar bajo la perspectiva de fomentar el aprendizaje autodirigido; ayudo a colocarlos en escenarios educativos de casos reales o simulados que los conducía a asumir una actitud clínica que involucraba habilidades y actitudes que propiciaron el tránsito de los estudiantes hacia la tercer fase del aprendizaje autodirigido que los acercan más a fortalecer el autocontrol responsable de su aprendizaje.

De manera tal que los estudiantes ahora participan activamente durante las sesiones académicas, cuestionan los procesos de forma crítico-reflexiva, comparten opiniones, aciertos y errores con los demás, son capaces de escuchar al otro y retroalimentarlo. Se interesan y automotivan por la búsqueda de información más allá de lo que el currículo demanda, buscando otras fuentes bibliográficas, recursos y medios educativos que les facilitan la integración de los contenidos con la práctica clínica, aplican estrategias didácticas que les permiten mejorar sus resultados académicos y son capaces de descubrir cuando es necesario modificarlas, buscan ayuda cuando lo requieren, se proponen objetivos personales para lograr metas académicas particulares y utilizan las tareas como un recurso educativo para enriquecer su formación dejando de lado el pensamiento de sólo cumplir por que la docente así lo pide.

Me gusta mi nuevo rol como “la docente Isa”; en el cual brindo espacios de confianza que fomentan la comunicación horizontal y las relaciones interpersonales auténticas, ahora hago indagaciones sobre las dudas, inquietudes o comentarios de los contenidos revisados previamente, retroalimento de forma permanente y propicio la discusión de contenidos y opiniones, oriento y acompaño al estudiante en redirigir sus abordajes clínicos propiciando el protagonismo del médico interno en su proceso de aprendizaje; incluí la evaluación como elemento detonador de la

autorreflexión en mis estudiantes, me he enfocado en que durante mi quehacer diario mis acciones cultiven y potencialicen una educación cuyos procesos permitan elegir libremente y con responsabilidad la dirección que el estudiante toma para adquirir las competencias necesarias en el desempeño de su práctica clínica diaria.

La caracterización de mi práctica docente, durante el primer semestre a través de la identificación clara de las dimensiones del uso del habla, del tiempo y la distribución que hacía del espacio durante el desarrollo de mis clases arrojó información clave para despertar en mí una serie de cuestionamientos indagatorios que pretendían explicar porque el uso del habla y del tiempo estaba inclinándose hacia una educación bancaria, con estudiantes pasivos y una docente comprometida únicamente con cubrir los contenidos curriculares sin asegurarse que existiera un verdadero aprendizaje significativo; dando cuenta de que esto debilitaba alcanzar los objetivos principales durante la rotación en medicina familiar que son acompañar a que el médico interno de pregrado realice abordajes integrales durante la atención clínica del paciente.

Las preguntas de interés planteadas por los descubrimientos obtenidos en los registros de mi práctica docente y que pretendían llevar a entender que estaba ocurriendo durante las sesiones académicas con los procesos de enseñanza-aprendizaje para poder establecer propuestas de mejora en mi yo docente fueron: ¿de qué manera la docente favorece la comprensión y participación de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente durante su rotación en la consulta externa de medicina familiar?, ¿cómo hace frente la docente a las faltas de comprensión de los médicos internos de pregrado en el manejo integral del paciente? y ¿qué actividades complementarias promueve la docente para favorecer el desarrollo de potencialidades que permitan a los médicos internos de pregrado alcanzar autonomía en su aprendizaje? Todas me

mostraban mi interés por mejorar el aprendizaje en mis estudiantes para ser partícipe en la formación de profesionales de la salud que brinden atención de calidad al paciente.

Sin embargo, fue necesario avanzar hacia la segunda fase en donde se problematizo mi práctica docente a través de la identificación de los elementos constitutivos, se reconoció la interacción que se establecía entre cada uno de ellos y que daba forma y estructura a lo que representaría la arqueología de mi clase; los resultados confirmaron que mi modelo era tradicionalista enfocada en abarcar contenidos y procesos cognitivos pero sin fomentar la intersubjetividad; estos hallazgos parecían contradictorios con mi interés docente, sin embargo, no lo era así, en realidad al hacer la revisión de las investigaciones relacionadas con mi problemática se sostuvo la siguiente pregunta de investigación: ¿de qué manera con la metodología aprendizaje basada en problemas la docente promueve la autonomía en el aprendizaje de los médicos internos de pregrado?.

Lo que me llevo a comprender que para lograr que mi práctica docente, es decir, la forma en que estaba desempeñando mi rol lograra empatar con mis intereses hacia el logro del aprendizaje de los médicos internos de pregrado era necesario reestructurar mi metodología educativa; utilizar aquella que fortaleciera mis debilidades y corriera mis errores; para ello tenía que darle una estructura a mis sesiones a través de una planeación didáctica que estableciera mis estrategias guiadas por los objetivos curriculares y algo muy importante, es que me permitió reconocer que la única forma de lograr resultados efectivos en el abordaje integral del paciente por parte del estudiante, era si, y solo sí, se trabajaba en fomentar la autorregulación de su aprendizaje lo que traduciría médicos internos capaces de enfrentar adecuadamente escenarios clínicos.

El uso de la metodología del aprendizaje basado en problemas en la educación médica persigue como objetivo central promover en los estudiantes la responsabilidad sobre su propio proceso de aprendizaje; de ahí que utilizarla dentro de mi práctica docente se torno pertinente y asertiva, siendo un enfoque educativo orientado al aprendizaje en el que los médicos internos de pregrado abordan problemas reales o simulados en grupos de máximo ocho estudiantes que trabajan de forma colaborativa en el análisis del problema, la búsqueda de soluciones con una actitud responsable sobre su aprendizaje teniendo siempre mi supervisión y respaldo en mi papel de tutora y asesora, preparada para el momento en que el estudiante pida ayuda cuando sea necesario y en mi rol de tutora hacer las intervenciones oportunas que promuevan la autorregulación del médico en formación.

Este proceso de la maestría me permitió hacer retrospectiva e introspección para observar mis intervenciones pedagógicas lo cual me permitió resignificar mi práctica docente y reconocer que para lograr esta transformación en los estudiantes y en la docente era necesario establecer directrices sustentadas en referentes teóricos que nos permitieran alcanzar los objetivos propuestos, de ahí que se utilizó el modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje, hecho que nos llevó a transformar nuestra pregunta de investigación a la siguiente pregunta de innovación: ¿de qué manera con la metodología de aprendizaje basado en problemas, empleada por la docente en los médicos internos de pregrado, propicia que los estudiantes transiten de la fase de ejecución (primer proceso) a la fase de autorreflexión (primer proceso)? la cual se comportó como el detonante para el diseño e implementación de mi plan de innovación docente.

El esqueleto del plan de innovación está dado justamente por las planeaciones intencionadas de clase; cuyas adaptaciones eran una consecuencia de los hallazgos hechos durante la observación de mi quehacer docente y los elementos identificados en los médicos internos de

pregrado de acuerdo al proceso de la ruta crítica en que se encontraban; las cuales cumplían una doble función por un lado redirigir el enfoque que tenían cada una de las actividades planeadas por la docente y propiciar la autorregulación responsable del proceso de aprendizaje en el médico interno de pregrado.

La actividad que más significado tuvo para alcanzar el tránsito de los estudiantes fue la creación de escenarios clínicos que dieran pie a la reflexión de contenidos y de la manera en que eran entendidos y aplicados durante la resolución de casos clínicos reales y simulados; colocando a los médicos internos de pregrado en la necesidad de reconocer la actitud asumida ante la problemática, ser autocríticos sobre sus resultados y ajustar estrategias en sus proceso de aprendizaje; la retroalimentación en un ambiente de confianza fue fundamental para que el estudiante fuera capaz de pedir ayuda, auto reconociera sus fortalezas y debilidades de forma responsable.

Las ventajas que ha generado el uso del APB como metodología de trabajo en clase han sido significativas, puesto que al presentar ante los estudiantes un caso clínico o situación clínica problema; se coloca al estudiante en una situación que estimula el aprendizaje y si además como sabemos que esta metodología permite el desarrollo del pensamiento crítico en el mismo proceso de enseñanza-aprendizaje, entonces tenemos un escenario educativo reflexivo y crítico que busca que el alumno resuelva la problemática planteada haciendo uso de todos sus recursos; conocimiento, habilidad, destreza y actitud, dándole así un enfoque integral y autorregulado al proceso de aprendizaje en los médicos internos de pregrado.

Es imperativo, mencionar que la estructura que da forma al plan de estudios de la maestría, a través de sus 4 ejes; se convirtió de manera figurativa como en un caldo de cultivo, que dio los

ingredientes perfectos para que se obtuvieran los resultados esperados; de forma muy particular mencionaré que el eje de formación humana despertó en mí los procesos reflexivos profundos y me permitió reconocermi y reconocer mi quehacer diario de forma crítica, promoviendo además el interés por mejorar en todos los ámbitos. El eje de estrategias de aprendizaje y enseñanza fue marcando mi ruta para el desempeño, al permitirme apropiarme de conceptos educativos, entenderlos, aplicarlos y darles el reconocimiento y valor que por sí mismos contienen; para mí lo sustancial es que me facilito mi práctica docente al proveerme de herramientas, recursos y desarrollar en mí habilidades educativas.

Respecto al eje de contexto educativo se convirtió en mi ventana hacia realidades que nunca había vislumbrado, afianzando en mí la importancia y trascendencia de la educación de calidad en todos los ámbitos. Podría asegurar que me llevo a cuestionar tantas ideas, posturas y actitudes que asumía durante mi actividad laboral y desmitifico creencias erróneas. Y pues que decir del eje de innovación, el cual fue la pieza central de todo este trabajo, que me aportó los ingredientes indispensables para despertar el interés por mejorar la práctica, aplicar procesos de innovación y mantener la motivación durante el proceso.

Pero, ¿qué resultados podemos describir al final de todo esto?; resulta que los hallazgos han sido muy claros; pues la aplicación de la metodología de aprendizaje basada en problemas por la docente durante la rotación en medicina familiar de los médicos internos de pregrado ha permitido el desarrollo de estudiantes más autorregulados en su proceso de aprendizaje; los cambios en la interacción de los constitutivos fueron muy interesantes y efectivos: el modelo se enriqueció por participaciones dirigidas en todo momento a detonar que el alumno descubra por sí mismo sus errores y fortalezas, también se propició la participación activa de la mayoría del grupo. El 31% inicial que marcaba el abordaje del contenido durante las clases termino representado por

un 19.5%; dando cuenta del cambio en el orden de prioridades docentes ahora con énfasis principalmente al análisis y reflexión durante la discusión de problemas, reduciéndose así el tiempo dedicado a la escucha pasiva de una presentación oral.

Sumamente importante es mencionar el crecimiento enorme que tuvo la presencia de la intersubjetividad en las clases, la cual inicialmente era tan solo del 16%, siendo al final de la aplicación del plan de innovación de un 24.39%; esto se logró gracias a que descubrí que solo si el alumno compartía y discutía con sus pares dudas y opiniones se mantenía la motivación necesaria para la búsqueda de soluciones e identificaba más fácilmente sus debilidades y estrategias necesarias para obtener resultados correctos; con ello el alumno valora su trabajo de forma crítico-reflexiva dando pie al primer proceso de la tercera fase de autorreflexión del aprendizaje autodirigido de Zimmerman. Con todo lo mencionado hasta ahora se alcanzó un porcentaje de un 28.04% en el proceso cognitivo; el cual hizo binomio con la intersubjetividad conduciendo al logro de aprendizajes significativos y el desarrollo en el estudiante de un compromiso constante, responsable y autónomo de su aprendizaje.

He podido confirmar a través del análisis de mi sexto registro de clase que tengo alumnos autorregulados, ubicados en el primer proceso de la fase de autorreflexión; siendo más eficaces, proactivos, con iniciativa para buscar ayuda y capaces de regular el esfuerzo, las estrategias, los recursos y medios educativos que necesitan para alcanzar sus metas académicas y profesionales; en el presente puedo decir que al enfocar mi quehacer docente bajo la propuesta de un plan de innovación que me llevo a implementar la metodología basada en problemas contribuye en la formación médica aportando mi granito de arena para fomentar una educación revolucionaria en

medicina, que potencialice humanizar los procesos educativos hacia la educación liberadora que busca la emersión de conciencias como un acto permanente hacia el descubrimiento de la realidad.

Respecto al logro alcanzado en el desarrollo de habilidades, destrezas y actitudes en los estudiantes que le permiten al integrar estas competencias con sus conocimientos previos durante el abordaje de los casos clínicos simulados y reales establecer diagnósticos correctos con un plan de manejo integral bajo un enfoque de prevención de riesgos se logró documentar resultados óptimos, reflejados en el nivel de sus aportaciones durante la resolución de casos y el aumento de su capacidad crítica para cuestionar a otros y así mismo sobre las decisiones tomadas. El producto final fue estudiantes capaces de hacer un abordaje completo y detallado de los pacientes en la búsqueda de soluciones a la problemática planteada, así como capaces de reconocer, las situaciones en las que requieran el apoyo de un equipo de trabajo para actuar de forma correcta durante su desempeño en la atención clínica del paciente.

En este punto, me queda claro que la docente logra propiciar que los médicos internos de pregrado transiten del primer proceso de la fase de ejecución al primer proceso de la fase de autorreflexión del aprendizaje autorregulado según Zimmerman a través del uso de la metodología del aprendizaje basado en problemas durante el desarrollo de las sesiones académicas; los registros de clase, el análisis y las interpretaciones realizadas de ellos dan cuenta de esta transformación; dejando en claro que es una transformación efectiva y pertinente para la formación médica de calidad.

Se considera pertinente que los docentes se involucren en pro de mejorar la autorregulación de sus estudiantes, a través de un proceso de mejora continua en las estrategias de enseñanza empleadas, apoyándose de tutorías o asesorías; con la finalidad de consolidar la formación

profesional de futuros médicos en pro de la sociedad y siendo la docente responsable de la rotación en medicina familiar de los médicos internos me quedo con el reto de mantener el enfoque centrado en el estudiante de todas las actividades educativas que se desarrollen durante su rotación, así como la de integrar dicha filosofía en las acciones educativas de cualquier personal de salud que se involucre con los procesos formativos de los médicos internos de pregrado dentro de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE León.

El trabajo realizado hasta ahora lo considero un paso más hacia la mejora continua y permanente, no solo de mi práctica docente, sino un parteaguas para la mejora en las prácticas de los diversos profesores que se ven involucrados en el proceso formativo de los médicos internos de pregrado durante sus diferentes rotación clínicas; de forma muy particular vislumbro un escenario educativo renovado dentro de la clínica de medicina familiar que permite al estudiante de medicina constatar que la estructura educativa con la que se está trabajando está centrada en el propio estudiante; lo cual le brinda confianza, seguridad, motivación y quizás más importante cambia su paradigma sobre la importancia que le representa para su presente y futuro la rotación en el servicio de medicina familiar.

Me gustaría mucho que este trabajo sirva como punto de referencia para detonar la reflexión de otros docentes en medicina, que como yo iniciamos nuestra labor sin una formación docente previa, con la creencia de que sería suficiente y tendremos éxito en los procesos de enseñanza-aprendizaje de nuestros estudiantes por el hecho de saber y hacer medicina, sin embargo, al hojear este documento; leer sus líneas y sumergirme en tantos momentos convertidos en experiencias de aprendizaje docente; gracias a lo aprendido, guiada por de mis profesores y en

compañía por mis compañeros docentes; con humildad y honestidad les digo; que la formación docente es indispensable para alcanzar el éxito con nuestros médicos en formación.

Este trabajo, para mí, no representa el final; sino es figurativamente hablando la punta de la flecha, que dará dirección y sentido a todos los nuevos retos académicos que se me presenten en el futuro y que en este momento se manifiesta en el hecho de lograr mantener el compromiso de modificar cuantas veces sea necesario mi práctica docente, atendiendo las peculiaridades de mis estudiantes, las singularidades de mi contexto y mis propias individualidades para lograr estudiantes autorregulados durante toda su formación médica y desarrollo profesional. Lo que da origen a la siguiente pregunta: ¿qué nuevas metodologías educativas deberá integrar la docente para nutrir los procesos de autorregulación del aprendizaje en los médicos internos de pregrado que rotan en medicina familiar?

Pablo Freire (1997) nos decía “estamos condicionados, pero no determinados”; mi viaje en estos 3 semestres acompañada del poder emanado, diseminado y potencializado de la reflexión de tantos pensares y sentires ha sido profundamente transformador. Agradezco nuevamente a todos los que estuvieron, los que están y los que estarán para seguirle e ir por mucho más.

REFERENCIAS

- Adorno, T.W. (1998). *Educación para la Emancipación*. Morata.
- Barbosa, M., Chávez, S. (2002). *Aprender a ser y dejar ser*. Talleres gráficos del estado.
- Cacho-Alfaro, M. (2012). Enfoques metodológicos de la investigación educativa. CIIEEG
- Campechano, J., García, A. P., Minakata, A., & Sañudo, L. (1997). *En Torno a la Intervención de la Práctica Educativa*. Guadalajara: UNED.
- Castillo-Sanguino, N. (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 20(10). 7-18.
http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia_como_metodologia
- Chaves-Barboza, E., Rodríguez-Miranda, I. (2017). Aprendizaje autorregulado en la teoría sociocognitiva: Marco conceptual y posibles líneas de investigación. *Revista Ensayos Pedagógicos*. 12(2). 47-71. <http://dx.doi.org/10.15359/rep.12-2.3>
- Elliot, J. (2000). *La investigación-acción en educación*. Morata.
- González-Flores, P., & Luna de la Luz, V., (2019). La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Investigación en Educación Médica*. UNAM. 8(30). 95-109.
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18165>

- Graue-Wiechers, E., Sánchez-Mendiola, M., Durante-Montiel, I., & Rivero-Serrano, O. (2010). *Educación en las residencias médicas*. Editores de textos mexicanos, S. A. de C. V.
- Huerta-González, J. L., (2005). *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. Editorial Alfil.
- Izquierdo-Martínez, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación*. 1(2), 67-86.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315005.pdf>
- Jackson, P.W., (2010), *La vida en las aulas*. Ediciones Morata.
- Manual para facilitadores del aprendizaje, desarrollo humano*. (2018). Secretaria de Educación de Guanajuato.
- Márquez, U.C et al. (2014). Aprendizaje autodirigido y su relación con estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes de medicina. *Rev. méd. Chile, Santiago*. 142 (11). 1422-1430.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100009>.
- Molina-Ávila, I.F. (2016). “Implementación del aprendizaje basado en problemas en clínica de periodoncia”. [Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud]. Universidad Autónoma De Sinaloa.
- Ortega, R., Navarro, M., & Ríos, C. (2019). El Aprendizaje Basado en Problemas en el internado rotatorio de la Carrera de Medicina del Hospital Univalle. *Gaceta Medica boliviana*. 42(2). 106-111. <https://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/402>

- Panadero, E., & Tapia, J.A. (2014). ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Revisión del modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje. *Anales de Psicología Universidad de Murcia España*. 30(2). 450-462.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188008>
- Papalia, D. E., Felman-Duskin R., & Mortorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mc. Graw Hill.
- Pérez-Ávila, A.G. (2018). El aprendizaje autodirigido y sus efectos en el rendimiento académico en estudiantes de educación superior de la Universidad Autónoma de Sinaloa. [Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud]. Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Pérez-García, A. (1988). *Conocimiento académico y aprendizaje significativo. Bases teóricas para el diseño de la instrucción*. Akal.
- Restrepo-Gómez, B. (2002). Una variante pedagógica de la investigación – acción educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 100 (1). <https://doi.org/10.35362/rie2912898>
- Rodríguez-Gómez, H.M. (2004). ¿De la educación médica al médico como educador? *Iatreia*, 17(1), 68-75. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000100006&lng=es&tlng=es.
- Rogers, C.R, (1964). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Ediciones Culturales Paidós, S.A. de C. V.
- Rogers, C., Freiberg, J. (1996). *Libertad y creatividad en la educación*. Paidós.

- Rodríguez-Gómez, H.M. (2004). ¿De la educación médica al médico como educador? *IETREIA*. 17(1). 68-75. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000100006
- Salas-Flores, R., & González-Pérez B. (2016). Implementación del día académico en médicos internos de pregrado. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54(3). 386-390. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457745710018/html/>
- Sánchez-Mendiola, M., Lifshitz-Guinzberg, A., Vilar-Puing, P., Martínez-González, A., Varela-Ruiz, M.E., & Graue- Wiechers, E. (2015). *Educación médica teoría y práctica*. Elsevier.
- Solórzano-Mendoza, Y.D. (2017). Aprendizaje autónomo y competencias. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 3(1). 241-253. <https://doi.org/10.23857/dc.v3i1.390>
- Tapia-Rodríguez R.A., Cortes-Roldan D.A., Cruz-Hernández P.A., Chávez-Martínez L.C., & Camacho-López S.M., Aprendizaje basado en problemas, un desafío para la praxis académica en medicina. *Publicación semestral, XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*. 10(19). 42-46. <https://doi.org/10.29057/xikua.v10i19.8113>
- Torrano, F., Fuentes J.L., & Soria, M. (2017). Aprendizaje autorregulado: estado de la cuestión y retos psicopedagógicos. *Perfiles Educativos IISUE-UNAM*. 39(156). 161-173. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2017.156.58290>
- Uc, L. (2003). *Entorno al análisis de la práctica docente*. México: ESENOG

Zimmerman, B.J. (2008). "Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical background, methodological developments, and future prospects". *American Educational Research Journal*. 44(1). 166-183. <https://www.revistadepedagogia.org/rep/vol81/iss285/6/>