

Páez Rojas, Paola Liliana

Caracterización de estrategias de enseñanza en el ámbito ambulatorio de una institución de atención primaria en Colombia

Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

Tesis 2022

Cita sugerida: Páez Rojas PL. Caracterización de estrategias de enseñanza en el ámbito ambulatorio de una institución de atención primaria en Colombia [tesis de maestría] [Internet]. [Buenos Aires]. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022 [citado AAAA MM DD]. 125 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisytr/20230626090245/tesis-paez-paola.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente. Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>



CARACTERIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN EL ÁMBITO AMBULATORIO DE
UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COLOMBIA

por

Paola Liliana Páez Rojas*

Dirigida por Sandra Jaramillo Rincón*

Presentado en cumplimiento de los requisitos para la obtención del
título de Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

ante el

Instituto Universitario Escuela de Medicina Hospital Italiano de Buenos Aires

Buenos Aires

A mi mamá, ejemplo de amor por la enseñanza. A mi hermano Jaime por su apoyo; a Juan Carlos por su ánimo y ayuda. Un agradecimiento especial a Javesalud, a nuestros estudiantes y docentes que me permitieron realizar este trabajo y han sido motivo de inspiración constante.

A mi tutora gracias por su rigurosidad, exigencia y compromiso.

Introducción

La enseñanza clínica ambulatoria de alta calidad constituye un reto para la formación médica. Son diversos los ámbitos donde se ha manifestado la importancia del desarrollo de competencias en cuidado primario, que implica contar con escenarios de atención primaria ambulatoria adecuados para estos objetivos. Javesalud, sitio donde se realiza este proyecto, es una fundación sin ánimo de lucro ubicada en Bogotá (Colombia) que presta servicios de salud de baja complejidad en un modelo de medicina familiar. Desde el 2015 se ha convertido en un aliado estratégico de la Pontificia Universidad Javeriana en la formación de estudiantes de pregrado de Medicina y en la formación de residentes, especialmente del Programa de Medicina Familiar. Javesalud no nace para la academia, por lo que transformar esta institución en un escenario de práctica de alta calidad es la motivación principal de este proyecto. Reconocer e identificar los patrones de las estrategias de enseñanza (EE) que allí se desarrollan, es un punto de partida fundamental para evaluar a cuáles darles continuidad, qué aspectos de su implementación deben mejorarse, qué esfuerzos realizar en términos de entrenamiento y capacitación y cuáles son esos factores que determinan la forma de enseñanza para tenerlos en cuenta en la planeación de las prácticas formativas.

Este proyecto pretende revisar toda la conceptualización alrededor de la EE clínica; describir en profundidad aquellas que se han identificado como aptas para la consulta ambulatoria; buscar su evidencia de impacto, ventajas y desventajas; definir cuáles y cómo se usan en Javesalud y por qué se implementan de esa manera; así como explorar los factores que determinan su elección y las barreras y facilitadores para su implementación. Dado lo anterior, se analizan las EE en las tres etapas de la consulta: preconsulta, consulta y posconsulta. El proyecto tiene como perspectiva fortalecer la enseñanza clínica ambulatoria en Javesalud y generar conocimiento nuevo en la materia que sirva de referente regional para fortalecer las capacidades de los escenarios de práctica de cuidado primario ambulatorio.

Resumen

Es reconocida la necesidad de fortalecer la enseñanza en el cuidado primario ambulatorio, por lo que este estudio pretende caracterizar las estrategias de enseñanza (EE) en este ámbito, mediante un estudio de caso con enfoque cualitativo en una institución colombiana. Los sujetos incluidos fueron docentes y estudiantes de sexto semestre. El tipo de interacción en consulta fue principalmente “un docente-varios estudiantes” y el modelo tipo “tribuna”. Los factores que determinaron la elección de la EE estuvieron asociados al docente, especialmente su experiencia como estudiantes, seguido de factores de contexto (objetivos de la práctica). El tipo de técnica de enseñanza (TE) más usado fue el de demostración activa, seguido de *One Minute Preceptor (OMP)*. De este último se destaca el desarrollo de sus componentes MH1, MH3 y MH5, siendo menor el MH2 y el MH4, hallazgos similares a otros estudios. La retroalimentación tuvo diferencias en la percepción entre estudiantes y docentes. En general, todas las TE tuvieron una adecuada percepción de utilidad. Los principales factores que los estudiantes describen como determinantes de la percepción de utilidad de una práctica fueron los asociados al docente, y de ellos, el más resaltado fue el trato a los pacientes por parte del profesional. Las principales barreras en la implementación de las EE fueron el tiempo para consultas, factores de seguridad/riesgo para el paciente y motivación del estudiante en ese orden. El factor tiempo y los aspectos médico-legales/riesgo de seguridad del paciente son modificadores de la TE implementada.

Palabras clave: estrategias de enseñanza, atención ambulatoria, educación, educación de pregrado en Medicina.

Keywords: teaching strategies, ambulatory setting, outpatient education, education, medical, undergraduate.

Tabla de contenido

1. Descripción del problema.....	1
2. Marco teórico.....	8
2.1. Descripción del contexto.....	8
2.2. Enseñanza en cuidado primario ambulatorio	11
2.3. Estrategias de enseñanza: definiciones conceptuales	14
2.4. Técnicas de enseñanza ambulatoria	17
2.4.1. Demostración activa	17
2.4.2. Presentación de caso.....	18
2.4.3. Reconocimiento de patrones	18
2.4.4. SNAPPS	19
2.4.5. One Minute Preceptor.....	21
2.5. Modelos de organización de contacto docente-estudiante en el ámbito ambulatorio	25
2.6. Aspectos conceptuales en la construcción del estudio.....	28
2.6.1. Construcción del diseño del estudio	28
2.6.2. Definición de dominios, técnicas de entrevista y construcción de los instrumentos	29
2.6.3. Definición de técnicas de entrevista y construcción de instrumentos	30
2.7. Pregunta de investigación	38
2.7.1. Pregunta general	38
2.7.2. Preguntas específicas	38
2.8. Objetivos de investigación.....	38
2.8.1. Objetivo general.....	38
2.8.2. Objetivos específicos.....	38

3. Métodos	39
3.1. Diseño	39
3.2. Muestra: estrategia de muestreo, población blanco y tamaño	39
3.3. Recolección de datos	39
3.4. Variables de estudio	40
3.5. Determinación de los dominios	40
3.6. Plan de análisis	41
3.7. Consideraciones éticas	43
4. Resultados y análisis	44
4.1. Descripción de la población participante	44
4.2. Caracterización de las estrategias de enseñanza clínica	45
4.2.1. Fase preclínica de las estrategias de enseñanza	46
4.2.2. Fase clínica: tipo de técnica de enseñanza	65
4.2.3. Fase posclínica	81
4.3. Experiencias de aprendizaje con la implementación de las estrategias de enseñanza.....	87
4.3.1. Percepción de utilidad de las estrategias	87
4.3.2. Barreras percibidas en la implementación de las estrategias	92
4.3.3. Percepción de la supervisión y la delegación en la implementación de las estrategias de enseñanza	94
4.4. Limitaciones del estudio	103
5. Conclusiones	104

1. Descripción del problema

La importancia del contacto ambulatorio en la formación médica es reconocida en diferentes niveles y sectores de la educación y la salud. Existe un reconocimiento declarado de la necesidad de fortalecer capacidades y servicios de cuidado primario en el mundo para mejorar el acceso, la resolutiveidad y la prevención; esto, a su vez, genera la necesidad sectorial en cuanto a la disponibilidad de escenarios de práctica propicios para estudiantes y residentes en este ámbito (Castiblanco et al., 2018; Ministerio de Salud de Colombia, 2015; Organización Mundial de la Salud & Unicef, 2018).

En la región (Colombia), el desarrollo de competencias en el ámbito ambulatorio para estudiantes de medicina y residentes de medicina familiar es un reto gubernamental (Ministerio de Salud de Colombia, 2015). Teniendo en cuenta las características del perfil del egresado para médicos generales, según la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (2015), Colombia debe optimizar la obtención de competencias por parte del estudiante en el ámbito ambulatorio, que mejore su resolutiveidad y que no se centren en el modelo hospitalario. De ahí la importancia de investigar sobre este tema, a fin de contribuir a mejorar las prácticas docentes en la enseñanza ambulatoria.

Por otro lado, el contacto ambulatorio estimula el desarrollo del razonamiento clínico. Este es definido como la capacidad de integrar y aplicar diferentes tipos de conocimiento, sopesar evidencia, pensar de manera crítica sobre los argumentos y reflexionar sobre el proceso para llegar a un diagnóstico. Requiere no solo una acumulación de conocimiento, sino también cierto grado de experiencia, que es generalmente lo que distingue a un médico en ejercicio de un estudiante de medicina (Anderson, 2006). Okubo et al. (2014) explican que al trabajar con “pacientes reales que tienen problemas reales” se estimula el razonamiento; pero, específicamente, ver pacientes ambulatorios es una buena forma de aprender razonamiento clínico, porque los estudiantes están obligados a tomar decisiones rápidas y pertinentes en un corto periodo. Sumado a esto, el contacto ambulatorio puede ofrecer un alto volumen de pacientes con las condiciones patológicas médicas más comunes y representativas de la práctica médica general, y no tan especializadas, como sucede en la práctica hospitalaria (Dent, 2005). Esto último es importante si se tiene en cuenta que el aprendizaje de un estudiante de medicina parte

del reconocimiento y organización de patrones de manera progresiva. Con el avance de los semestres clínicos y con la experiencia acumulada emergen los guiones de enfermedades: listados asociados con enfermedades que reúnen y compilan signos, síntomas, exámenes, tratamientos, etc. (Schmidt et al., 1990).

Además, la medicina ambulatoria combina elementos encontrados en la enseñanza de la rutina hospitalaria (etiología, historia, examen, pruebas de laboratorio y terapia) con otros que son propios de este tipo de atención (continuidad del cuidado, contexto, educación sanitaria, prevención, economía y responsabilidad) (Dent, 2005). Todas las ventajas y atributos del ámbito ambulatorio en función de la enseñanza clínica se ampliarán en el marco teórico. En la tabla 1 se listan de forma comparativa las características del ámbito hospitalario versus el ambulatorio, que establecen retos propios de la enseñanza clínica (Ferenchick et al., 1997; Irby, 1995; Simon et al., 2003). Con esta comparación se evidencia que no es tan claro extrapolar las estrategias de enseñanza (EE) hospitalaria al consultorio ambulatorio; por tanto, se requiere explorar EE específicas que favorezcan la experiencia de aprendizaje en consulta (Wolpaw et al., 2003).

Tabla 1. Características de los ámbitos hospitalarios vs. los ambulatorios que marcan diferencias en la enseñanza clínica

Ambiente hospitalario	Ambiente ambulatorio
Atención continua durante la hospitalización.	Atención discontinua (baja probabilidad de que el estudiante pueda volver a ver al paciente).
Abordaje comprehensivo de las quejas agudas del paciente.	Abordaje serial (tiempo variable entre el diagnóstico y el tratamiento).
Permite la observación aguda de una enfermedad y la identificación de signos en todo su esplendor.	Permite observar una condición crónica estable o subaguda, signos en el examen físico más sutiles o casi imperceptibles.
Relaciones jerárquicas marcadas entre docentes, residentes y estudiantes.	No hay relaciones jerárquicas marcadas (relación más horizontal con el docente).
Relación menos directa con el tutor (generalmente, el estudiante está en más contacto con los residentes que con los docentes).	Relación más directa con el tutor durante las consultas.

Generalmente, no hay una relación preexistente entre el médico tratante y el paciente.	Hay más probabilidad de una relación preexistente con el paciente.
La relación con la familia se da solo con el cuidador y es de corta duración.	Hay mayor probabilidad de una relación más cercana y continua con la familia.
Posibilidad de revisión de un paciente (semiología) o de conversación amplia en pacientes hospitalizados.	Tiempo específico en la consulta para aprovechar el contacto con el paciente.
Generalmente, se enfoca en la atención de patologías y su intervención es específica en eso.	Ofrece la posibilidad de conocer pacientes sanos y su abordaje es más integral, incluyendo actividades de promoción y prevención.
Mayor disponibilidad de tiempo para discusión de casos, evaluación y retroalimentación.	Tiempo limitado para discusiones amplias sobre el paciente, evaluación y retroalimentación.
Posibilidad menor de reconocer aspectos de tipo administrativo, legal o financieros de la prestación de servicios de salud.	Mayor posibilidad de reconocer aspectos administrativos, legales, financieros de la prestación de servicios de salud.

Fuente: elaboración propia a partir de Ferenchick et al. (1997), Irby (1995), Simon et al. (2003).

El reto principal de la enseñanza clínica ambulatoria está en mantener el equilibrio entre la prestación de servicios de calidad al paciente, la enseñanza al estudiante para que desarrolle la competencia clínica, la satisfacción¹ y la productividad del profesional que hace la docencia² (Beach, 2017; Ferenchick et al., 1997). Se han documentado problemas propios de la enseñanza ambulatoria como la supervisión deficiente, la poca retroalimentación y el espacio limitado para la reflexión (Ferenchick et al., 1997). La interacción entre el aprendiz y el docente puede verse limitada a la comunicación de información fáctica, y no ser esa experiencia compartida en la cual el estudiante tiene un rol proactivo y el docente es un facilitador. Pareciera que el foco de la interacción estuviera en la síntesis de los hechos que el estudiante presenta al docente y en la efectividad en el uso del tiempo, dado el alto flujo de tareas y pacientes, y que se pierde el equilibrio entre todos los elementos en este escenario de aprendizaje (Wolpaw et al., 2003).

¹ Satisfacción: sentimiento o sensación de bienestar cuando se ha cubierto una necesidad.

² Productividad: pacientes vistos/pacientes programados, uso efectivo del tiempo de la consulta.

Javesalud, sitio donde se realizó este estudio, es una institución ambulatoria colombiana en la cual 1200 estudiantes por año hacen sus prácticas formativas (estudiantes en su mayoría de pregrado de Medicina y posgrado de Medicina Familiar). Es un aliado estratégico de la Pontificia Universidad Javeriana, y desde el 2015 declaró como objeto misional la formación de profesionales en cuidado primario ambulatorio. Esto ha significado muchos retos organizacionales en infraestructura, recurso humano, capacitación, entre otros, para responder de la mejor forma a esta tarea.

A la fecha no existe un reconocimiento preciso de las EE utilizadas por los docentes en el marco de la consulta con estudiantes de pregrado ni cómo las percibe el estudiante. Las encuestas de evaluación de las prácticas formativas por parte de los estudiantes y que se miden cada semestre desde el 2015 muestran niveles de satisfacción mayores al 90%. ¿Cuáles son los motivos que reflejan estos resultados? ¿Es la calidad de la docencia y de la EE utilizada lo que lo justifica?

La encuesta semestral (documento institucional código AC-GP-018, anexo 1) la diligencian los estudiantes al finalizar la práctica formativa. Tiene nueve ítems que califican con una escala tipo Likert diferentes aspectos de las rotaciones y que abren el espacio para escribir comentarios que sustentan la calificación. El ítem “Calidad de la enseñanza en consulta” permite conocer algunos aspectos de cómo los estudiantes perciben, en general, el proceso de enseñanza en la consulta de Javesalud (tabla 2). Aunque los porcentajes de calificación de calidad de las rotaciones son altos, las experiencias de enseñanza dentro del consultorio por parte de los estudiantes son heterogéneas, en cuanto al grado de supervisión, participación, adquisición de habilidades, retroalimentación, etc. ¿Qué factores explican esta diversidad de experiencias? ¿Es la EE lo que define esa diversidad de experiencias? ¿Qué factores asociados al docente y al contexto podrían determinar estas diferencias en la percepción?

Tabla 2. Percepciones académicas sobre la enseñanza en la consulta ambulatoria por parte de estudiantes de Javesalud en el periodo 2016-2018

Semestre	Calificación	Comentarios positivos	Comentarios negativos
2016-II	93/100	“Da espacio en la consulta para preguntar y participar”. “Nos permitió participar activamente en la consulta”.	“Es importante que nos den más oportunidad de interactuar con el paciente”. “Mala docencia. No dejó participar a los estudiantes”.
2017-1	95/100	“Lleva la estudiante a hacer examen físico completo”. “Nos explica después de cada paciente”.	“Es muy buena docente en conocimiento teórico, pero deja muy poco acercamiento a la práctica”.
2017-2	97/100	“Es muy buena, porque al estudiante que está afuera esperando le deja tareas para realizar durante el tiempo que tiene que esperar, y cuando le corresponde la consulta, él expone la tarea que le dejó el docente. Adicionalmente, nos hace retroalimentación de lo visto durante la consulta, además nos deja hacer cosas, no solo mirar”.	“Confía demasiado en nuestra labor y no revisaba los pacientes”. “Se preocupa por enseñar pero algunas veces el proceso de guiar al estudiante se pierde y deja al paciente de lado, en un segundo plano”. “No hay espacio para preguntar ni se hace retroalimentación de la consulta”.

Fuente: elaboración propia.

Las preguntas anteriores son pertinentes en el contexto donde se realiza este trabajo, pues hay algunos elementos relevantes: la asignación docente-estudiante se hace con un criterio subjetivo, sin considerar la experiencia del docente o la efectividad y el impacto de la EE que utiliza en cada caso. Adicionalmente, los docentes de Javesalud se formaron en el ámbito hospitalario con EE propias de ese contexto, lo que implica un intento de extrapolar esas técnicas y métodos a lo ambulatorio, cuando ya se han explicado las limitaciones que generan. Por otro lado, los docentes en consulta (alrededor de 50) cuentan con perfiles heterogéneos: médicos generales, especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología, enfermeras. ¿Es la especialidad o formación disciplinar un factor que inflencie qué EE realizar?

Otro aspecto por considerar del contexto es la diferencia en tiempos de experiencia laboral docente y tipo de entrenamiento pedagógico o estudios formales en la materia. Con respecto al tiempo de experiencia de enseñanza clínica, algunos autores han

propuesto que un docente tarda aproximadamente de dos a cinco años para que haga su transición de novato (en inglés, *novice*) a experto (en inglés, *expert*) (Turocy, 2016).

Otros autores proponen que la educación formal, sumada a un “tiempo de experiencia sustancial” (sin poner un límite concreto en el tiempo), determina el grado de experiencia de un docente (Herppich et al., 2016).

Dado que no hay definiciones precisas, sino propuestas de denominaciones, se toma de referencia para este trabajo dos niveles de experiencia docente basado en el trabajo de Turocy (2016): docente novato (menos de dos años enseñando) y experimentado (más de dos años enseñando). Esto es de interés, porque algunos autores han demostrado en escenarios no clínicos que los docentes con mayor experiencia son más interactivos, más flexibles y con mayor sensibilidad social que los tutores más novatos (Berliner, 2001). Algunas publicaciones han sugerido que los tutores con más experiencia pedagógica son menos interactivos y, en consecuencia, fomentan el aprendizaje en menor grado que los tutores con menos experiencia pedagógica (Herppich et al., 2016). ¿Existen diferencias en las EE percibidas entre los docentes novatos o más experimentados en Javesalud? ¿Es la experiencia un factor que se relaciona con la naturaleza de las EE utilizadas?

Todos los autores revisados concuerdan en que la experiencia de aprendizaje en el ámbito ambulatorio no ha sido suficientemente estudiada en el mundo y en que el primer paso para abordarla es el reconocimiento de cuanto sucede en el consultorio en el momento de enseñar (Beach, 2017; Pierce et al., 2020).

A manera de síntesis, la caracterización de las EE en la consulta de Javesalud permitirá conocer la realidad de las prácticas y técnicas utilizadas por los docentes para el desarrollo de competencias en atención primaria en estudiantes de pregrado de medicina en un centro ambulatorio colombiano. Esto servirá de insumo para:

1. Optimizar aquellas buenas prácticas de enseñanza en lo ambulatorio que procuren el equilibrio entre calidad en la atención del paciente/productividad, satisfacción del docente y desarrollo de competencias en el estudiante.
2. Identificar patrones de prácticas de enseñanza que estén alineados con técnicas descritas en la literatura (señaladas en el marco teórico) y que pudieran ser afinadas y adaptadas para el mejoramiento de la enseñanza en la institución.

3. Proponer un plan de entrenamiento en EE ambulatoria que sea de implementación sistemática en la institución y que pueda ser referente en instituciones similares. A la fecha, existen al menos 400 escenarios de práctica de las diferentes facultades de medicina del país (Ministerio de Salud de Colombia, 2018). Los resultados de este proyecto serán insumo para desarrollar en Javesalud y en otros centros de atención de consulta externa planes de desarrollo docentes factibles y aterrizados a la necesidad de formación en competencias en atención ambulatoria de los profesionales de la salud del futuro.

4. Generar conocimiento nuevo: como la mayoría de la caracterización en enseñanza clínica está hecha en el ámbito hospitalario de alta complejidad y no tanto en la atención ambulatoria, se tratará de un producto novedoso de conocimiento para nuestro medio.

Se ha señalado recientemente que la mayoría de investigación sobre la efectividad de las EE en el ámbito ambulatorio se ha hecho en Estados Unidos, Taiwán, Irán o Japón, pero no en Latinoamérica (Pierce et al., 2020). Si bien el objetivo de este estudio no es medir la efectividad, sí permite establecer esas variables de contexto, tipo, duración y contenido de las interacciones docente-alumno y las metodologías de enseñanza que se utilizan. Es posible que se identifiquen técnicas de enseñanza que no respondan a la secuencia de actividades que se describen en el marco teórico y que pudieran ser novedosas para estudiarlas en proyectos posteriores. Todo esto con la perspectiva de transformar escenarios ambulatorios, de un campo de interacciones limitadas a la comunicación fáctica, a un modelo más centrado en el aprendiz (Wolpaw et al., 2003).

2. Marco teórico

En este capítulo se amplía el contexto en el cual se enmarca este proyecto; se profundiza en las definiciones conceptuales de interés: consulta ambulatoria, enseñanza clínica ambulatoria, así como en las características, el alcance y las ventajas de este ámbito en la formación médica; se ahonda en la conceptualización de *estrategias de enseñanza* (EE), a fin de aproximarse luego a los diferentes conceptos de la literatura sobre el tema para referirse a las estrategias, métodos, técnicas, herramientas que se usan en la enseñanza clínica y de esta manera explicar sobre qué base conceptual se definió este proyecto de investigación. Con esto, se describen las EE ambulatoria, sus ventajas, desventajas y síntesis de la evidencia sobre su utilidad, aceptabilidad e impacto educativo, y luego se explican los modelos de organización de las EE ambulatoria con sus ventajas y desventajas. Finalmente, se construye el marco teórico desde donde se planteó el diseño de este estudio y su metodología.

2.1. Descripción del contexto

Javesalud (s. f.), sitio donde se realizó este estudio, es una institución colombiana de salud ambulatoria cuyo objeto misional es la formación de talento humano y la generación de conocimiento en el marco del cuidado primario ambulatorio. Es aliado estratégico de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) y el Hospital Universitario San Ignacio. Atiende mensualmente a 100.000 personas en 10 sedes asistenciales, la mayoría concentradas en la ciudad de Bogotá. Anualmente, 1200 estudiantes realizan sus prácticas formativas allí (estudiantes en su mayoría de pregrado de Medicina y posgrado de Medicina Familiar).

Un grupo de investigación de este proyecto está constituido por los estudiantes de sexto semestre de Medicina de la PUJ, quienes durante 20 semanas consecutivas (lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.) rotan en los diferentes servicios de cuidado primario de Javesalud: cuidado ambulatorio de la mujer (control prenatal, citología, consulta de planificación familiar y consulta de ginecología), cuidado ambulatorio del niño (consulta del niño sano, crecimiento y desarrollo y vacunación), cuidado del paciente crónico

(consulta de medicina general, medicina interna y especialidades de medicina interna) y cuidado del paciente adulto (medicina familiar, medicina general y enfermería).

El currículo de este programa es integrado, basado en competencias, utiliza una amplia gama de estrategias de enseñanza y de evaluación durante la misma. Una de las estrategias en aula es el denominado “caso integrador” utilizado desde primer semestre y que permite comprender la complejidad de la medicina desde diferentes perspectivas disciplinares, evitando la escisión clásica de ciencias básicas y clínicas. En V semestre cursan las asignaturas de: *Práctica clínica y evidencia y prescripción razonada* (ejes temáticos: Comunicación y relación médico paciente; *Prescripción razonada de medicamentos* (Principios de Farmacoterapéutica); *Medicina basada en la evidencia y Bioética* y la asignatura *Relación médico-paciente* (ejes temáticos historia clínica y semiología). Esta última tiene un componente práctico hospitalario (Hospital San Ignacio) y en laboratorio de simulación a través de tutorías supervisadas por docentes (anexo 2).

La práctica objeto de este estudio es denominada *cuidado y atención primaria*, se ubica en VI semestre, y se implementó en el 2016, producto de una reforma curricular amplia de la Facultad de Medicina de la PUJ (s. f.), pues allí se evidenció la necesidad de fortalecer las competencias desde el pregrado en cuidado primario, atención básica y, en general, en la ejecución de actividades de promoción y prevención de la salud, frente a las necesidades locales, nacionales e internacionales emergentes. Esto se puede constatar en el plan de estudios y perfil del egresado de la universidad. Es importante mencionar que VI semestre es el primer contacto clínico ambulatorio que tienen los estudiantes en su carrera y lo tienen en Javesalud.

El otro grupo sujeto de investigación de este estudio está constituido por los docentes, profesionales asistenciales de diferentes áreas que trabajan de planta en Javesalud (especialistas, médicos generales y enfermeras), quienes tienen asignados a los estudiantes en los diferentes momentos de las prácticas. Para esto, los docentes reciben entrenamiento, reinducción, acompañamiento y evaluación desde el área académica de la institución. Javesalud, además, cuenta con un área académica que organiza la planeación, la programación y la asignación de estudiantes a los docentes; la evaluación de las prácticas, y todos los aspectos administrativos-operativos de las rotaciones.

Sin embargo, los aspectos conceptuales centrales de este trabajo como son las fases de la consulta, los modelos de organización, tipo de interacción y las diferentes técnicas de enseñanza, no son conocidos por los docentes previo a este estudio.

La asignación de estudiantes y número de cupos es un proceso que depende del análisis de capacidad instalada semestral que hace la fundación, de acuerdo con la planta de profesionales disponibles y los servicios activos. La institución asigna a dos estudiantes por cada docente (por cada consultorio) para las actividades asistenciales de consulta, y para actividades como consulta de ginecología y citología asigna a un estudiante. Esto está regulado localmente por lineamientos de asignación de cupos del Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social (2021).

La articulación con la PUJ para evaluar y garantizar el adecuado funcionamiento de las prácticas se da a través de la relación docencia-servicio³ entre las dos instituciones.

Esta relación es regulada a través del Decreto 2376 del 2010 del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y la Protección Social), que es el ente rector que define los alcances y las responsabilidades de las universidades y los escenarios de práctica (como lo es Javesalud), en la formación de pregrado y posgrado de los diferentes programas de salud del país.

³ “Relación docencia-servicio: vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia-servicio” (Ministerio de la Protección Social, 2010)

2.2. Enseñanza en cuidado primario ambulatorio

Es necesario puntualizar la definición de *cuidado primario ambulatorio*, para comprender un poco más el contexto donde se realiza este estudio. Para ello, Javesalud está alineado con la definición que la Organización Mundial de la Salud hace de *atención primaria en salud*:

Es un enfoque de la salud ...que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (WHO & UNICEF, 2018, citados en Organización Mundial de la Salud, 2021, párr. 2)

Adicionalmente, el gobierno local ha definido instituciones como Javesalud en términos de *prestador primario*, así:

El componente primario es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. (Castiblanco et al., 2018)

Estas definiciones ayudan a comprender las actividades de Javesalud y que sirven para el desarrollo de competencias en los estudiantes y residentes.

Por otro lado, es necesario explicar cuál es el alcance de la consulta ambulatoria, espacio específico donde se desarrolla este estudio. Algunos autores plantean definiciones netamente operativas, como “ese lugar donde el paciente es visto en un hospital sin ser admitido para internación” (Dent, 2005, p. 302). Y aunque Javesalud, en efecto, no presta servicios de internación, con lo cual cumple esta definición, es importante siempre tener en cuenta que las actividades asistenciales están enmarcadas en el propósito de mantener la salud, coordinar servicios y atender las condiciones más prevalentes.

En la consulta ambulatoria hay tres fases o momentos: preclínica, clínica y posclínica (Beach, 2017; Dent, 2005; Irby, 1995). En la fase preclínica se hace toda la planeación de la práctica por parte del docente clínico, que incluye la revisión de los objetivos curriculares y su organización operativa (por ejemplo, asignación de estudiantes a docentes). En la fase clínica se desarrolla la actividad docente-asistencial, con los procesos de supervisión y delegación de actividades. Por último, la fase posclínica se centra en la retroalimentación y la reflexión de la práctica.

Este proyecto explora diferentes aspectos de las tres fases y, por tanto, el término *consulta ambulatoria* se refiere a todo aquello que sucede en alguna de las fases explicadas. No es de interés explorar actividades complementarias a estas fases, como seminarios, actividades virtuales, etc., que si bien acompañan las EE y en Javesalud se realizan, el interés aquí fue el de caracterizar cuanto sucede en el espacio específico de la enseñanza clínica ambulatoria (Beach, 2017; Dent, 2005).

En el planteamiento del problema se explican las necesidades regionales y globales en el fortalecimiento de competencias en cuidado primario, y aquí se amplía la información relacionada con las ventajas y alcances de la enseñanza ambulatoria en cuidado primario (Ferenchick et al., 1997; Irby, 1995; Simon et al., 2003):

- Se conoce a pacientes sanos y su abordaje es más integral, incluyendo actividades de promoción y prevención.
- El nivel de incertidumbre resulta retador para desarrollar habilidades de resolutiveidad e integralidad del médico en atención primaria en salud.
- Se identifican y abordan problemas de orden familiar y social que afectan aspectos como la adherencia a tratamientos y desenlaces individuales en salud.
- Dado que muchos pacientes pueden estar sanos o estables en condiciones crónicas, se incrementan las competencias de los estudiantes en el examen físico normal e interrogatorio.

- Se afina la identificación de signos sutiles que indiquen que un paciente puede estar teniendo una descompensación de su condición crónica.
- Hay mayor posibilidades de reconocer aspectos administrativos, legales o financieros de la prestación de servicios de salud.
- Existe mayor probabilidad de una relación más cercana y continua con la familia. Generalmente, hay una relación preexistente con ese profesional (más con pacientes crónicos, gestantes o niños), lo que genera un ambiente de confianza óptimo para la docencia.
- Puede ser más satisfactoria la experiencia de aprendizaje, porque los estudiantes tienen una relación más directa (cercana) con el tutor durante las consultas y porque en este tipo de instituciones las relaciones jerárquicas están menos marcadas.

Las desventajas de la enseñanza ambulatoria, comparadas con la enseñanza hospitalaria, se sintetizan en los siguientes aspectos (Ferenchick et al., 1997; Irby, 1995; Simon et al., 2003):

- Atención discontinua: poca probabilidad de volver a ver el paciente, especialmente si son atenciones de pacientes no crónicos que asisten para resolver un motivo de consulta particular y no demandan más servicios.
- Abordaje serial: esto es, puede haber tiempos muy variables entre el diagnóstico/tratamiento y la evaluación para revisar el impacto de las decisiones clínicas en la salud del paciente.
- Tiempo específico en la consulta para aprovechar el contacto con el paciente: una vez el paciente sale de consulta, no hay mayor contacto con él para volver a revisar aspectos de la semiología, evolución o impacto con el tratamiento instaurado.
- Tiempo limitado para discusiones amplias sobre el paciente, evaluación y retroalimentación.

Es importante entender que los escenarios ambulatorios y hospitalarios se complementan y que cada uno ofrece ventajas y alcances específicos que deben potenciarse en la

formación. Dado que además son espacios diferentes en sus características, las EE también varían (Beach, 2017; Dent, 2005). En la tabla 1 se sintetizaron las diferencias de los ámbitos hospitalarios y ambulatorios en función de la enseñanza clínica.

2.3. Estrategias de enseñanza: definiciones conceptuales

Las EE se pueden definir como “el conjunto de decisiones que toma el docente para orientar la enseñanza con el fin de promover el aprendizaje de sus alumnos” (Anijovich & Mora, 2010, p. 23). Dentro de ese universo, se encuentran las EE clínica, es decir, aquellas cuyo objeto es el desarrollo de la competencia clínica en el estudiante. Anijovich y Mora plantean que una EE contempla el momento de la planificación, el de la acción propiamente dicha o momento interactivo con el estudiante y el momento de evaluación y reflexión que se da luego de esta interacción. Estos momentos coinciden plenamente con los que otros autores han señalado en la EE clínica ambulatoria y que se explicaron en el anterior capítulo: fase preclínica, fase clínica y fase posclínica (Anijovich & Mora, 2010; Beach, 2017) (tabla 3). Esto implica que una estrategia no es igual a una técnica, sino que introduce un concepto de proceso espiralado, esto es, ocurre en diferentes contextos, tiene retrocesos y avances, precisa revisión constante y, “en cada giro de la espiral, se modifican la comprensión, la profundidad, el sentido de lo aprendido” (p. 25). Entonces, ¿qué diferencia hay o dónde se encuentran las técnicas de enseñanza ambulatoria en relación con las estrategias de enseñanza?

Tabla 3. Momentos/fases de una estrategia de enseñanza

Autor	Anijovich & Mora (2010)	Beach (2017)
Fase/momento	Planificación	Preclínica
	Acción	Clínica
	Reflexión	Posclínica

Fuente: elaboración propia a partir de los autores nombrados.

Algunos autores mencionan que falta consenso o un nombre consistente en la denominación de aquellas “herramientas” o “estructuras” que facilitan los encuentros de

enseñanza en la práctica clínica (Sidhu & Edwards, 2019). La descripción de estas “aproximaciones” varía en sus denominaciones cuando se revisa la literatura: técnicas, métodos, herramientas, estrategias, algoritmo, modelo, etc., incluso las utilizan de forma indistinta en una misma publicación o entre publicaciones. Un ejemplo ilustrativo lo constituye el *One Minute Preceptor* (OMP), una técnica que será descrita con amplitud en el siguiente capítulo. Ferenchick et al. (1997) clasifican el OMP como una estrategia; Neher y Stevens (2003), como un modelo de enseñanza clínica, y Seki et al. (2016), como método de enseñanza.

Las herramientas de enseñanza deliberada o los DTT (por sus siglas en inglés, por *deliberate teaching tools*) son una propuesta alternativa y novedosa más reciente para denominar el marco de referencia por el cual los profesionales de la salud tienen enfoque específico para la enseñanza de los encuentros clínicos, mediante la incorporación de elementos de buenas prácticas docentes (Sidhu & Edwards, 2019). En una revisión y análisis temático Sidhu y Edwards (2019) clasificaron todos los artículos que hacían referencia a estas herramientas o estructuras en tres categorías, en cada una de ellas citan ejemplos específicos. Allí, el OMP, por ejemplo, resulta ser una DTT que se vale de un marco de referencia de enseñanza clínica basado en el uso eficiente del tiempo. Ante esta diversidad de conceptos, lo que resulta claro es que una EE es una estructura definida y específica para la interacción docente-estudiante, que implica un proceso espiralado que contiene diferentes fases/momentos en su implementación (Anijovich & Mora, 2010; Beach, 2017; Pierce et al., 2020). Estas EE se valen de técnicas, métodos, estructuras o modelos que se exploran en este estudio.

A nivel curricular, la definición específica de las EE a utilizar en esta práctica está dada por el concepto general de “Práctica clínica supervisada”. Esto se constata en el syllabus de la asignatura de VI semestre anexa a este trabajo (anexo 3). No existe una definición explícita documental de cuales técnicas o métodos o modelos de organización debe adoptar Javesalud, sin embargo, sí existe una articulación formal y constante a través de la relación docencia- servicio (Facultad de medicina y el área académica de Javesalud) en la que se acuerdan al menos, los modelos de organización. Se hace retroalimentación sobre diferentes aspectos de la práctica: delegación, supervisión, cumplimiento de actividades, entre otras.

La caracterización de las EE clínica en Javesalud implica conocer la secuencia de actividades definida por los docentes y las decisiones de cómo enseñar en la consulta; evaluar esos factores de contexto que llevan a tomar esas decisiones; comprender cómo abordan las diferentes fases (preclínicas, clínica y posclínica) de los eventos que definen su estrategia, y, por supuesto, conocer la o las técnicas de enseñanza utilizadas en este ámbito. Es importante señalar que las fases descritas de la consulta son un referente teórico sobre el cual se realiza el análisis de este trabajo y no, un concepto previo apropiado por los docentes.

2.4. Técnicas de enseñanza ambulatoria

Existe una batería de técnicas de enseñanza (TE) descritas en la educación en salud. Se han descrito algunas usadas en el ámbito ambulatorio que pueden resultar bastante efectivas para mantener el equilibrio entre calidad de la docencia, prestación del servicio y satisfacción de los docentes (Beach, 2017; Chinai et al., 2018; Seki et al., 2016). Al identificar las TE en Javesalud, se espera encontrar patrones de secuencia de actividades que correspondan a alguna de estas técnicas, mezcla de ellas o, incluso, técnicas novedosas.

Aquí se describen las más utilizadas y caracterizadas en el ámbito ambulatorio y se dejan de lado aquellas que se usan en otros ambientes, como hospitalización y sala de urgencias, y que de forma ocasional pudieran ser usadas en consulta externa. Tampoco son objeto de estudio en este proyecto los métodos/técnicas instruccionales que maximizan las oportunidades de aprendizaje en diferentes ámbitos (no exclusivas para el ambulatorio), como los e-portafolios, guías de estudio o bitácoras de casos *logbooks* (Dent, 2005).

A continuación, se describen algunas de las técnicas reportadas en la literatura con las ventajas, desventajas y alcances identificados:

2.4.1. Demostración activa

Es una de las técnicas más utilizadas en el ámbito ambulatorio. Consiste en una observación desde el estudiante de lo que hace su docente en un encuentro clínico. La demostración activa (DA) es considerada ideal para el inicio de una práctica y es muy eficiente en tiempo para el docente (Smith & Irby, 1997). Es fundamental que el estudiante sepa exactamente qué debe observar y se debe favorecer una pequeña discusión entre docente y estudiante sobre lo observado; de lo contrario, se trataría de una observación pasiva, sin el impacto de una observación dirigida (Smith & Irby, 1997). Pese a ser muy utilizada, no hay evidencia clara de sus repercusiones educativas, y este hecho es confirmado por una revisión sistemática de literatura reciente (Chinai et al., 2018).

2.4.2. Presentación de caso

La presentación de caso (PC) se basa en las técnicas que favorecen “la orientación del estudiante al paciente” (Ferenchick et al., 1997). Aquí el docente explica la historia del paciente que se va a ver en un minuto; posteriormente, le explica qué puntos espera que el estudiante revise con más precisión. El docente sale por 15 minutos y vuelve a que el estudiante le explique los hallazgos encontrados (presentación amplia del caso). Se ha descrito que esta estrategia mejora el clima de aprendizaje sin interrupción importante de la atención y permite el intercambio de los hallazgos entre docente y estudiante. Dado que el estudiante debe hacer un gran esfuerzo en la PC por la entrega de detalles de la historia del paciente, se afirma que refuerza habilidades en la captación de datos y organización mental en la información clínica (Chinai et al., 2018; Ferenchick et al., 1997).

2.4.3. Reconocimiento de patrones

El reconocimiento de patrones (RP) consiste en una presentación muy corta por parte del estudiante al docente clínico de los diagnósticos que identificó en el paciente. No se trata de una presentación larga de la anamnesis o de los hallazgos al examen físico, sino de sus conclusiones al reconocer que observa en el paciente. Esta técnica también se conoce como *Aunt Minnie*: “Si la señora que cruza la calle tiene aspecto de tía Minnie y camina como tía Minnie, lo más probable es que se trate de la tía Minnie” (Chinai et al., 2018, p. 32).

Su utilidad radica en la eficiencia en el tiempo y en desarrollar competencias clínicas para el abordaje de patologías frecuentes en las que la presión del tiempo es un factor determinante. Según algunos autores, genera mayor confianza en el estudiante al abordar a un paciente, capacidad de síntesis y oportunidades de retroalimentación de forma inmediata (*in situ*) por parte del docente. Como limitación, no hay espacios específicos de reflexión sobre lo aprendido (Cunningham et al., 1999). En una revisión sistemática reciente se afirma que no existe en la literatura evidencia sobre el impacto y efectividad de su uso (Chinai et al., 2018).

2.4.4. SNAPPS

El SNPPS (del inglés *summarize, narrow, analyze, probe the preceptor, plan management, select a case*) se trata de una serie de pasos secuenciales desde la presentación del caso visto en la consulta ambulatoria por parte del alumno al docente, su análisis y un plan de aprendizaje autodirigido posterior a la consulta (Dent, 2005). Los pasos se describen con detalle en la tabla 4. La técnica está centrada en el aprendizaje y está dirigida por el estudiante. Ha sido descrita también bajo la denominación de *modelo de enseñanza clínica* (Wolpaw et al., 2003), *método de enseñanza* (Seki et al., 2016) y, recientemente, como *DTT* (herramienta), que usa como marco de referencia la enseñanza efectiva en tiempo y el aprendizaje centrado en el estudiante (Sidhu & Edwards, 2019). Tiene como ventaja la verbalización del pensamiento, la expresión del razonamiento clínico y el estímulo del aprendizaje autodirigido (Wolpaw et al., 2003; Jain et al., 2019).

Tabla 4. Secuencia de pasos del SNAPPS

Pasos	Estrategias
1	Resumen de la historia y hallazgos: el estudiante obtiene la historia, hace el examen físico y presenta el paciente (esto no puede ser más del 50% del tiempo del encuentro, es decir, 3 minutos).
2	Estrechar los diagnósticos diferenciales a dos tres: aquí el estudiante verbaliza que está pensando sobre las posibilidades principales.
3	Analizar los diagnósticos diferenciales por comparación/contraste.
4	Preguntas al tutor para aclarar: el alumno inicia una discusión educativa al sondear al preceptor con preguntas en lugar de esperar a que el preceptor inicie el sondeo del alumno. Al alumno se le enseña a utilizar el docente como un recurso de conocimiento.
5	Hacer el plan de manejo del paciente en el marco de discusión con el tutor.
6	Seleccionar un problema relacionado con el caso para aprendizaje autodirigido: se acuerdan preguntas problemas con el tutor.

Fuente: adaptado de Wolpaw et al. (2003).

En algunas publicaciones se ha identificado que con el SNAPPS los estudiantes perciben un rol más activo en la consulta, resaltan la facilidad para aprender, el tiempo para preguntas al tutor y la elección del problema para el aprendizaje autodirigido. Los

docentes identifican el esfuerzo y compromiso de los estudiantes en su aprendizaje, la calidad de las preguntas y el alivio de no ser ellos los del rol activo únicamente (Wolpaw et al., 2003; Fagundes et al., 2020; Pierce et al., 2020; Seki et al., 2016). Con respecto a la evidencia científica en esta técnica, sí existe un nivel muy superior de estudios encaminados a evaluar desenlaces asociados con la mejoría en el razonamiento clínico, nivel de conocimientos, efectividad y satisfacción del paciente y de estudiantes. No se han evaluado otros desenlaces, como comunicación, empatía, profesionalismo, estrés en el lugar de trabajo, etc. (Pierce et al., 2020).

En un ensayo de comparación de grupos publicado en el 2009, Wolpaw et al. demostraron que los estudiantes que usaban SNAPPS eran mucho más propensos a buscar información, plantear más preguntas o reconocer más incertidumbres (84,38% SNAPPS versus 10,77% en un grupo sin SNAPSS); eran más proclives a discutir el manejo del paciente (84,84% frente a 53,72%), e iniciaban la lectura de temas elegidos para el aprendizaje autónomo (51,61% versus 0%). Este mismo grupo demostró en otro estudio del 2012 que en términos de resultados del razonamiento clínico, los estudiantes instruidos para usar SNAPPS (con profesores capacitados) lograban 1,27 puntos más en el momento de establecer el diagnóstico diferencial (2,08 SNAPPS versus 0,81 grupo de comparación) y 1,04 puntos más cuando sustentaban el diagnóstico diferencial (1,26 versus 0,22).

En el 2016, Seki et al. publicaron un estudio en residentes que utilizó pacientes estandarizados para evaluar las percepciones de utilidad entre el SNAPPS y el OMP. Los miembros del grupo SNAPPS percibieron con mayor frecuencia la posibilidad de establecer más preguntas e incertidumbres a sus docentes en comparación con los del grupo OMP ($p < 0,001$). Sin embargo, otros aspectos, como la posibilidad de plantear diagnósticos diferenciales o establecer un plan diagnóstico y terapéutico fueron similares en los dos grupos. En cuanto a la satisfacción del residente, ambos tuvieron buenos resultados, pero en el grupo SNAPSS se encontró mayor facilidad en presentar el caso de forma eficiente y más profundo en comparación con el OMP.

Jain et al. (2019) publicaron un ensayo clínico controlado entre dos grupos de residentes: uno que fue intervenido con SNAPPS y otro con metodología de caso convencional.

Los estudiantes del primer grupo fueron más claros acerca de su hipótesis de diagnóstico y compararon y contrastaron de manera adecuada sus diagnósticos planteados (2,56 frente a 1,74; valor de $p = 0,002$). Los estudiantes de SNAPPS iniciaron la discusión sobre el manejo del paciente casi un 20% más de veces en comparación con el grupo de control.

En el 2020, Fagundes et al. dieron a conocer los resultados de un ensayo clínico controlado en un pregrado de medicina, en el que se comparó la implementación del SNAPPS con el OMP. Los autores encontraron resultados a favor del primero en cuanto a mayor iniciativa de los estudiantes en formular y sustentar diagnósticos diferenciales y abordajes, así como la formulación de preguntas y dudas relacionadas con los casos. Este último hallazgo es similar al estudio de Seki et al. (2016); sin embargo, no hubo diferencias significativas en la verbalización del razonamiento clínico entre los dos grupos. El SNAPPS requiere capacitación y entrenamiento y, por eso, es preferible utilizarla técnica con residentes *seniors* o estudiantes de últimos años (Chinai et al., 2018; Pierce et al., 2020).

En síntesis, el SNAPPS ha sido estudiado más que otras técnicas de PC; pero menos que el OMP. La mayoría de los estudios se ubican en Estados Unidos y en estudiantes de posgrado de medicina y casi todos utilizan grupos de comparación que miden desenlaces asociados con el razonamiento clínico y el conocimiento (Pierce et al., 2020). Las ventajas generales sobre otras técnicas son el involucramiento activo del estudiante, el estímulo a su aprendizaje autodirigido, la verbalización de su razonamiento clínico y el análisis y profundización en diagnósticos diferenciales. Frente al OMP, el SNAPPS ha demostrado mayor posibilidad de plantear dudas e incertidumbres y más profundidad en la justificación del diagnóstico diferencial.

2.4.5. One Minute Preceptor

La técnica OMP guía el encuentro docente-alumno a través de cinco microhabilidades (MH) (tabla 5), fomentando la evaluación del conocimiento del estudiante, así como la provisión de comentarios oportunos (Neher & Stevens, 2003; Dent, 2005). Ha sido

considerada una técnica centrada en el aprendizaje del estudiante y dirigida por el docente (Chinai et al., 2018; Pierce et al., 2020).

Tabla 5. Secuencia de pasos de la estrategia One Minute Preceptor

MH	Descripción
MH1	Obtenga un compromiso del estudiante (solicitar un diagnóstico al estudiante)
MH2	Verifique la evidencia (soporte del diagnóstico)
MH3	Enseñe los principios generales (aspectos generales de la enfermedad/condición del paciente)
MH4	Refuerce lo que está bien (<i>retroalimentación</i> positiva)
MH5	Corrija los errores (<i>retroalimentación</i> constructiva)

Fuente: elaboración propia, a partir de Neher y Stevens (2003).

Esta técnica parte del diagnóstico que establece el estudiante con un paciente y finaliza con la retroalimentación y reflexión. Las primeras tres MH se concentran en identificar brechas en el aprendizaje; mientras que las últimas dos se enfocan en la retroalimentación. Es importante señalar que estas MH no necesariamente son secuenciales y que pueden ser exploradas en diferentes encuentros. El OMP tiene una ventaja importante: permite la instrucción y evaluación en un escenario presionado por el tiempo, como es el ámbito ambulatorio (Irby & Wilkerson, 2008; Neher & Stevens, 2003; Beach, 2017). Ha sido una de las técnicas mejor estudiadas y evaluadas en el ámbito ambulatorio, incluso más que el SNAPPS.

La mayoría de los estudios se han realizado en Estados Unidos en el ámbito ambulatorio y tanto en pregrado como en posgrado. Los desenlaces que se han medido en los estudios son un poco más amplios que los investigados con el SNAPPS: razonamiento clínico (principal), conocimiento, eficiencia (uso de tiempo), retroalimentación (tanto en cantidad como en especificidad), motivación del alumno para el aprendizaje externo, estrés en el sitio de trabajo, entre otros. Aquí se sintetizan algunos estudios clave al respecto:

En el 2002 se registraron (grabaron) y analizaron 94 encuentros de enseñanza entre estudiantes de tercer año de medicina y sus docentes usando el OMP, luego de haber

hecho una sesión de trabajo de socialización y entrenamiento con docentes sobre esta técnica. Los investigadores encontraron que después de los talleres, la proporción de expresiones alusivas a la retroalimentación aumentaron del 17% al 22% ($p = 0,09$) y era más probable que esta retroalimentación fuera más específica (9% frente a 15%; $p = 0,02$). Después de los talleres, los docentes informaron que los encuentros con los estudiantes fueron más exitosos, en cuanto a que los estudiantes podían lograr con mayor facilidad sus propias conclusiones y se podían planear mejor las tareas de aprendizaje autodirigido ($p = 0,03$). Los talleres no tuvieron ningún efecto en la satisfacción del estudiante o el paciente. Sin embargo, dadas las limitaciones referidas en este estudio, los autores plantearon la idea de realizar estudios controlados para medir los diferentes desenlaces de interés de forma más precisa (Salerno et al., 2002).

Un estudio experimental con docentes registró encuentros clínicos por medio de videos enfocados en observar los puntos de enseñanza en los que se centran los docentes tanto en el modelo tradicional como aquellos que usaban el OMP. De manera interesante, los que usaron el modelo tradicional tenían más probabilidades de enseñar habilidades genéricas, como lo son tomar historia o presentar factores de riesgo, y aquellos que empleaban el OMP tenían más probabilidades de enseñar sobre la enfermedad, enfocándose en un diagnóstico diferencial más amplio, pruebas de diagnóstico adicionales y la presentación natural de la enfermedad (Irby et al., 2004). Posteriormente, Eva Aagaard, quien ya había trabajado con Irby, publicó los resultados de un estudio experimental similar para evaluar la efectividad del OMP vs. el modelo tradicional de consulta (Aagaard et al., 2004). Aquí un grupo de docentes vieron las cintas de video del modelo OMP, grabadas por otros docentes y estudiantes. Allí evidenciaron mayor capacidad de diagnosticar correctamente las condiciones médicas de los pacientes vs. el modelo tradicional. Los docentes que vieron las cintas del OMP calificaron más alto las habilidades de los estudiantes en la obtención de historia clínica/examen físico, presentación del caso, razonamiento clínico y conocimiento vs. el modelo tradicional. Los docentes que hicieron el OMP se calificaron a sí mismos como más confiados en calificar las habilidades de los estudiantes en presentación, razonamiento clínico y conocimiento. Teherani et al. (2007) investigaron la percepción de estudiantes de pregrado de tercer y cuarto año de medicina con el uso del OMP vs. la enseñanza tradicional. Los estudiantes

prefirieron el modelo OMP al modelo de enseñanza tradicional ($p < 0,001$). Los estudios que comparan el OMP con el SNAPP fueron enumerados en el apartado previo. Si bien el SNAPPS se ha comparado con el OMP y ha demostrado algunas ventajas hacia el primero, ambas técnicas han evidenciado que potencian la verbalización del razonamiento clínico (Fagundes et al., 2020). Sin embargo, el OMP puede resultar más fácil de aprender para tutores y estudiantes, lo cual puede ser una ventaja frente al SNAPPS, que en general requiere un entrenamiento previo significativo (Chinai et al., 2018).

2.4.6. OMP *plus*

El OMP *plus* es una variante del OMP, en la cual el factor “adicional” consiste en enfatizar información que puede ser contrastada/comparada con el tema que se discutió. La justificación de este *plus* está en que favorece el aprendizaje en contextos más amplios (Beach, 2017). En cuanto a este tipo de variante, no hay estudios específicos de impacto.

Las TE no son excluyentes en el momento de la práctica. Un ejemplo de esto es un estudio en estudiantes de un internado de medicina, en el que evaluaron el impacto del uso de la secuencia (SNAPPS→OMP) vs. no uso de secuencia en particular. En general, se obtuvieron mejores resultados de desempeño en el primer grupo comparado con el segundo. El impacto fue medido a través del test de selección múltiple, el test de concordancia script, el Mini-Cex y el OSCE (Okubo et al., 2014).

El grupo intervenido con SNAPPS y OMP tuvo resultados significativamente superiores en el Mini-Cex y el test de concordancia script, no así en el OSCE y en el test de selección múltiple, en los que hubo mejor desempeño, pero no fue significativo (Okubo et al., 2014). Este estudio exploró también la satisfacción de los estudiantes, quienes percibieron que las habilidades que tuvieron una mejoría importante con la implementación fueron las de interrogatorio, examen físico, interpretación de exámenes y juicio clínico. También se resaltó como positivo las habilidades de presentación de caso y comunicación. La mayoría de los comentarios de los estudiantes fueron positivos, sobre todo en lo que respecta a la utilidad para la práctica clínica, entrenamiento de razonamiento y motivación por aprender (Okubo et al., 2014).

2.5. Modelos de organización de contacto docente-estudiante en el ámbito ambulatorio

Parte de la caracterización de las EE en la consulta ambulatoria consiste en establecer la forma de organización de las consultas en función del número de estudiantes y de los docentes clínicos. Por lo general, tales formas de organización son dadas en la fase preclínica de la estrategia (Dent, 2005). Allí se describen tres tipos de interacciones:

- Un estudiante-un docente.
- Varios estudiantes-un docente.
- Varios estudiantes-varios docentes.

Para la interacción *un estudiante-un docente* se describen tres modelos: *sitting model*, modelo de aprendizaje y modelo miembro de equipo. Para la interacción *varios estudiantes-un docente* se describen los modelos: tribuna, supervisado, de reporte y *breakout*. Estos dos tipos de interacción son de interés para este trabajo, pues la interacción *varios estudiantes-varios docentes* no se presenta en las prácticas objeto de este estudio.

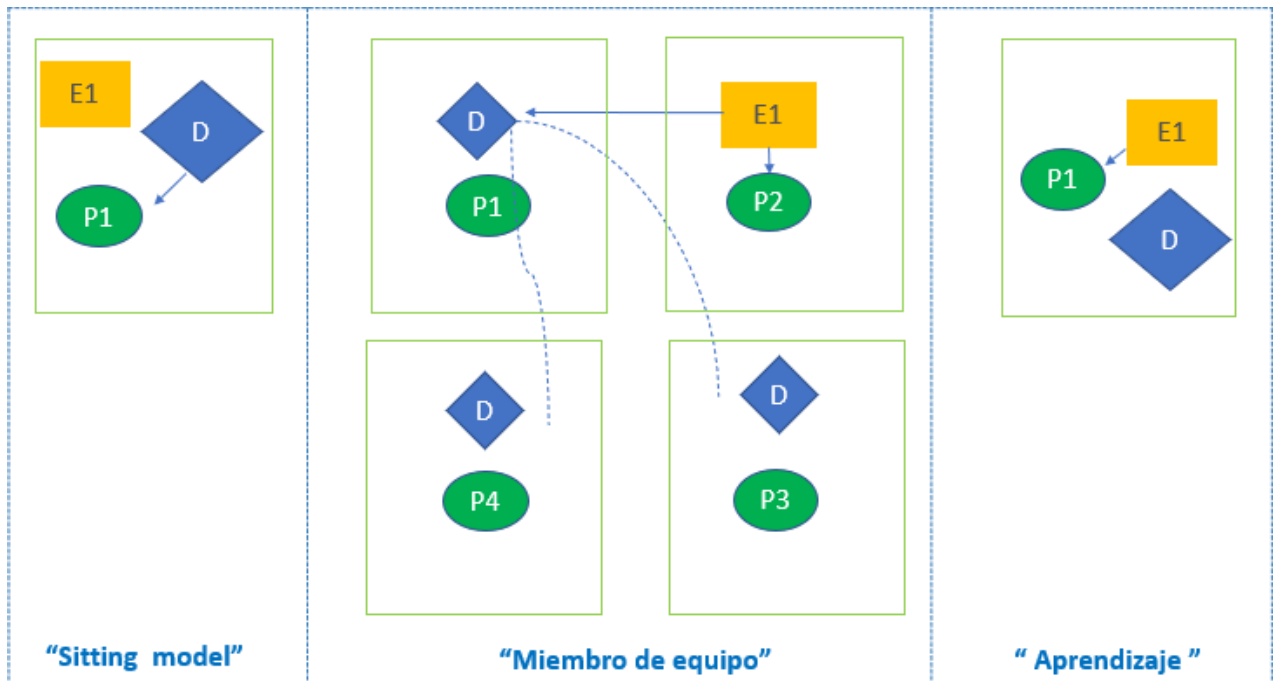
En la tabla 6 se explican los modelos con sus ventajas y desventajas y las figuras 1 y 2 permiten comprender mejor las interacciones de cada modelo. La organización determina en buena medida la dinámica de enseñanza que se establece en el ámbito ambulatorio. Por ejemplo, el *sitting model* induce formas más demostrativas (demostración activa) que el modelo “miembro de un equipo”, que induce estrategias donde el estudiante tiene un rol más activo y reporta al docente (reconocimiento de patrones y presentación de caso).

Tabla 6. Características de los diferentes modelos de organización e interacción de consulta

Interacción	Modelo	Descripción	Riesgo
Un estudiante-un docente	<i>Sitting model</i>	El docente dirige la consulta. Contacto cara a cara con docente y paciente. Conversación e interacción libre vs. observación pasiva.	Duración prolongada de la consulta/observación pasiva del estudiante.
	Aprendizaje	Estudiante hace la consulta, mientras el docente observa.	Duración prolongada de la consulta/preguntas repetitivas o no pertinentes del estudiante.
	Miembro de equipo	El estudiante hace la consulta en una habitación separada, mientras el docente hace la atención "habitual" de otros pacientes en otros consultorios. El estudiante hace el reporte al docente. El docente interrumpe solo para obtener el reporte del estudiante.	Riesgo: el estudiante pierde oportunidades de ver a los otros pacientes de los otros consultorios.
Varios estudiantes/un docente	Tribuna	Los estudiantes observan toda la interacción médico-paciente. El docente dirige la consulta.	No hay interacción con el paciente/paciente intimidado
	Supervisado	Cada estudiante en un consultorio separado. Cada estudiante atiende a un paciente diferente de forma simultánea. El docente tutor alternante entra y sale de los consultorios.	Riesgo: no hay suficiente supervisión, no se observan todos los pacientes, prolongación de consultas
	Reporte	Cada estudiante en un consultorio separado. Cada estudiante atiende a un paciente diferente de forma simultánea. El docente está con el paciente en otro consultorio. Cada estudiante busca al tutor y presenta el caso.	El docente no interactúa con los pacientes vistos.
	<i>Breakout model</i>	Los estudiantes observan toda la interacción médico-paciente. El docente dirige la consulta. Luego de terminar consulta, un estudiante se va con el paciente a otro consultorio para hacer todo el abordaje.	Duración prolongada del paciente.

Fuente: elaboración propia a partir de Dent (2005).

Figura 1. Características de los diferentes modelos de organización e interacción de consulta: interacción un docente-un estudiante

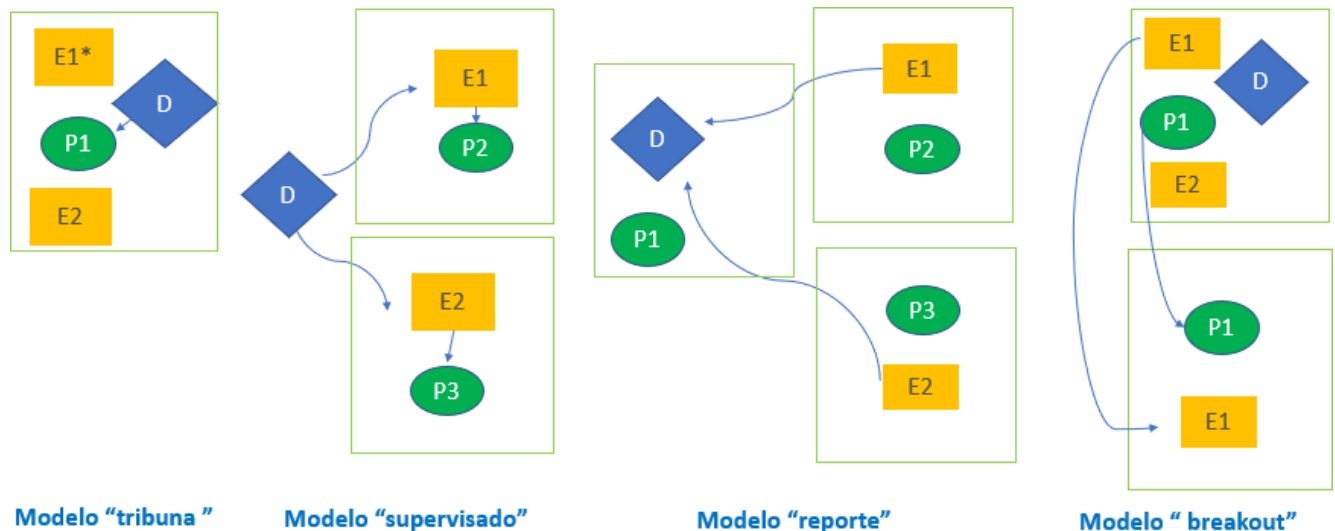


D: docente; P: paciente; E: estudiante.

La denominación P1, P2, etc. corresponde a paciente número, paciente número 2, etc.

Fuente: elaboración propia, a partir de Dent (2005).

Figura 2. Características de los diferentes modelos de organización e interacción de consulta: interacción un docente-varios estudiantes



D: docente; P: paciente; E: estudiante.

Fuente: elaboración propia, a partir de Dent (2005).

2.6. Aspectos conceptuales en la construcción del estudio

2.6.1. Construcción del diseño del estudio

Este proyecto es un estudio cualitativo con enfoque de estudio de caso que incorporó múltiples fuentes de datos, ya que permite estudiar el fenómeno (en este caso, las EE en el ámbito ambulatorio) y explorar ese objeto en su contexto natural. Dado que la enseñanza en el consultorio es un asunto complejo, no se pretenderá buscar la "verdad" (búsqueda de esa única y mejor estrategia para enseñar en el ámbito ambulatorio), sino comprender cómo enseña el profesional allí y por qué toma la decisión de enseñar de esa forma (Lingard & Kennedy, 2010).

Por medio de este enfoque se analiza profundamente un sistema cerrado, o en palabras de Stake ER, "acotado", en este caso el sistema es "prácticas formativas en un centro ambulatorio de atención primaria"(Stake, 1999).

Tiene un valor intrínseco para la institución donde se desarrolla, pero además es un insumo a efectos de entender cómo sucede la enseñanza en general en el ámbito ambulatorio y cómo optimizarla con estrategias efectivas (carácter instrumental). (Stake, 1999).

No obstante lo anterior, se necesita la triangulación como método de análisis de datos, pues a través de ella se conocieron las diferentes perspectivas (docente-estudiante), con el fin de aumentar la validez y consistencia de los hallazgos (Stake, 1999, Álvarez & San Fabián, 2012; Lingard & Kennedy, 2010). El tipo de triangulación usada fue, por un lado, metodológica, pues se utilizaron varios métodos para describir el fenómeno: encuesta, grupos focales y entrevistas; por otro, a partir de las encuestas individuales y de grupos focales, se recibió la información desde diferentes fuentes (docentes y estudiantes) para conocer las diferentes perspectivas (docente- estudiante) con el fin de aumentar la validez y consistencia de los hallazgos (Gómez- Restrepo & Benavides, 2005).

Finalmente, siendo este un estudio de corte cualitativo, se pretende cumplir las características propias de este tipo de estudios descritas por Stake RE: holístico (es orientado al caso como se describió), empírico (tiene un campo de observación definido, este caso el sistema descrito será objeto de técnicas que permiten identificar el objeto del estudio), interpretativo (las interpretaciones están validadas por la triangulación y se reconoce una relación entre investigador- sujeto) y empático (se atiende la intencionalidad de los actores) (Stake, 1999).

2.6.2. Definición de dominios, técnicas de entrevista y construcción de los instrumentos

De acuerdo con la pregunta de investigación, el marco conceptual y las áreas clave identificadas previas, se establecieron los siguientes dominios de interés:

- Secuencia de actividades en la estrategia de enseñanza en consulta.
- Factores que determinan la elección de la estrategia.
- Actividades delegadas y factores que determinan la delegación.
- Experiencia en la implementación de la estrategia.
- Retroalimentación como elemento clave en la estrategia.

- Diferencias entre novatos y experimentados.
- Patrones comunes de estrategia de enseñanza entre disciplinas y entre pares.

2.6.3. Definición de técnicas de entrevista y construcción de instrumentos

Una vez definidos los dominios, se revisaron las técnicas de entrevista que se iban a utilizar, con la justificación de su utilidad y pertinencia para fines del proyecto. A continuación, se listan las técnicas que se definieron en cada caso, su justificación y alcance:

Entrevistas individuales semiestructuradas con estudiantes. El objetivo de esta estrategia es abordar con profundidad los siguientes aspectos: la secuencia de actividades percibida por el estudiante en la consulta ambulatoria; las ventajas y limitaciones percibidas de esa estrategia; la valoración sobre involucramiento con el paciente y grados de participación en las actividades de la consulta; así como la supervisión, percepción de retroalimentación (si lo hay) y, en general, si lo realizado allí permite a su juicio desarrollar la competencia declarada en los objetivos de la rotación. Se describe el alcance de esta herramienta en la tabla 7. El número de estudiantes que se entrevistaron se encuentra en la figura 3.

Tabla 7. Descripción del alcance del instrumento “Entrevistas individuales a estudiantes”

Alcance de las entrevistas individuales a estudiantes
<ul style="list-style-type: none"> • Permite la aproximación a la percepción del estudiante sobre lo que hace el docente (contraste estudiante o docente). • Permitirá valorar las ventajas y desventajas que el estudiante percibe de las diferentes estrategias de enseñanza. • Disminuye la brecha informativa entre los diferentes tipos de estudiantes (pasivos vs. activos). • Control de sesgos de participación, selección e información.

Fuente: elaboración propia.

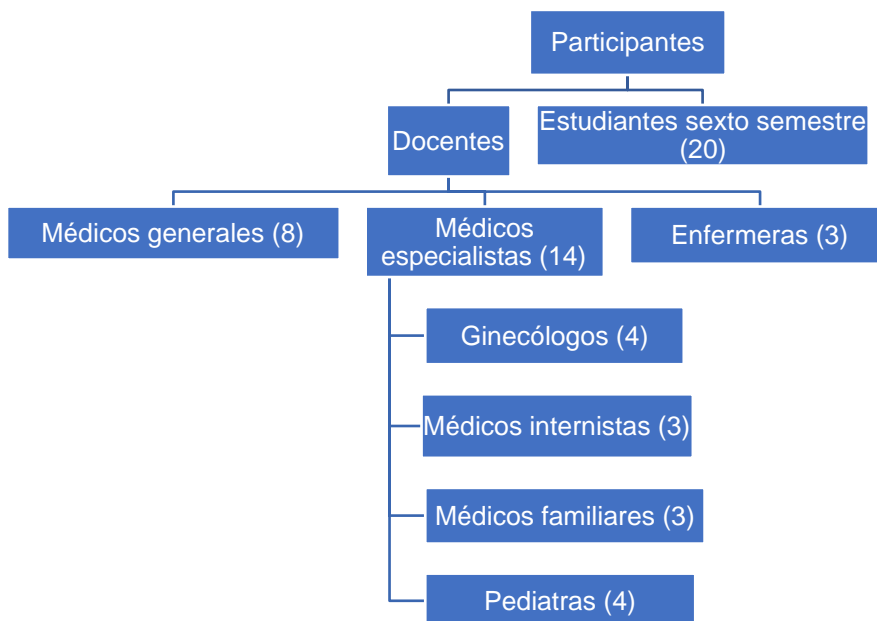


Figura 3. Población objeto y muestreo no probabilístico por cuotas con la descripción de cada grupo

Grupos focales con profesionales. Tuvieron como objeto determinar las diferencias o los patrones entre profesionales de la misma área en la enseñanza ambulatoria. Esto fue de utilidad para responder si la disciplina es un factor que influye en la toma de decisión sobre qué estrategia utilizar en la consulta. En total, fueron seis grupos focales (medicina interna, medicina familiar, ginecología, pediatría, médicos generales y enfermería). El número de profesionales para cada grupo focal es de máximo seis. Hay grupos como medicina interna donde solo hay tres profesionales por disciplina, porque es el recurso humano de la institución. En la tabla 8 se explica el alcance de esta herramienta.

Tabla 8. Descripción del alcance del instrumento “Grupos focales con profesionales”

Alcance de los grupos focales con especialistas
<ul style="list-style-type: none"> • Evidenciar preferencias de los docentes. • Identificar estrategias y dinámicas de trabajo implícitas y explícitas. • Identificar obstáculos de la enseñanza en escenarios ambulatorios comunes. • Evidenciar formas de trabajo colaborativo.

Fuente: elaboración propia.

Entrevistas individuales en profundidad semiestructuradas por disciplinas. Esta última estrategia fue opcional y solo se aplicó para algunos docentes, donde se evidenció en el grupo focal la necesidad de caracterizar con mayor detalle las particularidades individuales de la forma en que enseñan en consulta. Su utilidad se dio para contrastar información entre la experiencia grupal e individual y disminuir el sesgo de información.

Los instrumentos se construyeron (tanto para los grupos focales como para las entrevistas) a través de los siguientes pasos, sugeridos y adaptados de la literatura (Álvarez & San Fabián, 2012; Lingard & Kennedy, 2010):

- Elaboración del guion de temas: en este punto se tomó como punto de partida los dominios predefinidos y se listaron los temas de lo general a lo específico (tabla 9).
- Listado de preguntas sobre temas: a partir de estos, se listan las preguntas para que haya cobertura del 100% de los temas definidos en los dominios. El orden se mantiene de los temas más generales a los más particulares. En las tablas 10 y 11 se listan las preguntas y cómo cada una responde a los temas definidos en la tabla 9.

Tabla 9. Guion de temas y numeración definidos a partir de los dominios

Numeración	Tema
1	Estrategias de enseñanza usadas habitualmente
2	Secuencia de actividades en la estrategia
3	Factores para elegir la o las estrategias que utilizan
4	Diferencias (si las hay) en las estrategias usadas con estudiantes y residentes
5	Delegación de actividades en el proceso de enseñanza en consulta
6	Percepción de utilidad de la estrategia propia y de los demás
7	Barreras de la estrategia usada y de los demás
8	Identificación de acuerdos explícitos entre pares sobre la estrategia usada
9	Patrones de enseñanza en común y divergentes en el grupo segmentado

Fuente: elaboración propia.

- Ajuste cognitivo de las preguntas: una vez planteadas las preguntas, se hace un primer ajuste de la apariencia de las preguntas entre el investigador y tutor, aspecto que se reforzará en el piloto.
- Diseño de cuestionarios: durante el diseño de preguntas para entrevistas y grupos focales, se evidenció la necesidad de recolectar información (variables cuantitativas, como las demográficas) previo a la aplicación de instrumentos cualitativos, con el fin de optimizar y dirigir los grupos focales a los aspectos cualitativos, objeto principal del estudio. Se define realizarse vía correo electrónico con este formato de encuesta (formulario Forms de Microsoft), aplicando una escala tipo Likert de frecuencia cuando aplica. Se realizará el piloto para validación de apariencia (anexos 4 y 5).

Tabla 10. Preguntas formales y ajustadas realizadas en las entrevistas a estudiantes

Tema asociado	Pregunta formal
1, 2	Describa la secuencia de actividades de la estrategia de enseñanza que haya identificado en las consultas de... ¿Cómo se realiza la retroalimentación de las actividades de la consulta?
3, 5	¿Cómo evalúa la delegación de actividades en la consultas de...? ¿Existen diferencias en la delegación de actividades entre docentes? ¿Cuáles? ¿Como cree que debería ser el proceso de delegación?
6, 7	De lo que ha visto en su rotación, ¿qué forma de enseñanza en consulta le parece que contribuyó mejor a su aprendizaje? Descríbala. ¿Qué la hace exitosa? De lo que ha visto en su rotación, ¿qué estrategia de enseñanza en consulta le parece que NO contribuyó de manera significativa a su aprendizaje? Descríbala. ¿Qué la hace menos exitosa?
6, 7	¿Qué fortalezas encuentra, en general, en la enseñanza en consulta en Javesalud? ¿Qué debilidades encuentra, en general, en la enseñanza en consulta en Javesalud?

Fuente: elaboración propia.

- Verificación de triangulación de la información: con el fin de asegurar que se pueda triangular la información de docentes y estudiantes para dar respuesta a los objetivos del proyecto, se agruparon las preguntas realizadas a los docentes y a los estudiantes en cada dominio. La tabla 12 evidencia cómo se realizará la triangulación de la información.

- Elaboración consentimiento informado: ver sección de aspectos éticos y anexo 6.
- Grupo focal y entrevistas piloto: se establece realizar un grupo focal piloto y una entrevista piloto con el objetivo de evaluar la claridad de las preguntas, los tiempos de la actividad y todos los aspectos de contenido, procedimentales y logísticos de la implementación de las herramientas. Para este ejercicio se invitó a profesionales de la salud que hayan tenido estudiantes en práctica en Javesalud y que estén hoy en cargos no asistenciales y a estudiantes que estuvieran activos en la práctica. Ver anexos 7 y 8.
- Preparación y desarrollo de las reuniones: se define la forma de captación e invitación de participantes, como correo electrónico desde la dirección de operaciones o dirección médica de la institución, bloqueo en agendas de estudiantes y docentes para las reuniones, preparación de salón, plataforma Teams, grabadora para sesiones, y se definen las fases de las reuniones (introducción, preparación, debate y clausura), las cuales se detallan en los anexos 7 y 8.
- Identificar los factores que podrían estar implicados en la elección de las EE utilizadas en un escenario de práctica ambulatoria.
- Determinar patrones de prácticas de enseñanza que estén alineados con técnicas descritas en la literatura y que pudieran ser susceptibles de ser afinadas y adaptadas para el mejoramiento de la enseñanza clínica en la institución.

Tabla 11. Preguntas formales y temas asociados definidas para los docentes

Tema asociado	Preguntas formales
1	¿Podrían describir qué estrategias usan hoy para la enseñanza en el consultorio?
4	¿Existen diferencias en la estrategia de enseñanza que usan en consulta para residentes y estudiantes? ¿Qué diferencias hay?
2	Describan en orden secuencial las actividades más frecuentemente realizadas durante la consulta con estudiantes.
4	Identifique diferencias en las estrategias de enseñanza que usa con estudiantes y residentes.
1	¿Cómo se ofrece la retroalimentación de las actividades?
3	¿Qué factores consideran que han hecho definir su secuencia de actividades en el orden y con la descripción que hacen?
3	¿Alguna vez ha experimentado una estrategia para enseñar en consulta que haya tenido que modificarla en el camino? ¿Qué lo hizo modificar?
5	¿Qué actividades delega con facilidad en esa secuencia de actividades?
5	¿Cuáles actividades no delega fácilmente y qué razones da para no poder delegarlas?
7	¿Qué barreras identifica para el desarrollo e implementación de su estrategia de enseñanza?
7	¿Qué dificultades ha tenido durante la implementación de su forma de enseñar?
9	¿Qué similitudes y diferencias entre las estrategias de enseñanza encontraron en sus pares el día de hoy?
9	¿Qué diferencias y retos concretos considera que tiene su disciplina en la enseñanza en consulta comparado con otras disciplinas? Si ha tenido experiencia de enseñanza en consulta en otras instituciones, ¿qué patrones encuentra en común con lo que hace aquí? ¿Qué diferencias?
6	¿Qué fortalezas y debilidades reconoce en su estrategia de enseñanza?
6	¿Cree que su estrategia podría ser mejorada?

Tabla 12. Evidencia de triangulación de la información

Dominio	Pregunta docente	Pregunta estudiante
Estrategias de enseñanza usadas habitualmente	<p>¿Podrían describir qué estrategias usan hoy para la enseñanza en el consultorio? (GF)</p> <p>¿Cómo se realiza la retroalimentación de las actividades de la consulta? (GF)</p> <p>¿Usted explica la dinámica de la consulta y la forma de participación de sus estudiantes antes de iniciar la jornada? (Cu)</p> <p>¿Es común que usted deje tareas sobre los temas vistos en la consulta posterior a la jornada? (Cu)</p> <p>¿Cuándo realiza la retroalimentación de las actividades? (Cu)</p> <p>¿Cómo considera la calidad de la retroalimentación diaria que le da al estudiante sobre su desempeño? (Cu)</p>	<p>¿Su docente le explica la dinámica de la consulta y su forma de participación antes de iniciar la jornada? (Cu)</p> <p>¿Su docente le explica la dinámica de la consulta y su forma de participación de iniciar la jornada? (Cu)</p> <p>¿Cómo considera la calidad de la retroalimentación diaria sobre su desempeño en la consulta durante esta rotación? (Cu)</p> <p>¿Es común dejar tareas sobre los temas vistos en la consulta, posterior a la jornada de consulta? (Cu)</p> <p>Si en la anterior pregunta identificó tareas posteriores a la consulta, ¿puede describir cuál o cuáles son? (Cu)</p> <p>¿Cuándo se realiza la retroalimentación de las actividades? (Cu)</p>
Secuencia de actividades en la estrategia	<p>Describan en orden secuencial las actividades más frecuentemente realizadas durante la consulta con estudiantes (GF).</p> <p>¿Cómo ofrecen la retroalimentación de las actividades? (GF)</p>	<p>Describa la secuencia de actividades de la estrategia de enseñanza que haya identificado en las consultas de... (EI)</p> <p>¿Cómo se realiza la retroalimentación de las actividades de la consulta? (EI)</p>
Diferencias en las estrategias usadas con estudiantes y residentes	<p>¿Existen diferencias en la estrategia de enseñanza que usan en consulta para residentes y estudiantes? ¿Qué diferencias hay? (GF)</p>	<p>NA</p>
Delegación de actividades en el proceso de enseñanza en la consulta	<p>¿Qué actividades delega con facilidad en esa secuencia de actividades? (GF)</p> <p>¿Cuáles actividades no delega fácilmente y qué razones da para no poder delegarlas? (GF)</p> <p>¿Cómo califica la delegación de actividades que realiza con sus estudiantes en la consulta de la consulta? (Cu)</p> <p>¿Cómo califica su supervisión de las actividades que delega en los estudiantes? (Cu)</p>	<p>¿Cómo evalúa la delegación de actividades en la consulta de...? (EI)</p> <p>¿Existen diferencias en la delegación de actividades entre docentes? ¿Cuáles? (EI)</p> <p>¿Cómo cree que debería ser el proceso de delegación? (EI)</p> <p>¿Cómo califica, en general, la delegación de actividades que realiza en la consulta? (Cu)</p> <p>¿Cómo califica la supervisión que recibe de las actividades que le son delegadas? (Cu)</p>

<p>Percepción de utilidad de la estrategia propia y de los demás</p>	<p>¿Qué fortalezas y debilidades reconoce en su estrategia de enseñanza? (GF)</p> <p>¿Cree que su estrategia podría ser mejorada? (GF)</p> <p>¿Le ha llamado la atención algunas de las actividades que realizan sus compañeros? ¿Cuáles y por qué? (GF)</p>	<p>De lo que ha visto en su rotación, ¿qué forma de enseñanza en consulta le parece que contribuyó mejor a su aprendizaje? Descríbala. ¿Qué la hace exitosa?</p> <p>De lo que ha visto en su rotación, ¿qué estrategia de enseñanza en consulta le parece que NO contribuyó de manera significativa a su aprendizaje? Descríbala. ¿Qué la hace menos exitosa?</p>
<p>Barreras de la estrategia usada y de los demás</p>	<p>¿Qué barreras identifica para el desarrollo e implementación de su estrategia de enseñanza? (GF)</p> <p>¿Qué dificultades ha tenido durante la implementación de su forma de enseñar? (GF)</p>	<p>¿Qué fortalezas encuentra en general en la enseñanza en consulta en Javesalud? (EI)</p> <p>¿Qué debilidades encuentra en general en la enseñanza en consulta en Javesalud? (EI)</p>
<p>Identificación de acuerdos explícitos entre pares sobre la estrategia usada</p>	<p>Como grupo disciplinar, ¿han establecido previamente algún tipo de acuerdo o estilo para la estrategia de enseñanza en la consulta? (GF)</p>	<p>NA</p>
<p>Patrones de enseñanza en común y divergentes en el grupo segmentado</p>	<p>¿Qué similitudes y diferencias entre las estrategias de enseñanza encontraron en sus pares el día de hoy? (GF)</p> <p>¿Qué diferencias y retos concretos considera que tiene su disciplina en la enseñanza en consulta, comparado con otras disciplinas? (GF)</p>	<p>¿Ha reconocido algún tipo de patrón, estilo o forma de enseñanza en consulta que sea frecuente entre los profesionales de Javesalud? (EI)</p>

GF: grupo focal; EI: entrevista individual; Cu: cuestionario.

2.7. Pregunta de investigación

2.7.1. Pregunta general

En el ámbito de una institución de cuidado primario ambulatorio (Javesalud), ¿cuáles son las estrategias de enseñanza que se utilizan con estudiantes de sexto semestre de medicina durante el periodo 2018-2020?

2.7.2. Preguntas específicas

¿Existen diferencias entre la percepción que tienen estudiantes y docentes sobre las estrategias de enseñanza implementadas en Javesalud?

¿Qué factores podrían estar implicados en las diferencias de percepción existentes entre las estrategias de enseñanza utilizadas en un centro de atención ambulatoria?

¿Qué técnicas de enseñanza son más utilizadas en estas estrategias y cuál es su percepción en la implementación?

2.8. Objetivos de investigación

2.8.1. Objetivo general

Caracterizar las estrategias de enseñanza en el ámbito ambulatorio de una institución de cuidado primario en Colombia (Javesalud) para estudiantes de medicina de sexto semestre entre 2018 y 2020.

2.8.2. Objetivos específicos

- Describir la secuencia de actividades y los elementos que caracterizan las estrategias de enseñanza (EE) de diferentes grupos de docentes clínicos que son implementadas con estudiantes de sexto semestre del programa de Medicina.
- Reseñar la percepción de las oportunidades de aprendizaje de estudiantes y docentes en relación con las diferentes EE utilizadas en Javesalud.

3. Métodos

3.1. Diseño

Estudio cualitativo con enfoque en estudio de caso.

3.2. Muestra: estrategia de muestreo, población blanco y tamaño

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas. En este se aseguró una representación equitativa y representativa de cada grupo de sujetos involucrados en el estudio. Estos grupos dentro de cada población de interés se describen en la figura 3. El muestreo y el número de grupos focales y entrevistas estuvieron sujetas a la saturación de las categorías. En síntesis, los sujetos participantes fueron:

- Estudiantes de sexto semestre, entre 2018 y 2020 (prepandemia por COVID-19).
- Docentes (Turocy, 2016), divididos entre el grupo de novatos (docentes con menos de dos años de experiencia) y el grupo de experimentados (docentes con más de dos años de experiencia).

3.3. Recolección de datos

- Actividades ejecutadas: se realizaron 36 encuestas (24 a docentes y 12 a estudiantes), 6 grupos focales a grupos de disciplinas, 12 entrevistas individuales a estudiantes y 6 entrevistas adicionales individuales con algunos docentes para profundizar en algunos aspectos de sus estrategias de enseñanza. Se utilizó la plataforma Teams® de Microsoft para la ejecución virtual de estas técnicas, dada la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Captura, transcripción y organización de información: a través de grabación digital y transcripción manual. Se realizaron grabaciones mediante Teams y el formato WAV. Los archivos se organizaron en el *software* Atlas.ti Cloud v1.5.3 2020-2021. A cada estudiante y docente se le asignó un código consistente en una letra y número. En el caso de los estudiantes, se identificaron con la letra E (E1 a E12); en el caso de los docentes, según disciplina: ENF (enfermera), MI (medicina interna), GO (ginecobstetras), MF (médicos familiares) y P (Pediatras).

- Las secuencias de actividades resultantes de la descripción realizada por cada docente fueron diagramadas usando el *software* Diagrams.net (anexo 9).

3.4. Variables de estudio

En la tabla 13 se reseñan las variables demográficas que se tuvieron en cuenta para caracterizar la población de estudio (docentes y estudiantes).

Tabla 13. Variables del estudio, descripción y tipo

Variable	Definición	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos en el momento de la ejecución del estudio	Cuantitativa continua
Sexo	Femenino o masculino	Cualitativa nominal
Nivel de estudio completado del docente	Pregrado, especialidad médico-quirúrgica, segunda especialidad médico-quirúrgica, maestría, otros posgrados	Cualitativa ordinal
Categoría según experiencia en enseñanza clínica	Novato (menos de dos años) o experimentado (más de dos años)	Cualitativa ordinal
Experiencia laboral	Años de ejercicio profesional en el momento de la realización del estudio	Cualitativa continua

Fuente: elaboración propia.

3.5. Determinación de los dominios

De acuerdo con la pregunta de investigación, el marco conceptual y las áreas clave identificadas previas y durante el trabajo de campo establecen estos dominios de interés:

- Secuencia de actividades en la estrategia de enseñanza en consulta.
- Factores que determinan la elección de la estrategia.
- Actividades delegadas y factores que determinan delegación en la implementación de la estrategia.
- Experiencia en la implementación de la estrategia.
- Retroalimentación como elemento clave en la estrategia.

- Diferencias entre novatos vs. experimentados.
- Patrones comunes de estrategia de enseñanza entre disciplinas y entre pares.

3.6. Plan de análisis

- Codificación de la información: se construyeron y definieron las categorías a partir de los dominios explicados, y así se procedió a etiquetar con códigos los fragmentos de texto derivados de las entrevistas y grupos focales. Los diagramas de cada secuencia de actividades hicieron parte de la codificación en la categoría *tipo estrategia* (TE) (tabla 12). El análisis de datos cualitativos fue realizado mediante *software* Atlas.ti Cloud v1.5.3 2020-2021.
- Los relatos se codificaron con la abreviatura de la categoría-el código del participante-número del comentario, separados por números, por ejemplo: TT.E1.1 (técnica de enseñanza-estudiante 1-comentario 1), por ejemplo, TEP.MG.2 correspondería a tipo de estrategia pares-médico general-comentario 2 (tabla 14).
- Una vez hecha la codificación, se procedió a integrar la información con el análisis dentro de cada categoría y entre categorías para, finalmente, conformar el constructo teórico de los resultados.
- Los datos cuantitativos se analizaron a través del *software* estadístico Epi-info™ versión 7; así mismo, se realizó la descripción demográfica de cada población estudiada. Las variables nominales y ordinales se describieron mediante frecuencias y porcentajes.

Tabla 14. Dominios, categorías definidas y nomenclatura establecida

Dominio	Categorías	Definición categoría
Secuencia de actividades en la estrategia de enseñanza en consulta	Organización (O)	Hace referencia al modelo de organización de la estrategia de acuerdo con la literatura Interacción docente-estudiante (IDE) Interacción docente-varios estudiantes (IDVE)
	Tipo de técnica (TT)	Patrón al cual se asemeja más la secuencia de actividades descrita por cada profesional con las revisadas en la literatura:

		Demostración activa (DA), Presentación de caso (PC) Reconocimiento patrones (RP), OMP, OMP plus, SNAPPS
	Microhabilidad OMP (MH1-MH6)	Tipo de MH de OMP u OMP <i>plus</i> usadas en la secuencia de actividades descrita por cada profesional. Véase definición de MH1 a MH6 en la tabla 6.
Patrones comunes de estrategia de enseñanza entre disciplinas y entre pares	Organización de pares (OP)	Tendencia o acuerdo de modelo de organización de enseñanza por grupos de disciplinas.
	Tipo de estrategia pares (TEP)	Patrón de estrategia de enseñanza de uso común entre pares.
	Acuerdos pares (AP)	Estilos, técnicas o estrategias de enseñanza clínica ambulatoria acordadas tácita o explícitamente entre pares de grupos de disciplina.
Factores que determinan la elección de la estrategia	Factor estudiante (FE)	Factores que determinan la elección de la estrategia de enseñanza clínica ambulatoria asociados con el estudiante. Incluye nivel de formación: estudiante vs. residente.
	Factor docente (FD)	Factores que determinan la elección de la estrategia de enseñanza clínica ambulatoria asociados con el docente (por ejemplo, escuela donde fue formado).
	Factor paciente (FP)	Factores que determinan la elección de la estrategia de enseñanza clínica ambulatoria asociados con el paciente (por ejemplo, neonato vs. adulto mayor).
	Factor contexto (FC)	Factores que determinan la elección de la estrategia de enseñanza clínica ambulatoria asociados con el contexto (por ejemplo, sistema de historia clínica).
Supervisión, actividades delegadas y factores que determinan la delegación	Factores que determinan la delegación (FDEL)	Factores que determinan la delegación en la implementación de la estrategia de enseñanza clínica ambulatoria asociados con el estudiante. Se señalarán allí los FD que dependen del estudiante, del docente, del paciente y del contexto.
Retroalimentación como elemento clave en la estrategia	Percepción retroalimentación (PR)	Se explora la forma, el momento y la suficiencia en que se hace la retroalimentación en la consulta ambulatoria, desde la perspectiva del docente y desde el estudiante.
	Retroalimentación en estrategia de enseñanza (RE)	Se explora la integración de la retroalimentación en las diferentes estrategias descritas por cada profesional.
Diferencias novatos vs. experimentados	Percepciones estrategia N-E (NE)	Se pretende revisar si hay percepciones diferentes de la experiencia de aprendizaje con novatos vs. experimentados.
	Estrategia N-E	Se analiza si hay diferencias en el uso de estrategias entre novatos y experimentados

Fuente: elaboración propia.

3.7. Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones del sitio donde fue ejecutado (Javesalud). La regulación normativa en Colombia considera este estudio sin riesgo; no obstante, es importante exponer algunas consideraciones que se tuvieron en cuenta durante su ejecución (Ministerio de Salud, Resolución 8430 de 1993). Dada la condición de jerarquía del investigador principal sobre estudiantes y docentes con el riesgo que esto implica de subordinación e influencia indebida para participar, se contó con el apoyo de un antropólogo que condujo la mayoría de las entrevistas y grupos focales. Se acudió, además, a estudiantes que preferiblemente hubieran finalizado recientemente sus rotaciones (menos de un mes) y que se les hubiera entregado su evaluación final, de tal manera que estuvieran “liberados” de la presión de participar o de manifestar de forma libre sus percepciones en los grupos focales y entrevistas.

Así mismo, el proceso de consentimiento informado (anexo 6) y la invitación a participar fue llevada a cabo por una persona de la institución, externa al proyecto, para mitigar el riesgo de influencia indebida por la situación de subordinación explicada.

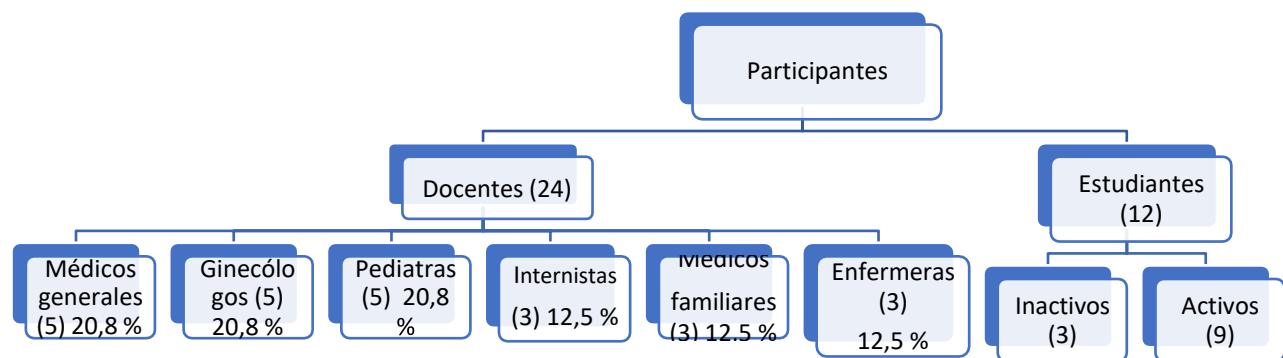
Por último, se invitó a un estudiante al Comité de Ética en Investigaciones para deliberar sobre la aprobación del proyecto, tal como lo señala los artículos 45 y 46 de la Resolución 8430 de 1993, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Toda la información recolectada está guardada y custodiada en un único equipo institucional con copia de seguridad, al cual solo tiene acceso el investigador y el tutor. Para fines de la publicación y divulgación de estos resultados, se anonimizaron los participantes.

4. Resultados y análisis

4.1. Descripción de la población participante

Docentes. Se obtuvo la participación de 24 profesionales de la Fundación, distribuidos por disciplina como se evidencia en la figura 4. De ellos, 18 son de sexo femenino y 6 son de sexo masculino. Su experiencia laboral en su campo disciplinar es de más de 2 años, en el 95,8% de los casos para el momento de aplicación de grupos focales y entrevistas (2019 y primer trimestre del 2020). El tiempo de experiencia de enseñanza clínica global de más de 2 años fue del 91,7% (en escenarios hospitalarios, ambulatorios, mixtos) y el tiempo de enseñanza clínica ambulatoria de más de 2 años en Javesalud fue del 87,5% (tabla 15).

Figura 4. Población participante en el estudio



Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Tiempo de experiencia laboral y de enseñanza clínica en los docentes

Años experiencia	Experiencia laboral (%)	Enseñanza clínica (%)	Enseñanza ambulatoria (%)
Entre 2 años y 5 años	12,5	16,7	37,5
Más de 5 años	83,3	75,0	50,0
Menos de 2 años	4,2	8,3	12,5

Fuente: elaboración propia.

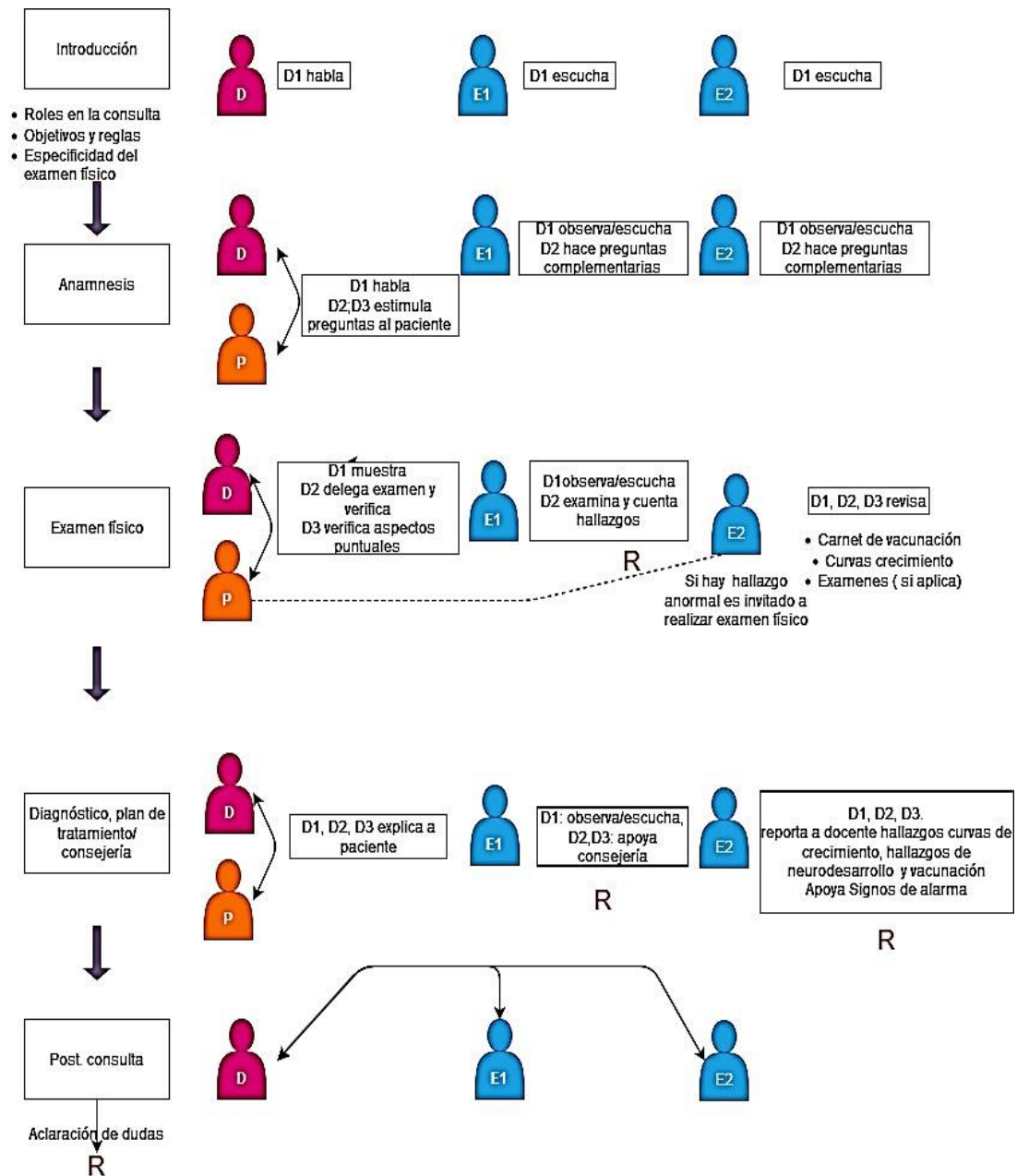
Estudiantes. Participaron 12 estudiantes, de ellos 9 mujeres y 3 hombres. De estos, 9 rotaban activamente en el momento de las entrevistas y los otros 3 ya se encontraban en semestres superiores (estudiantes que habían tenido su práctica en Javesalud de la misma forma que los estudiantes activos entre el 2019 y el primer tercio de semestre del 2020), como se puede ver en la figura 4. La distribución de sexo en ambos grupos obedece a la proporción general de hombres y mujeres en el programa de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y en la planta docente-asistencial de Javesalud.

Es importante anotar que las entrevistas y grupos focales de docentes y estudiantes se hicieron con referencia al periodo prepandemia por la COVID-19. En el 100% de los casos de estudiantes, se aseguró que hubiesen rotado en al menos dos de las prácticas evaluadas y que se tuviera un cubrimiento equitativo en las preguntas para cada disciplina de docentes de la rotación (medicina familiar, ginecología, pediatría, enfermería y medicina interna).

4.2. Caracterización de las estrategias de enseñanza clínica

A efectos de responder al objetivo principal del trabajo, se describen las estrategias de enseñanza (EE) en sus diferentes fases: preclínica, clínica, posclínica (Beach, 2017). Todos los resultados están enmarcados en los referentes teóricos descritos como las fases de la consulta, modelo de organización, tipo de interacción y técnicas de enseñanza, conceptos no conocidos por los docentes previamente a este estudio. Cada secuencia descrita fue plasmada en un diagrama para facilitar la visualización y para poder inferir de ahí el patrón de la técnica de enseñanza (TE) a la cual pertenecía. En la figura 5 se evidencian los diferentes momentos de la consulta: introducción, anamnesis, examen físico, diagnóstico/tratamiento (fase clínica) y la posconsulta (fase posclínica), descritos por un docente de pediatría. En cada momento se especifica la actividad del docente (D), el rol del estudiante (E1) o estudiantes (E2 cuando hay dos estudiantes en una consulta) y el paciente (P). Las denominaciones D1, D2 y D3 corresponden al día 1 de práctica con ese docente, día 2 y día 3, respectivamente. La denominación *R* corresponde al momento de la retroalimentación.

Figura 5. Secuencia de actividades de consulta de pediatría de uno de los participantes del estudio



Fuente: elaboración propia.

Nomenclatura: Docente (D), Estudiante 1 (E1) Estudiante 2 (E2), Paciente (P); día 1 de práctica (D1), día 2 de práctica (D2), día 3 de práctica (D3); retroalimentación (R).

4.2.1. Fase preclínica de las estrategias de enseñanza

Aquí se describirán tres elementos fundamentales que hacen parte de esta fase: el tipo de interacción docente-estudiante, el modelo de organización de la consulta y los

determinantes que hacen que un docente opte por la implementación de una TE u otra, previa a la fase clínica. En la tabla 18, al final del capítulo, se presenta una síntesis de los resultados y análisis de este capítulo.

4.2.1.1. Tipo de interacción y modelo de organización de consulta

En cuanto al tipo de interacción descrita en el marco teórico (tabla 6, figuras 1 y 2), la mayoría correspondió a *un docente-varios estudiantes*, excepto las consultas de ginecología y toma de citología, donde la interacción es *docente-un estudiante*. Para las consultas que tienen un tipo de interacción *un docente-varios estudiantes*, la mayoría de los modelos son del tipo tribuna. Para el tipo de interacción *un docente-un estudiante* predomina el modelo *sitting model*. En la tabla 16 se aprecian los resultados derivados de este análisis.

Tabla 16. Caracterización de tipos de interacción y modelos de organización de consulta

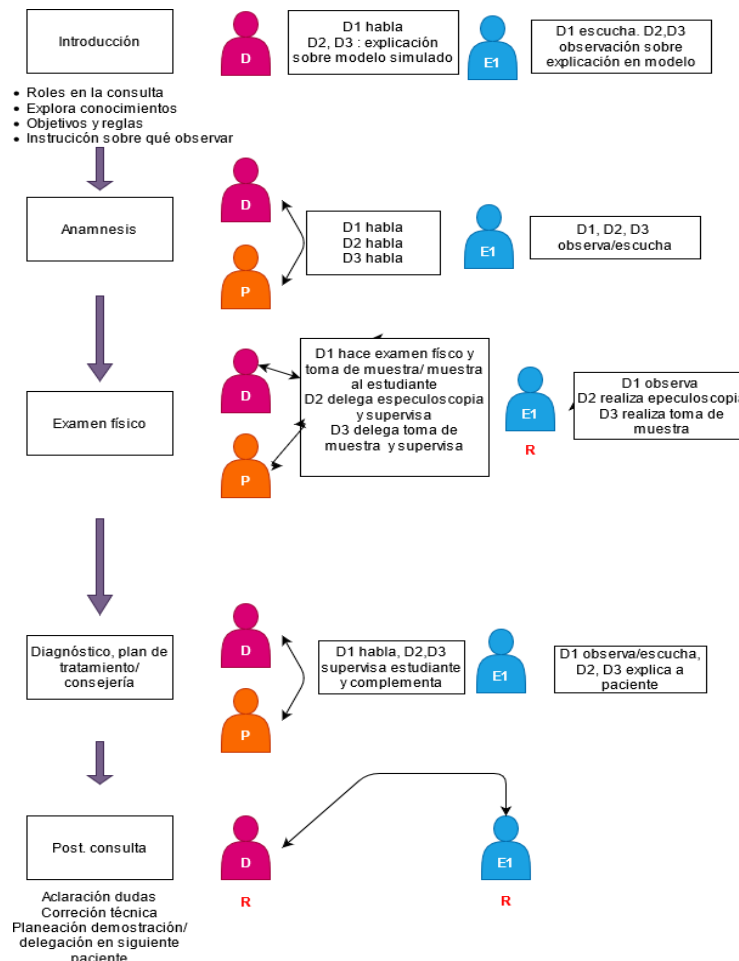
Disciplina	Tipo de interacción	Modelo(s)
Medicina general	IDVE	1. Modelo tribuna 2. Modelo supervisado
Enfermería	IDE/IDVE	1. <i>Sitting model</i> (1:1) 2. Modelo de aprendizaje (1:1) 3. Modelo supervisado (1.2)
Pediatría	IDVE	1. Modelo tribuna 2. Modelo supervisado
Ginecología	IDE	1. <i>Sitting model</i>
Medicina familiar	IDVE	1. Modelo supervisado 2. Modelo tribuna
Medicina interna	IDVE	1. Modelo tribuna

IDVE: interacción un docente-varios estudiantes; IDE: Interacción un docente-un estudiante.

Fuente: elaboración propia.

No se identificaron otras modalidades, como el modelo de miembro de equipo, modelo de reporte o *breakout* (Dent, 2005; Hunt Carl et al., 1999). Para dar mayor claridad de lo descrito, se dan algunos ejemplos. En la figura 6 se identifica en el modelo correspondiente a una interacción *un docente-un estudiante* en el que en el primer día prima el *sitting model* y en los siguientes días se trata de un modelo tipo aprendizaje (Dent, 2005).

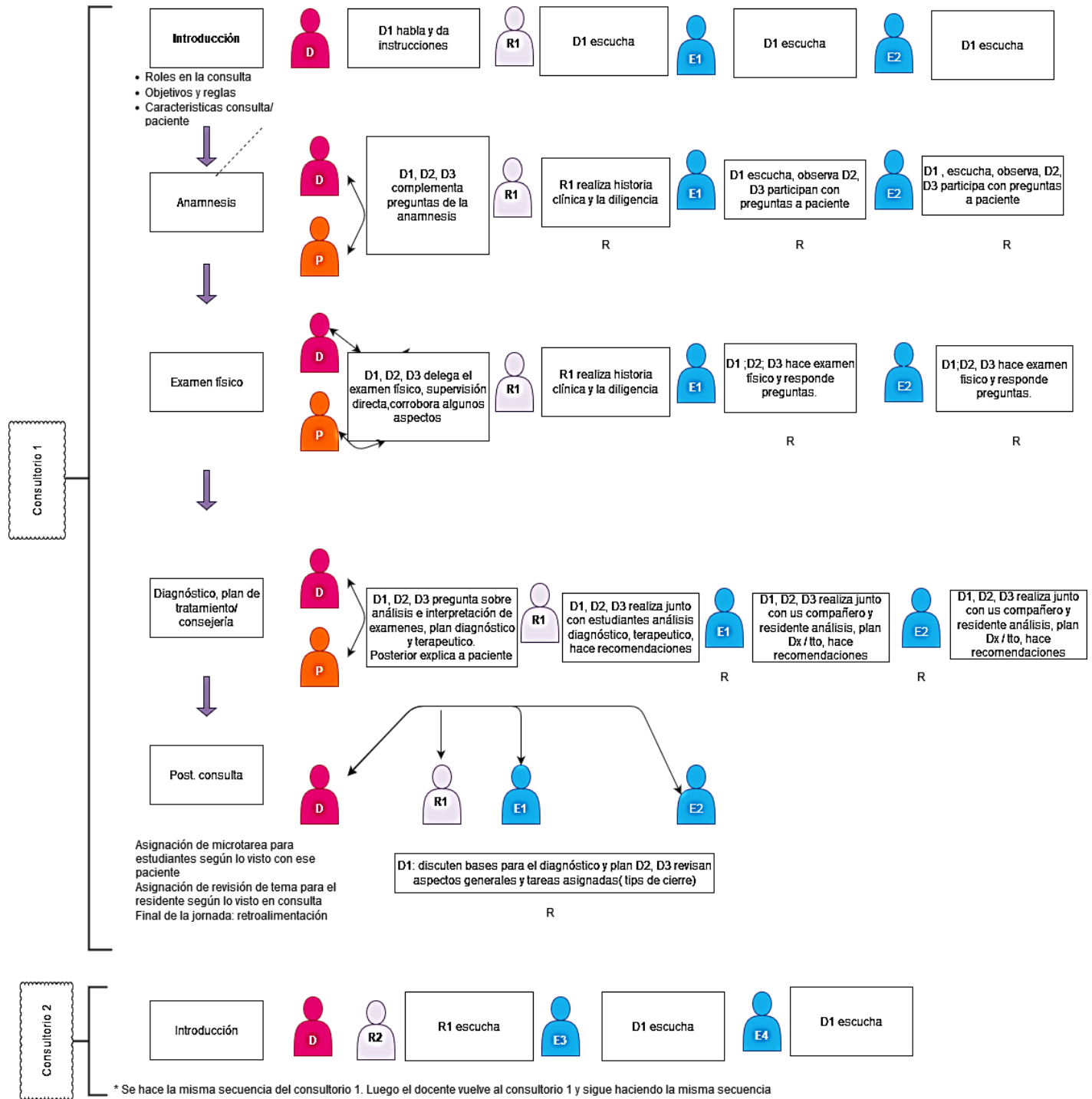
Figura 6. Secuencia ejemplo de una interacción un docente-un estudiante. El primer día prima el modelo sitting model



Fuente: elaboración propia. Nomenclatura: Docente (D), Estudiante 1 (E1) Estudiante 2 (E2), Paciente (P); día 1 de práctica (D1), día 2 de práctica (D2), día 3 de práctica (D3); retroalimentación (R). Nota: se evidencia, además, que el tipo de estrategia predominante es “demostración activa”. El contexto de esta consulta es el de citología y consejería de enfermería

En la figura 7 se identifica un modelo *un docente-varios estudiantes*, en el que se destaca el modelo supervisado, con dos consultorios separados y el docente alternando en cada uno. El total de las 24 secuencias diagramadas de cada docente se encuentran en el anexo 9. Es importante señalar que el tipo de interacción no es una decisión del docente; obedece a las políticas institucionales de asignación de estudiantes por consultorio y lineamientos gubernamentales: se programan dos estudiantes por consulta en pediatría, medicina interna, medicina familiar y en la mayoría de las consultas de enfermería. Por el contrario, se programa un solo estudiante por consulta en ginecología y toma de citología por parte de enfermería, apelando especialmente a proteger la intimidad de la paciente.

Figura 7. Interacción docente-varios estudiantes y modelo supervisado en una consulta de medicina familiar



Fuente: elaboración propia. Nomenclatura: Docente (D), Estudiante 1 (E1) Estudiante 2 (E2), Paciente (P); día 1 de práctica (D1), día 2 de práctica (D2), día 3 de práctica (D3); retroalimentación (R).

Por otro lado, el modelo derivado de cada interacción sí depende del estilo de enseñanza del docente y se exploró en este estudio. Para las consultas con interacción un docente-varios estudiantes, la mayoría de los modelos son tipo tribuna; para el tipo de interacción un docente-un estudiante predominó el *sitting model*. Estos dos modelos tienen similitudes y se aplican especialmente en el primer día de práctica con el docente (D1). El uso de la demostración activa (DA) como tipo de técnica se correlaciona con estos hallazgos. Para los siguientes días se identificó el modelo tribuna y el *sitting model*, pero emergen en ocasiones otros modelos en los cuales la delegación es mayor, como el modelo supervisado. Esto se correlaciona con técnicas de enseñanza tipo *one minute preceptor* (OMP) o presentación de caso (PC), donde es posible una mayor delegación (Fagundes et al., 2020; Neher & Stevens, 2003).

En el caso de la práctica de medicina familiar de la figura 7, es interesante visualizar que la organización, desde el primer día, es modelo supervisado y no tribuna, debido a la presencia de residentes en esta consulta, a diferencia de las otras consultas caracterizadas en este trabajo, en las cuales solo están presentes los estudiantes de pregrado. La falta de identificación de otros tipos de modelos, como el *breakout*, se debe a condiciones/barreras logísticas y operativas del sitio donde se ejecutó el proyecto. Para estas modalidades se requieren consultorios adicionales, acceso directo a la historia clínica por parte del estudiante/residente y acceso simultáneo a la historia en más de dos consultorios, aspectos que no pueden ser factibles en este escenario de práctica. La tabla 18 presenta una síntesis de estos hallazgos.

4.2.1.2. Determinantes en la elección de la estrategia

Este estudio exploró con los docentes cuáles eran los determinantes que hacían elegir un tipo/tipos de técnica de enseñanza, previo al encuentro clínico con el paciente y su estudiante. Los datos obtenidos de los grupos focales se categorizaron en factores asociados al docente, estudiante, paciente y contexto. Esta clasificación se adoptó de trabajos previos⁴ (Huang et al., 2019; Oliveira Franco et al., 2019; Schultz et al., 2004).

⁴ Algunos autores han planteado la denominación de *teaching learning factors* (TLF) respecto a aquellos determinantes o atributos que impactan la efectividad del proceso de enseñanza clínica: asociados con el docente, relacionados con el estudiante, políticas o currículo. La estrategia de enseñanza es considerada un TLF, según esta perspectiva (Huang et al., 2019).

La mayoría de entrevistados dan un peso mayor a los factores asociados con el docente en el momento de elegir su estrategia (41,89% del total de factores), por lo que se profundizará en este punto, seguido de los factores de contexto (24,32%), factores asociados a estudiantes (19,2%) y los asociados al paciente en un grado menor (14,86%), que se indican en la tabla 17.

Tabla 17. Factores que determinan la elección de la estrategia de enseñanza por parte de los docentes

Factor docente	Porcentaje
Experiencias previas del docente como estudiantes	38,71
Evento natural o intuitivo	16,13
Educación formal en docencia	12,90
Experiencias previas como docente	12,90
Retroalimentación de estudiantes	9,68
Edad del docente	6,45
Experiencias personales	3,23
Total	100,00
Factor paciente	Porcentaje
Complejidad del caso	18,18
Paciente de control vs. primera vez	18,18
Tipo de paciente (ginecológico, consulta prioritaria)	18,18
Comodidad del paciente	9,09
Género del estudiante	9,09
Número de estudiantes	9,09
Paciente permite interacción	9,09
Presentación del estudiante	9,09
Total	100,00
Factor estudiante	Porcentaje
Motivación del estudiante	42,86
Conocimientos y habilidades previas	21,43
Temor del estudiante	14,29
Timidez actividad del estudiante	14,29
Efecto generacional	7,14
Total	100,00

Factor contexto	Porcentaje
Objetivos de la práctica	27,78
Preparación docente	16,67
Guía para la práctica	11,11
Programación del estudiante	11,11
Tiempo limitado	11,11
Contacto previo con esos estudiantes	5,56
Educación formal en docencia	5,56
Número de estudiantes	5,56
Tipo de consulta (ambulatoria)	5,56
Total	100,00

Fuente: elaboración propia.

4.2.1.2.1. Factores asociados con el docente

De estos factores, la experiencia/vivencia del docente como estudiante fue el más significativo en los diferentes relatos. En este punto, los docentes describen vivencias positivas y negativas de su pregrado y posgrado, variadas en su contenido y naturaleza, que moldearon su actuar profesional y docente. Los modelos de roles que tuvieron en su pasado como estudiantes marcan de manera importante el estilo de enseñanza actual de estos profesionales. Esto se puede constatar en algunos ejemplos:

Tuve de ejemplo a dos grandes profesoras que las adoro... Son las primeras dos que me impulsaron a que yo fuera pediatra, porque verlas hacer la consulta y verlas cómo examinaban. Yo dije, yo quiero ser así. (FD-P4.6)

Yo vengo de la Universidad Javeriana, donde yo hice el pregrado y el posgrado, y todo el tiempo estamos como influenciados en que siempre somos tanto estudiantes como profesores, ya sea cuando fuimos internos o cuando fuimos residentes. (FD-MF3.2)

Es interesante cómo el haber realizado estos grupos focales permitió a estos profesionales tener conciencia explícita de la influencia del modelo de rol en su forma de enseñanza y en general en su comportamiento profesional. Una de las recomendaciones en la educación médica es la de garantizar y potencializar esa auto-conciencia de la influencia del modelo de rol en su práctica.(Passi et al., 2013).

La experiencia docente no parece ser un factor tan relevante como la experiencia como estudiante. Otro aspecto interesante es la diversidad en los relatos cuando se explora el origen de su TE; algunos lo consideran un resultado “innato” mientras que otros lo atribuyen al resultado de la capacitación y educación en docencia (véase tabla 17).

4.2.1.2.2. ¿Es la disciplina del docente un factor determinante?

Entre los factores asociados al docente, se exploró si existía algún tipo de patrón de técnicas de enseñanza propio disciplinar (medicina general, enfermería, medicina familiar, ginecología, pediatría) y que determinara la forma en que enseñan en consulta. En el grupo de ginecólogos primaron técnicas asociadas a la DA (80%) sobre las demás; por el contrario, en el grupo de pediatras primó el OMP (80%). Aquí un ejemplo de un relato de ginecólogo en relación con el uso de la DA: “Yo le muestro cómo hago yo o cómo debe ser la exploración abdominal desde el punto de vista ginecológico” (TEP-G3.3). En el ejemplo el docente se encarga de explicarle al estudiante exactamente lo que tiene que observar:

Obviamente como el examen ginecológico es una parte muy íntima de la paciente, lo hago yo por completo con permiso de la paciente para que el estudiante pueda observar. Por ejemplo en la especuloscopia, yo le voy diciendo qué voy encontrando y lo que él debe mirar, al hacer un examen digamos bimanual. (TEP-G3.4)

Los estudiantes coinciden en sus relatos con que la DA se usa con frecuencia en ginecología: “Los ginecólogos le enseñan a uno primero cómo hacerlo. Dan un contexto, hacen la anamnesis y les muestra el examen físico” (TEP-E3.2).

En pediatría hay una tendencia marcada al uso de componentes del OMP. Aquí se evidencia la MH1 al pedirle al estudiante que describa los hallazgos pero además que explique su concepto (diagnóstico):

Empezamos conjuntamente a hacer la historia clínica. Yo le digo al papá que mientras yo termino de escribir, pase al niño para que el estudiante haga el examen físico del niño. Me levanto y verificó, si está terminando de examinar entonces veo cómo termina de examinar; si ya ha terminado de examinar, entonces puntualmente miro la otoscopia, lo auscultó y si le encuentro algo le pregunto: ¿Le viste el oído? ¿Qué le encontraste en el oído? ¿Cuál es tu concepto? (TE-OMP-MH1-P5.3)

En enfermería, la DA es más frecuente, y en medicina interna, el OMP. En medicina general y medicina familiar, los resultados son más heterogéneos; no hay una TE que predomine. Estos hallazgos se correlacionan con lo encontrado en cuanto al modelo de interacción y organización de la consulta descritos en la tabla 16.

El *sitting model* de los ginecólogos se identifica más con TE de observación como la DA. El modelo supervisado de pediatría y algunos médicos familiares se identifica más con estrategias donde la delegación y autodeterminación son mayores como el OMP.

Cuando se pregunta a los docentes si estos patrones en común son producto de acuerdos explícitos, la respuesta general es que no existen momentos formales de acuerdos para definir una TE. Sin embargo, se identifican factores relacionados con el currículo oculto, como reflexiones y conversaciones informales que determinan estilos de trabajo clínico y docente: “No nos sentamos como grupo en algún momento a definir qué vamos a hacer. Hablamos entre nosotros de las experiencias pero como grupo que tengamos una posición puntual, no” (TEP-P1.2).

En cuanto a la cohesión de grupo, identidad institucional y percepción de estabilidad:

Yo creo que tenemos una situación que es más tácita que expresa, que es el fondo de la situación; la familiaridad y estabilidad del grupo en el tiempo: hay una cosa que es importante y es que llevamos varios años en la institución. Cumpliendo con las mismas labores, eso alinea el cómo hacemos las cosas. (TEP-G2.2)

En 2017, Steinert et al. señalaron que el fenómeno de la interconexión del trabajo clínico y la enseñanza, en el que es borroso el límite entre la docencia y el cuidado clínico general, así como la práctica de docencia, está profundamente arraigado en las rutinas diarias y que esto genera formas de enseñanza muchas veces no planificadas, como se señala en estos relatos. De forma interesante, algunos pediatras han sido docentes de ellos en el pasado, y han marcado y adoptado un estilo con *role modeling*.⁵

En el grupo focal de enfermería se presentó una situación particular: en el momento de preguntarles si tenían acuerdos de enseñanza previos, señalaron como único insumo una guía que les ayuda a orientar la práctica. Sin embargo, conforme avanzó el grupo focal, fueron identificando más elementos en común de lo que pensaban, lo cual apoya la tesis inicial de acuerdos marcados e influenciados por la identidad y cultura organizacional:

⁵ *Role modeling*: definidos como personas con comportamientos, estilos, atributos específicos, que deben ser emulados por otros (Rubenstein & Talbot, 2013).

Nunca me había puesto a pensar en que teníamos cosas en común en la enseñanza. Hoy me di cuenta que siempre hacemos revisión bibliográfica. Eso es algo en que coincidimos todas. (AP-ENF1.1)

El abordaje digamos que siguen siendo los mismos pasos. Desde la anamnesis, el examen físico, y digamos evaluar conocimientos. (ENF2.1)

Y la derivación de responsabilidades. Siempre inicio con una observación, una intervención guiada y ya después el estudiante tiene más autonomía, ustedes hacen lo mismo. (ENF1.2)

4.2.1.2.3. Experticia de docentes. Novatos vs. experimentados: ¿es un factor determinante en la elección e implementación de estrategias de enseñanza?

De 24 participantes, 22 tenían más de dos años de experiencia (91,6%) y solo dos menos de dos años (8,3%), lo que dificulta establecer inferencias sobre diferencias en el uso de una u otra estrategia según el tiempo de experticia en docencia clínica. Aun con esta limitación, no hubo diferencias en el patrón de enseñanza de los dos grupos. Sin embargo, se obtuvieron comentarios de percepciones de estudiantes y docentes al respecto.

En general, los docentes no encuentran la edad o los años de experiencia en enseñanza clínica como un factor determinante en la elección de la estrategia. No es el tiempo el factor importante, sino la calidad de experiencias (positivas o negativas) que tuvieron como estudiantes lo que ha marcado su estilo de enseñanza (Rubenstein & Talbot, 2013).

Sin embargo, sí señalan de forma reiterada la experiencia laboral (años de vida trabajando en su profesión) como un factor importante y positivo en su estrategia de enseñanza. La explicación es similar entre colegas: la experiencia laboral genera más confianza frente al paciente y hay acumulación de anécdotas que construyen seguridad y criterio clínico más sólido:

Antiguamente el docente era práctico, te hacía un diagnóstico de una patología sin la necesidad de recurrir a 50 imágenes. Era práctico, entonces es eso lo que trato de enseñar. (NE-P3.4)

Yo creo que la experiencia laboral es parte de la experiencia de vida, y uno en la vida aprende tanto de lo que se hace como de lo que no se hace, o de lo que se deja de hacer. Eso determina la manera como hemos empezado a enseñar. (NE-G3.6)

Otro tipo de relato menciona que pertenecer a un grupo generacional favorece y explica el cómo enseñan:

Yo creo que también la parte generacional, más o menos todos estamos muy jóvenes, todos tenemos más o menos el mismo promedio de edad, creo que es por la parte generacional que compartimos tanto la forma en que enseñamos. (AP-I2.3)

Por otro lado, las percepciones de los estudiantes respecto a docentes novatos vs. experimentados son más heterogéneas. Aquí una considera que la experiencia favorece la delegación de casos especiales:

No observé diferencias entre profesionales de más edad o menos edad. Pero el Dr. XXX que fue el único que delegó examen ginecológico, lo hace porque es el que tiene más cancha para hacerlo, si hubiera sido otro ginecólogo, me muero del susto. (NE-E3.3)

Al contrario, en otros relatos de estudiantes es evidente que la edad (no necesariamente la experiencia) está asociada con experiencias más o menos enriquecedoras.

Los médicos jóvenes lo hacen participar más a uno con más confianza, lo invitan a uno a preguntar, los más viejitos es distinto. (NE-E5.1)

A veces los que llevan más tiempo son más cerrados, deben pensar “si el estudiante llega a hacer algo mal, a mí me recae la culpa”. (NE-E6.2)

Esto coincide con otros estudios, donde el tiempo de experticia tampoco ha sido un factor que determine el tipo de EE usada o, en general, la experiencia positiva o negativa del proceso. No así en estudios hechos con residentes, quienes no se sienten confortables con personas con menos experiencia clínica. Para los estudiantes de pregrado pesan otros factores asociados con el docente en la percepción de utilidad de la consulta, como se explicará más adelante (Kisiel et al., 2010).

Las posibles implicaciones respecto al aprendizaje del estudiante cuando el docente clínico es novato o experto ya se han explorado. Schmidt et al. (1990) plantean que siempre se ha considerado que los profesionales expertos tienen la habilidad de reunir más datos o, al menos, los más importantes que los novatos en el momento de abordar

a un paciente (por ejemplo, haciendo una historia clínica). Sin embargo, esta afirmación no es del todo categórica, pues los novatos hacen ejercicios clínicos más precisos. Esto último se basa en una teoría cognitiva del aprendizaje en la que se postula que hay una progresión de estados del desarrollo del aprendizaje en medicina (madurez académica). Enuncian un primer momento (estado de redes proposicionales) en que el estudiante asocia objetos o conceptos y establece relaciones de causalidad y fisiopatología (primeros semestres de la carrera). Posteriormente, inicia la compilación de redes elaboradas dentro de redes reducidas.

Esto adquiere relevancia porque se pensaría que para la enseñanza clínica de estudiantes que están iniciando el contacto clínico, como ocurre con esta población, sería ideal estar en contacto con docentes (novatos) que estimulen el desarrollo de esos primeros estadios (redes proposicionales) antes que de guiones simplificados de entidades nosológicas. Esto se evidencia en algunos relatos de los estudiantes:

Los docentes más antiguos permiten abordar al paciente pero más enfocado a lo que viene el paciente, porque ese era el enfoque de la medicina de antes. Para los médicos mayores, como llevan tanto tiempo viendo las mismas cosas, muchas cosas son obvias y no caen en cuenta que uno nunca ha visto lo que para ellos es mecánico, no se sorprenden tan fácil. (NE-E5.2)

En conclusión, no hay una aparente asociación percibida por los docentes entre los años de experiencia y la elección de la estrategia por parte de ellos; no obstante, las percepciones de los estudiantes sobre la utilidad de la práctica, dependiendo de la experiencia del docente, es heterogénea y puede ser un factor importante que incluso tenga implicaciones en el aprendizaje, como lo señala la literatura.

4.2.1.2.4. Factores asociados con el contexto

El segundo grupo de factores en importancia para los docentes lo constituye el contexto. Los principales son los objetivos de la práctica que la facultad determina para ese estudiante y la capacitación/guía en el interior de la institución.

Aquí un ejemplo: “Yo creo que uno elige cómo enseñar dependiendo de los objetivos, ¿Qué requiere aprender el estudiante en una consulta de atención primaria con medicina interna?” (FC-I2.5).

Se evidencia la impronta en la cultura organizacional del hacer de esta una experiencia de calidad y cotidiana:

Uno se contagia del ambiente. Comenzando por la Dirección y de ahí para abajo. (TEP-G1.2)

No creo que sea azar, debe haber algo. Hay una cosa que es importante y es que llevamos varios años en la institución. Cumpliendo con las mismas labores, entonces yo creo que el escenario, el tiempo, el grupo, estudiantes, lo que tenemos que hacer. Eso nos va alineando en la manera que debemos hacerlo. (TEP-P2.2)

Todos los grupos disciplinares señalan el impacto claro desde la dirección de la institución en la forma en que enseñan en consulta, específicamente las capacitaciones:

Todos leemos los objetivos cuando los mandan o cuando nos hacen la reinducción y demás. (TEP-P1.3)

Tenemos jornadas de capacitación para todos los médicos en general, independiente de que tengamos contacto más o menos en tiempo con los estudiantes para dar herramientas del proceso de enseñanza. (TEP-MG2.1)

De manera interesante, el tiempo limitado de las consultas no es reconocido explícitamente como el principal determinante, pero sí como barrera en la implementación como se verá más adelante. En la tabla 17 se describen otros factores relatados en menor medida durante los grupos focales.

4.2.1.2.5. Factores asociados con el estudiante

En tercer lugar, emergen los factores asociados con el estudiante. De ellos, el más resaltado por los docentes es la motivación/interés del estudiante, seguido del conocimiento y habilidades previas y el temor/inseguridad o timidez. En este ejemplo se evidencia cómo la DA es preferida por esta docente ante un estudiante que se muestre inseguro o tímido:

Hay estudiantes que de verdad son muy nerviosos, callados o muy reservados. Una experiencia que tuve con un estudiante fue que me veía cómo utilizaba la báscula pero no entendía cómo la maneja. En ese caso, tenía un espacio con la paciente, yo me quité los zapatos y me paré en la báscula y le expliqué para que luego lo pudiera hacer. (FE-ENF4)

Este hallazgo resulta interesante frente a lo señalado en la literatura como los “roles de los estudiantes en la educación médica”. Si bien hay un conjunto de atributos para definir un buen docente clínico y cómo el modelo de rol es fundamental para la enseñanza clínica, también se ha puesto sobre la mesa la necesidad de establecer los roles de los estudiantes en el proceso de la enseñanza. Uno de ellos es el “estudiante facilitador”, se involucra, cuestiona, participa y genera necesidades. Es posible que aquel estudiante que no demuestre ese rol sea calificado como desmotivado como en los relatos de este estudio. Será entonces fundamental poder facilitar ese tipo de rol y entrenar a los profesionales sobre cómo desarrollarlo para evitar posibles calificativos que impidan una relación docente estudiante más constructiva (Karakitsiou et al., 2012).

De los factores asociados con el paciente, se destaca la complejidad del caso (desde el punto de vista médico-legal, atípicos en su presentación, pacientes de difícil manejo), y se elige la DA sobre el OMP. Y si el paciente es de primera vez, también se elige la DA sobre la OMP. Sin embargo, estos factores parecen determinantes más en la implementación que en la elección previa a la consulta de una EE. Esto en consonancia con los hallazgos de la delegación de responsabilidades que se explicará más adelante.

4.2.1.2.5.1. Patrones de estrategia de enseñanza usados entre residentes y estudiantes: ¿existen diferencias?

Al explorar con los docentes los patrones de enseñanza clínica ambulatoria en programas de residencia que se ejecutan en el sitio de estudio (ginecología, pediatría o medicina familiar), se encuentran diferencias importantes con el pregrado. Priman, en principio, las técnicas con un mayor componente de delegación, discusión y análisis de hallazgos, como son el OMP, el OMP *plus* y algunos componentes del SNAPPS. Esto fue un hallazgo constante en todos los grupos de disciplinas de docentes. Un factor que determina esto es la percepción generalizada de que el residente cuenta con una base sólida de conocimientos y experiencia clínica previa que facilita delegar la mayoría de las

actividades de la consulta (por lo que aquí la DA es descartada, ni siquiera el primer día de rotación). Esto contrasta con algunos autores, quienes señalan que la DA sí tiene valor en ciertos escenarios de enseñanza clínica ambulatoria con residentes (Smith & Irby, 1997).

En el siguiente ejemplo se evidencia la ausencia de DA y el despliegue del OMP en su MH1 y MH2:

Como el residente ya tiene un nivel de conocimiento mayor y pues ya sabe lo que quiere yo lo dejo más solo, paso a ser una observadora y prácticamente lo dejé en su examen físico, que le encuentre sus hallazgos positivos, la historia clínica qué le pareció, ¿cómo enfocó al paciente? ¿Cuál fue su versión diagnóstica? (FE-P3.3)

Adicional, consideran que el residente es un par, lo que facilita la discusión del abordaje diagnóstico y terapéutico de casos complejos e incluso contrastar manejos que los residentes han realizado previamente con pacientes de las mismas características:

A veces, el residente se vuelve también un par porque puede que en mi consulta no vea algo tan común, y resulta que el residente sí han visto ese caso alguna vez, entonces se convierte en un par. (FE-P4.3)

En la parte de residentes sí lo hacemos desde una parte más científica por decirlo así, porque comparamos manejos y es más como una parte de colegaje, por decirlo así. (FE-G5.2)

Siendo el OMP y el OMP *plus* las técnicas más usadas, se exploró cuál o cuáles MH son abordadas con mayor intensidad con los residentes. A diferencia del pregrado, la MH2 es la más abordada, esto es, la discusión sobre el diagnóstico, manejo y diagnósticos diferenciales. De manera importante, la MH6 emerge en todos los grupos de docentes, constituyendo una fuente importante de aprendizaje las experiencias comparadas de los residentes en el abordaje de una situación clínica. De hecho, los especialistas consideran de sumo valor este ejercicio de comparación/contraste para su propio aprendizaje:

Analizamos el caso como: a mí me ha ido mejor con esto. ¿A ti cómo te ha parecido eso desde tu experiencia?, y hacemos una parte más comparativa del caso clínico; y en otras cosas ellos me preguntan que por ejemplo han visto que a esa paciente no le ponen Progesterona. ¿Cuál es tu concepto de eso? (FE-G4.3)

También aparece con frecuencia la MH3 (discusión de temas generales de la condición/patología). De forma interesante, la MH5 (retroalimentación constructiva) tiene menos relevancia en este grupo, a diferencia del pregrado. Como similitud a lo revisado en pregrado, la MH4 no es muy explorada. En el punto de retroalimentación es frecuente señalar que este proceso es mucho más puntual, preciso y sencillo con el residente o que en ocasiones ni siquiera “es necesario” realizarla:

Yo con el residente no hago una retroalimentación como lo hago con el estudiante de pregrado, con quien soy puntual de decirle todos los aspectos de toma de citología. (FE ENF1.2)

Con un residente en momentos muy cortos se entra a puntualmente resolver esas dudas de la investigación y se optimiza el tiempo. Puede ser más sencilla la retroalimentación para el residente. (FE-P1.3)

Los hallazgos de uso de MH son similares entre todos los grupos de especialidades (medicina familiar, ginecología y pediatría). Con respecto al tipo de programa de residencia, los ginecólogos en consenso afirman que ven al residente de ginecología como un par, independiente del año de formación, pero tienen una percepción distinta del residente de medicina familiar, con quienes utilizan estrategias más similares a las de pregrado de medicina, es decir, más asociadas a PC y DA:

Mis residentes son de ginecología. Mis residentes son de ginecología, no de familiar. Si fueran de medicina familiar mi forma de enseñanza sería diferente. Pero si es residente de ginecología lo hago de esa forma. (FE-G5.3)

ENTREVISTADOR: Si tuvieras residente de medicina familiar ¿sería más al estilo de cuál? ¿Del estudiante o del residente?

Del estudiante. Cuando los tenía el año pasado a los residentes de medicina familiar, los manejaba igual que a los estudiantes. (FE-G5.3)

Los modelos de organización, los tipos de interacción y los factores que determinan la elección de la EE en la fase preclínica se sintetizan en la tabla 18. Allí se pueden observar estos resultados a la luz de los objetivos planteados del proyecto.

Tabla 18. Síntesis de resultados del análisis de la fase preclínica, de caracterización de estrategias de enseñanza ambulatoria

Objetivos espeífico	Síntesis de resultados
<p>Describir la secuencia de actividades y los elementos que caracterizan las estrategias de enseñanza de diferentes grupos de docentes clínicos que son implementadas</p> <p>onestudiantes de sexto ^c semestre de medicina: fase preclínica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El tipo de interacción principalmente identificado fue <i>un docente-varios estudiantes</i> y el modelo principal es el de tipo tribuna. 2. A diferencia del modelo, el tipo de interacción no es una decisión del docente, obedece a las políticas institucionales de organización. 3. El modelo principal de la interacción <i>un docente-varios estudiantes</i> es tipo tribuna; mientras que para el tipo de interacción <i>un docente-un estudiante</i> predominó el <i>sitting model</i>. 4. El <i>sitting model</i> es usado generalmente el primer día de las prácticas, con el paso de los días emergen otros como el “modelo supervisado”. 5. Cuando hay presencia de residentes de forma concomitante con estudiantes, el modelo es de tipo supervisado incluso desde el primer día. 6. Estos hallazgos se correlacionan con el uso de ciertas técnicas de enseñanza. Para los modelos tribuna se utilizan más técnicas como la DA, y para modelos supervisados, el OMP.
<p>Identificar los factores que podrían estar implicados en la elección de las estrategias de enseñanza utilizadas en un escenario de práctica ambulatoria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se identifican y clasifican los factores asociados con el docente, con el contexto, con el estudiante y con el paciente, siendo los asociados al docente los que más tuvieron peso en los relatos. 2. De los relacionados con el docente, el principal es la experiencia que tuvieron como estudiantes, no así su tiempo de experiencia docente. Los docentes encuentran que el tiempo laboral sí aporta de forma positiva a la experiencia de enseñanza. Los estudiantes tuvieron percepciones más heterogéneas al respecto. 3. Al explorar diferencias entre disciplinas, sí se encontró que en el grupo de ginecólogos primaron técnicas asociadas a la DA (80%) sobre las demás; por el contrario, en el grupo de pediatras primó el OMP (80%). Hallazgos similares se documentaron al triangular la información con estudiantes. 4. El segundo grupo de factores en determinar la EE están asociados al contexto. De estos, los principales identificados fueron: los objetivos de la práctica y lineamientos institucionales, y esos acuerdos no explícitos derivados de la cultura organizacional. 5. De los factores asociados con los estudiantes se destacan la motivación/interés. Sin embargo, estos y los factores del paciente parecen tener mayor importancia en la implementación y no en la planeación.

Fuente: elaboración prop

4.2.2. Fase clínica: tipo de técnica de enseñanza

Cada secuencia de actividades descrita por los docentes fue graficada y codificada en la categoría TT. Así, se analizó a qué patrón se asemejaba más a las descritas en el marco teórico. Se definió como *técnica principal* aquella que usaba ese docente con mayor frecuencia y similitud a alguna de las descritas en la literatura: DA, OMP, SNAPPS, PC o reconocimiento de patrones (RC). Se determinó por cada docente entrevistado una técnica secundaria y una terciaria, de acuerdo con la frecuencia e intensidad de su uso. Del total de estas técnicas (sumatoria de principal o secundaria, terciaria), las más utilizadas fueron las de DA (21%), seguida del OMP (18,56%). El tipo de técnica principal más empleada fue DA (40%), seguido de OMP (32%). Las secundarias más frecuentes fueron, en orden, el OMP (24%), la PC (24%) y la DA (20%). No hubo ninguna que tuviera como patrón principal el SNAPPS (tabla 19).

Tabla 19. Técnica de enseñanza o patrón principal detectado en los grupos focales y entrevistas a los docentes

Técnica principal	Frecuencia	Porcentaje
Demostración activa	10	41,7
OMP	8	33,3
OMP <i>plus</i>	2	8,3
Presentación de caso	3	12,5
Reconocimiento de patrones	1	4,2
Total	24	100

Fuente: elaboración propia.

4.2.2.1. Demostración activa

La DA fue la técnica más identificada en este estudio, y esto es consistente con el hallazgo global de ser una forma ampliamente implementada de enseñanza clínica en todos los ámbitos, incluido el ambulatorio (Chinai et al., 2018; Ferenchick et al., 1997). En la mayoría de los relatos se identifican los elementos que hacen de esta estrategia una experiencia útil de aprendizaje. El primero de ellos es la exploración del conocimiento y habilidades previas (Rubenstein & Talbot, 2013; Smith & Irby, 1997): “Entonces primero tanteo de verdad qué tanto saben” (TE-DA-MG5.1). El segundo es de garantizar la provisión de una ruta:

Les explico que es muy importante que ellos estén pendientes de cómo se aborda al paciente; de cómo se hace la anamnesis y cómo se va haciendo la historia clínica. (TE-DA-P-5.1)

El tercer elemento clave en la DA es la explicación y orientación de situaciones específicas o casos más complejos que ameritan tópicos puntuales de la observación:

Los estudiantes están observando y entonces les digo: “Ustedes, recuerden en semiología cómo se coloca un tensiómetro. Entonces el tensiómetro es este, debe tener esta medida porque es un tensiómetro de adulto, ¿dónde se toma el pulso?”. Entonces verificamos cómo toman el pulso, colocan el tensiómetro y les voy mostrando la técnica del examen físico. Ahora la tiroides. ¿Se acuerdan cómo se palpa la tiroides? Entonces les muestro, mira, así se hace el examen físico de cuello si vamos a palpar una tiroides. (TE-DA-I2.1)

Esto se corrobora en relatos de estudiantes quienes evidencian el valor educativo que tiene la DA en el manejo de situaciones específicas:

La fortaleza en Javesalud es la observación. Cuando uno mira hacer las cosas uno aprende a hacerlas, estar ahí y ver como el doctor trata a los pacientes, cómo maneja el niño, por ejemplo si está irritable. Uno aprende más cuando el doctor le muestra incluso qué preguntar, cómo coger al niño en el examen físico. (TE-DA-E9.1)

Y, finalmente, la DA genera espacios para ampliar la información y propiciar preguntas (Rubenstein & Talbot, 2013): “Después de que la paciente sale del consultorio se analiza y revisa el caso con la explicación al estudiante de dudas o revisión de aportes que quiera realizar” (TE-DA-G2.1).

Sin embargo, algunos autores plantean que para que la observación tenga más valor como experiencia de enseñanza, el docente puede diseñar e implementar una lista de chequeo que le permita al estudiante saber con más detalle el objeto de su observación o que el estudiante describa todo lo que observó (Ferenchick et al., 1997; Irby & Wilkerson, 2008). Ninguno de estos dos aspectos se encontró en los relatos.

Una de las ventajas de la DA es que puede permitir la apertura de una relación de confianza con su docente y de mayor bienestar y seguridad para el docente y el estudiante cuando este último es menos experimentado, tal como sucede en el grupo de estudiantes objeto de este estudio (Irby & Wilkerson, 2008; Smith & Irby, 1997). Esto se evidencia en algunos relatos en los cuales el docente destaca el bienestar del estudiante cuando hace primero una demostración: “Yo siempre los primeros los hago yo, observamos y después a medida que el paciente lo vaya permitiendo, lo realizan, algo que los motiva mucho porque les gusta, es algo nuevo para ellos” (TE-DA-ENF2.1).

La DA fue la estrategia utilizada por el 100% de los docentes cuando los estudiantes estaban iniciando rotación. Esto se confirma, además, con los relatos de los estudiantes.

Aquí un ejemplo:

La primera ginecóloga lo que hizo fue que en la primera consulta el examen físico lo hizo ella, y ya después esa paciente me empezó a decir ella qué hacía y yo qué tenía que hacer. Entonces me dijo bien cómo realizarles el examen físico para que con el resto de los pacientes lo hiciera yo. (TE-DA-E8.1)

La mayoría de los estudiantes consideran que la observación inicial es adecuada en su experiencia de aprendizaje:

Me parece que está bien la delegación, uno quiere hacer un montón de cosas pero uno no tiene la experiencia ni llegan todas las patologías. Desde la inducción le explican a uno cómo es, que es gradual, y hay unos pasos planteados para esto. Debe ser así, observar, luego supervisado. (TE-DA-E2.1)

Este último aspecto contrasta con otros estudios en los que se ha identificado que la DA no resulta ser muy atractiva para los estudiantes. Sin embargo, estos estudios se han hecho en estudiantes de grados superiores (internos/residentes) que esperan estrategias con mayores grados de delegación (Schultz et al., 2004). En la figura 6 se ejemplifica una técnica de DA encontrada en este estudio.

4.2.2.2. *One Minute Preceptor y One Minute Preceptor plus*

El OMP guía el encuentro docente-alumno a través de cinco MH. Tiene un enfoque centrado en el aprendizaje dirigido por el docente y es ampliamente utilizado en escenarios presionados por el tiempo, como se encontró en el contexto de Javesalud, sitio de este estudio (Dent, 2005; Irby & Wilkerson, 2008). Si bien los docentes utilizan el OMP o parte de sus MH, no lo hacen por un conocimiento formal previo o entrenamiento en esta estrategia, y ello fue un hallazgo consistente con estudios previos. Parrot et al. (2006) publicaron un estudio descriptivo en el que la frecuencia de uso en encuentros clínicos de las tres primeras MH del OMP fue del 40-60% en 86 tutores clínicos y ninguno de ellos tenía conocimiento previo de esta técnica.

La ventaja del OMP para escenarios con presión del tiempo es que permite instrucción, evaluación y retroalimentación en cualquier momento de la consulta (Parrot et al., 2006; Beach, 2017; Neher & Stevens, 2003). Esto se hizo evidente en este trabajo:

Con la consulta va la retroalimentación, porque yo sí siento que lo que no se diga en su momento, es más difícil que se quede en la cabeza. (TE-OMP-P4.1)

Yo también durante la consulta si voy viendo alguna cosa que se pueda decir en el momento, de una vez la digo. (TE-OMP-P5.2)

En la figura 7 se presenta un ejemplo de una secuencia de actividades que utiliza de manera frecuente elementos del OMP. Dado que este es muy reconocido en la enseñanza ambulatoria (incluyendo este estudio), se caracterizaron cuáles MH del OMP son desarrolladas con mayor frecuencia por parte de los docentes. Las primeras tres MH se concentran en identificar brechas en el aprendizaje; mientras que las últimas dos se enfocan en la retroalimentación, como se mostró en la tabla 6 (Neher & Stevens, 2003; Pierce et al., 2020).

Del total de MH, la más usada fue la MH1, que corresponde a “Comprometa al estudiante a establecer un diagnóstico y plan de manejo específico”, con un 32,6%; seguida de la MH3, que corresponde a “Enseñe aspectos generales”, en un 23,9%, y la MH5, de “Corrija los errores”, en un 12,5%. En la tabla 20 se describe la distribución de uso de las MH.

Tabla 20. Uso de microhabilidades (MH) detectadas en los grupos focales y entrevistas a docentes vs. estudio previo

Microhabilidades	Frecuencia relatos	Porcentaje estudio	Huang et al. (2004), en porcentajes
MH1	15	32,61	40,7
MH2	4	8,70	65
MH3	11	23,91	68,3
MH4	3	6,52	12,8
MH5	9	19,57	18,6
MH6	4	8,70	Sin dato

Descripción nomenclatura: Obtenga un compromiso en establecer un diagnóstico y plan de manejo (MH1), Verifique la evidencia (MH2), Enseñe principios generales (MH3), Refuerce lo que está bien (MH4), Corrección de errores (MH5)

Fuente: elaboración propia a partir de Huang et al. (2004).

Esta distribución es similar a otros estudios. Los tutores que usan OMP o sus componentes tienden a emplear con mayor frecuencia las primeras tres MH; mientras que la cuarta y la quinta se desarrollan con menor intensidad (40-60% en lo reportado para MH 1, 2 y 3 vs. el 65% en este trabajo) (Sidhu & Edwards, 2019). En el estudio de Huang et al. (2004) se realizó observación directa a 86 tutores comunitarios en estudiantes de internado, y los resultados en cuanto a frecuencia de uso de cada MH se encuentran en la tabla 16.

De estos hallazgos se resalta la similitud en el uso de la MH1: un 40,7% en Huang et al. vs. un 32,6% en este estudio. Aquí un ejemplo para esta investigación: “¿Hallan ustedes algo más? ¿Hallan ustedes alguna intervención frente a ese paciente, cuál es el plan?” (TE-OMP-MH1-P4.2). Con frecuencia, la MH1 queda supeditada al conocimiento o experiencia previa del estudiante, por lo que, a veces, se desarrolla a partir del segundo día de contacto clínico con cada docente. Aquí un ejemplo que respalda esta afirmación: “Cuando empieza a hacer el análisis y el diagnóstico del paciente, *si ellos ya han visto esa patología* les pregunto a ellos cuál sería el manejo de acuerdo AIEPI y para hacer las recomendaciones según AIEPI” (TE-OMP-MH1-P2.1).

El contraste principal con el estudio de Huang et al. (2004) está en el grado de desarrollo de la MH2 (65,2% vs. 8,2% en este estudio). Un ejemplo de ello en un docente es el siguiente: “Qué puede ser y por qué, ¿qué aspectos clínicos orientan a ese diagnóstico? Y otras veces les puedo preguntar: ¿por qué no puede ser X cosa? O ¿por qué no envía x cosa?” (TE-OMP-MH2-MF1.1). Se pueden plantear diferentes explicaciones a este hallazgo, pero hay un factor clave: el contexto, esto es, los objetivos de la práctica y el momento de formación de estos estudiantes. Tratándose de estudiantes que tienen por primera vez un encuentro clínico en su carrera, se prioriza y enfoca la práctica en la adquisición de habilidades semiológicas, comunicacionales y del abordaje general de condiciones comunes. Es posible que este lineamiento marque el enfoque de las consultas, más dirigidos a estos puntos, y que el alcance sea definir el diagnóstico (MH1), más que el análisis profundo de los diagnósticos y planes de intervención (MH2), aspectos que pueden percibirse como cubiertos en otros momentos de la práctica, semestres ulteriores o en las sesiones teóricas con ellos y sus docentes de la universidad.

Esta afirmación se sustenta, además, en relación con el hallazgo de que los factores de contexto que determinan la elección de una estrategia por parte de un docente están más enfocados en los objetivos de aprendizaje que con los tiempos cortos de la consulta.

En cuanto a la MH3, se evidenció un desarrollo intermedio que contrasta con el estudio de Huang et al. (68,3% en Huang et al. vs. 23,9% en este estudio). Esta tarea se ubica al final de la consulta o de la jornada del día, en la que los docentes hacen una síntesis o anotan los puntos clave para el manejo futuro de ciertos casos:

“Después de eso le digo, mira, este paciente tiene tal cosa para que no se te olvide, como unos *tips* de cierre de ese caso” (TE-OMP-MH3-P3-1).

Si bien no tiene la frecuencia de la MH1, el cierre de los casos de la MH3 es una tarea reconocida como importante entre docentes y estudiantes. Parte del reconocimiento de la imposibilidad de enseñar todos los contenidos, sino más bien de enfocar los esfuerzos en los objetivos de aprendizaje y los casos que se presentan en la consulta: “Yo he aprendido que no puedo enseñarles de todo, pero sí puntualizar en las cosas que vamos viendo” (TE-OMP-MH3-P1.1). El menor despliegue comparado con el estudio de Huang et al. (2004) puede deberse al mismo factor de contexto señalado para la MH2. Sin embargo, aunque el escaso tiempo en las consultas no es un factor determinante para elegir la TE, sí es una barrera en la implementación particularmente de la MH2 y la MH3. Aquí un ejemplo: “*Entre paciente y paciente si faltaba alguno*, la doctora hacía observaciones sobre abordaje general: por ejemplo, en pacientes con EDA es importante preguntar X cosa, nos daba *tips* incluso de temas administrativos” (TE-OMP-MH3-E5.1).

De las MH relacionadas con retroalimentación (MH4 y MH5), su uso es menor con respecto a las MH1, MH2, MH3, y es un hallazgo consistente con lo ya reportado, por ejemplo en la tabla 16 (Huang et al., 2004; Sidhu & Edwards, 2019). En ambos casos, es más frecuente la retroalimentación asociada con lo que se debe mejorar y corregir (MH5) que la retroalimentación dirigida a reconocer las acciones bien ejecutadas (MH4). Aquí se citan dos ejemplos, en los cuales en el primero se evidencia la MH4, y en el segundo, la MH5:

Luego lo felicito por sus fortalezas generales, y si es el caso de alguna particular, que me haya llamado la atención durante el desarrollo del programa, como ejemplo: la asistencia cumplida en el horario establecido, el adecuado uso de los elementos de protección personal, la buena empatía y comunicación con el paciente y/o el familiar y luego del desarrollo de la entrevista, el examen físico y análisis respectivo según sea el caso. (TE-OMP-MH4-I2.2)

Al final de la jornada le digo que le falta revisar esto en la técnica de toma de tensión arterial; acuérdate. (MH5-I2.3)

Se ha señalado que la retroalimentación del OMP se hace sobre aspectos puntuales de lo que hace el estudiante y no tanto sobre aspectos generales, por lo que la retroalimentación se hace en cualquier momento de la consulta y sobre tareas específicas (Sidhu & Edwards, 2019). Este hallazgo también se encontró en este estudio: “Y los he corregido también con las preguntas, o sea, yo les hago una pregunta y les hago una retroalimentación inmediatamente: esto no se hace así; esto no se pone así; se dosifica así. Corregir en el momento” (TE-OMP-MH5-P3.2). En algunos estudiantes se confirma este tipo de retroalimentaciones *in situ*:

Desde el tercer día hacíamos el examen físico y él solo verificaba los órganos importantes del motivo de consulta. No había mayor retroalimentación al final de la consulta, nos corregía durante el examen. Si el doctor encontraba algo anormal, él nos hacía ir a mirar específico para corregir. (TE-OMP-MH5-E3.1)

Algunas explicaciones posibles para que la MH5 se use más que la MH4 pueden ser: una adecuada técnica de retroalimentación requiere entrenamiento; no es una actividad natural (Ferenchick et al., 1997), por lo que es posible que sucedan estos desbalances. Otra explicación está relacionada con la delegación, y de los factores que más pesan en la delegación de los docentes son los asociados con la implicación legal y de seguridad frente al paciente, por lo que la corrección inmediata de lo que no se está abordando de manera correcta constituye una medida de “seguridad” para evitar eventos adversos o complicaciones de la relación médico-paciente. Otra hipótesis está en que el discurso de los docentes frente a la forma en que ellos aprendieron a enseñar está alimentado de experiencias positivas y negativas, en las que la exposición del error era una constante en su proceso de formación, aspecto que ellos han adoptado de forma natural en su proceso de enseñanza.

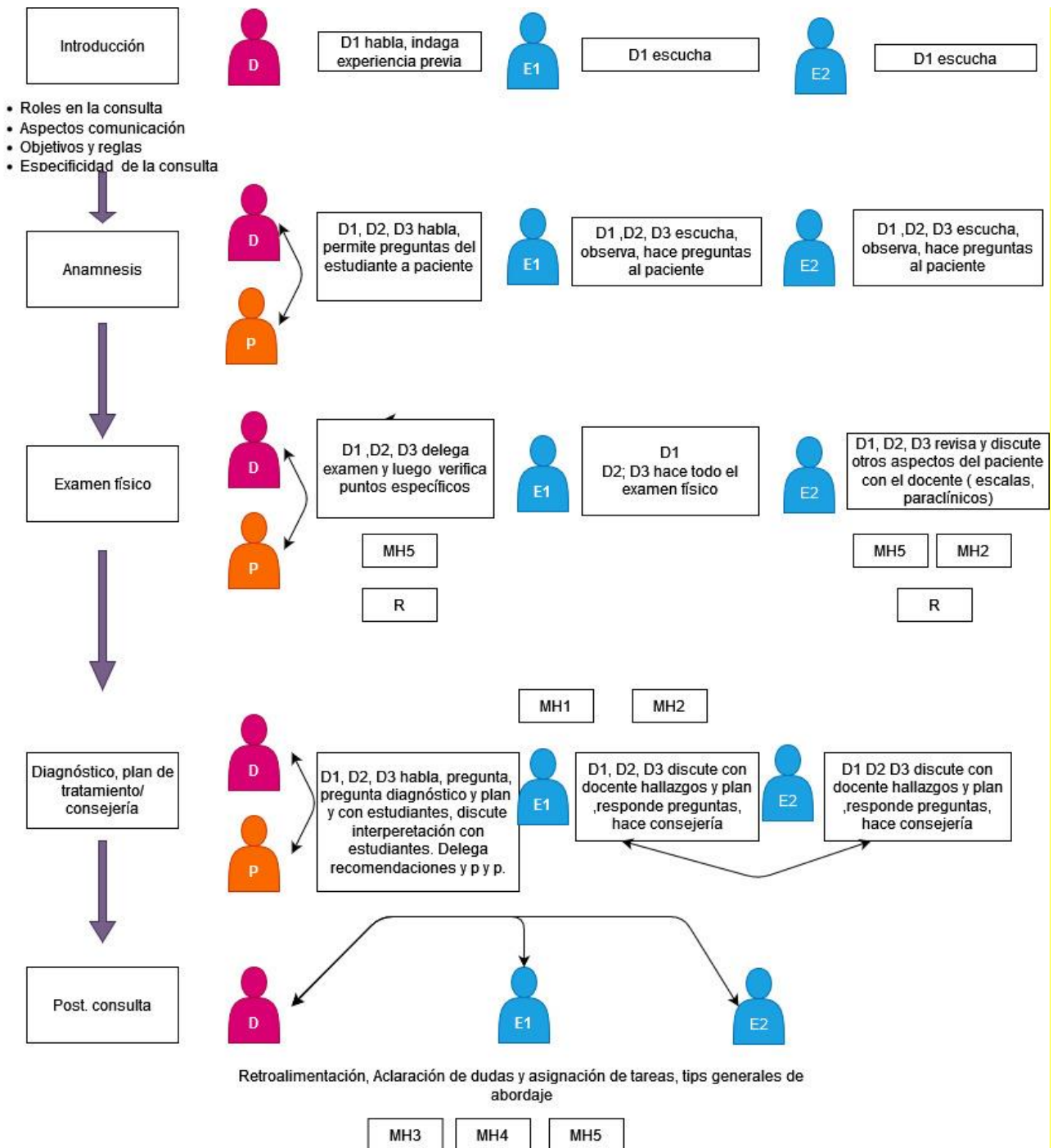
Sobre el OMP *plus*, y en particular la MH6, se encontró su uso tan solo en el 8,3%. Esta MH realmente se despliega con los residentes, no con estudiantes de pregrado. No se hallaron estudios que reporten la frecuencia de uso de esta MH. Aquí un ejemplo de cómo se usa en Javesalud, enfatizando la información que puede ser contrastada/comparada con el tema que se discutió (Beach, 2017):

Después de terminar la consulta con diabéticos, estamos revisando aspectos generales de la patología, entonces les pregunto en el caso de la paciente si lo que se hizo era

pertinente, o qué se podría haber hecho o por qué hicimos X cosa. Discutimos si la función renal hubiera sido distinta, cuál habría sido el manejo, o si los valores de hemoglobina glucosilada fuera de otro calor, ¿qué se hace? (TE-OMPP-MF3.1)

En la figura 8 se evidencia una secuencia de actividades que hace uso del OMP, particularmente del OMP *plus*.

Figura 8. Ejemplo de una secuencia de actividades en una consulta de medicina interna en la que se usa de forma predominante el OMP



Fuente: elaboración propia. Nomenclatura: Docente (D), Estudiante 1 (E1) Estudiante 2 (E2), Paciente (P); día 1 de práctica (D1), día 2 de práctica (D2), día 3 de práctica (D3); retroalimentación (R). esta consulta obedece a la interacción un docente-estudiantes con modelo supervisado. Se señalan el desarrollo de las diferentes MH durante la consulta. Nótese el predominio de MH1 y MH5 sobre las demás.

4.2.2.3. Presentación de caso

La PC es una de las técnicas menos investigadas, a pesar de lo frecuente de uso en la enseñanza. Diferentes autores han planteado que este tipo de técnica se enfoca en el diagnóstico y plan terapéutico del paciente, más que en el análisis que subyace a esto, porque hace hincapié en la presentación de información factual y rara vez en la expresión espontánea del pensamiento, lo cual hace más difícil la evaluación del razonamiento clínico (Fagundes et al., 2020; Irby, 1995). Esto se evidenció en los relatos de docentes y estudiantes:

Yo dejo que el estudiante haga la parte inicial del examen físico que son medidas antropométricas, signos vitales y revisión cardiopulmonar y él me presenta los datos. (TE-PC-G3.1)

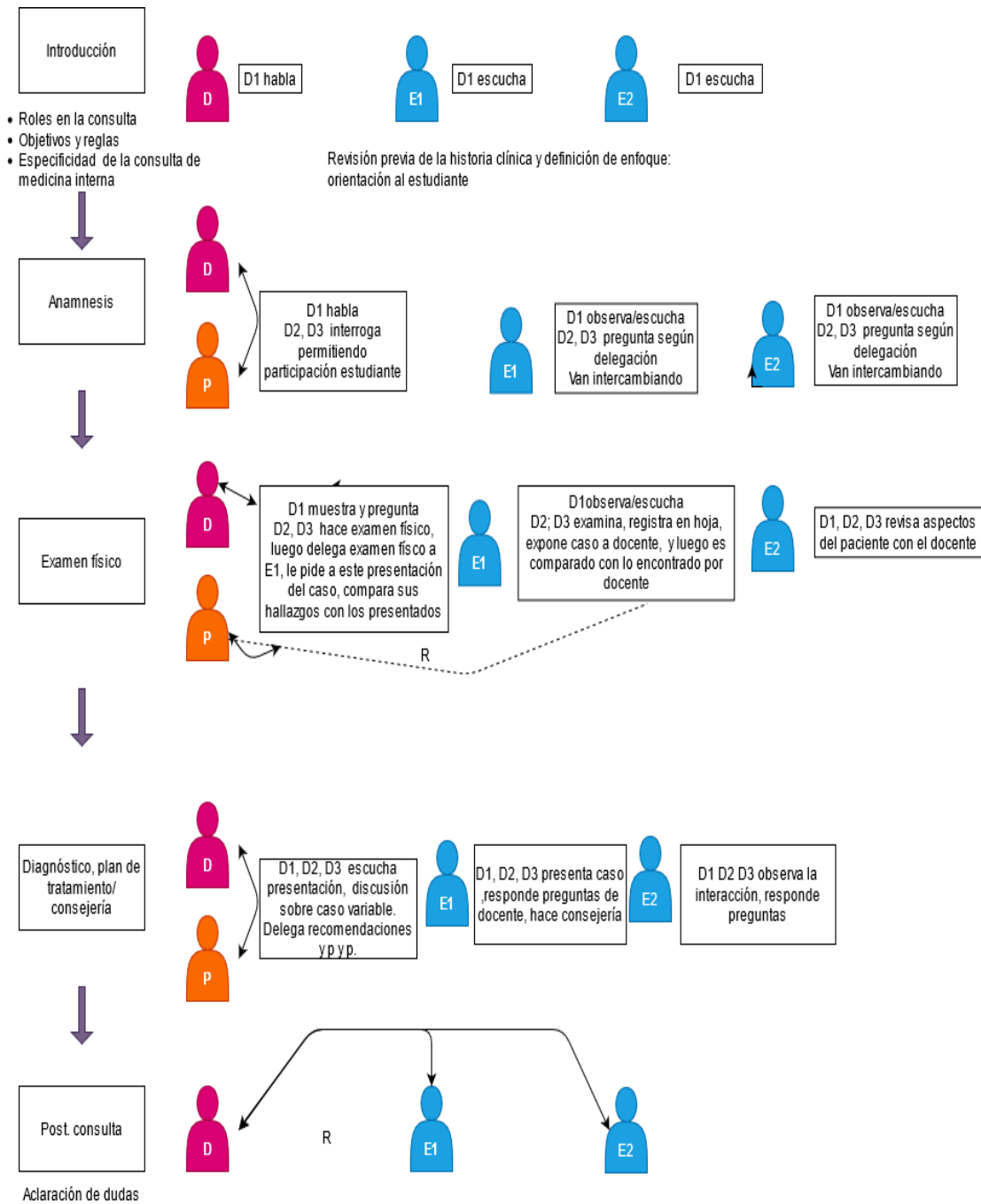
Sí, se le pide al estudiante que informe sobre los hallazgos del examen físico y enumere los que se consideran relevantes. (TE-PC-MF1.2)

Esto último reviste utilidad en la técnica, porque refuerza habilidades en la captación de datos y organización mental en la información clínica (Ferenchick et al., 1997). Uno de los aspectos importantes en la PC es la orientación del docente al estudiante sobre cuál es el enfoque que debe realizar con ese paciente, y esto facilita el uso efectivo del tiempo y canaliza el desarrollo de tareas puntuales al estudiante que favorecen los objetivos de la práctica (Chinai et al., 2018; Ferenchick et al., 1997):

Siempre les explico antes de que ingrese el paciente, cómo va a ser el examen físico... Entonces les digo: “le va a tomar tensión arterial, frecuencia cardiaca, peso, talla, le va a palpar el cuello... A todos los van a auscultar, a todos les van a palpar el abdomen, a todos les miran los miembros inferiores”. Y si es diabético, entonces les pedimos el favor que se quiten los zapatos y le observan los pies. (TE-PC-I3.1)

La revisión previa de la historia clínica en un espacio breve de tiempo (un minuto) es otro elemento clave en esta técnica (Chinai et al., 2018; Ferenchick et al., 1997): “Revisamos la historia clínica entre todos. Entonces yo, por ejemplo, les digo, ‘paciente de 28 años, nunca ha asistido a consulta de planificación familiar, viene por primera vez’” (TE-PC-ENF3.1). En la figura 9 se ejemplifica una estrategia de PC.

Figura 9. Ejemplo de presentación de caso en el contexto de una consulta de medicina interna



Fuente: elaboración propia. Nomenclatura: Docente (D), Estudiante 1 (E1) Estudiante 2 (E2), Paciente (P); día 1 de práctica (D1), día 2 de práctica (D2), día 3 de práctica (D3); retroalimentación (R). Nota: el factor predominante es el reporte detallado del examen físico, el diagnóstico y la integración con paraclínicos. El grado de discusión y retroalimentación es variable.

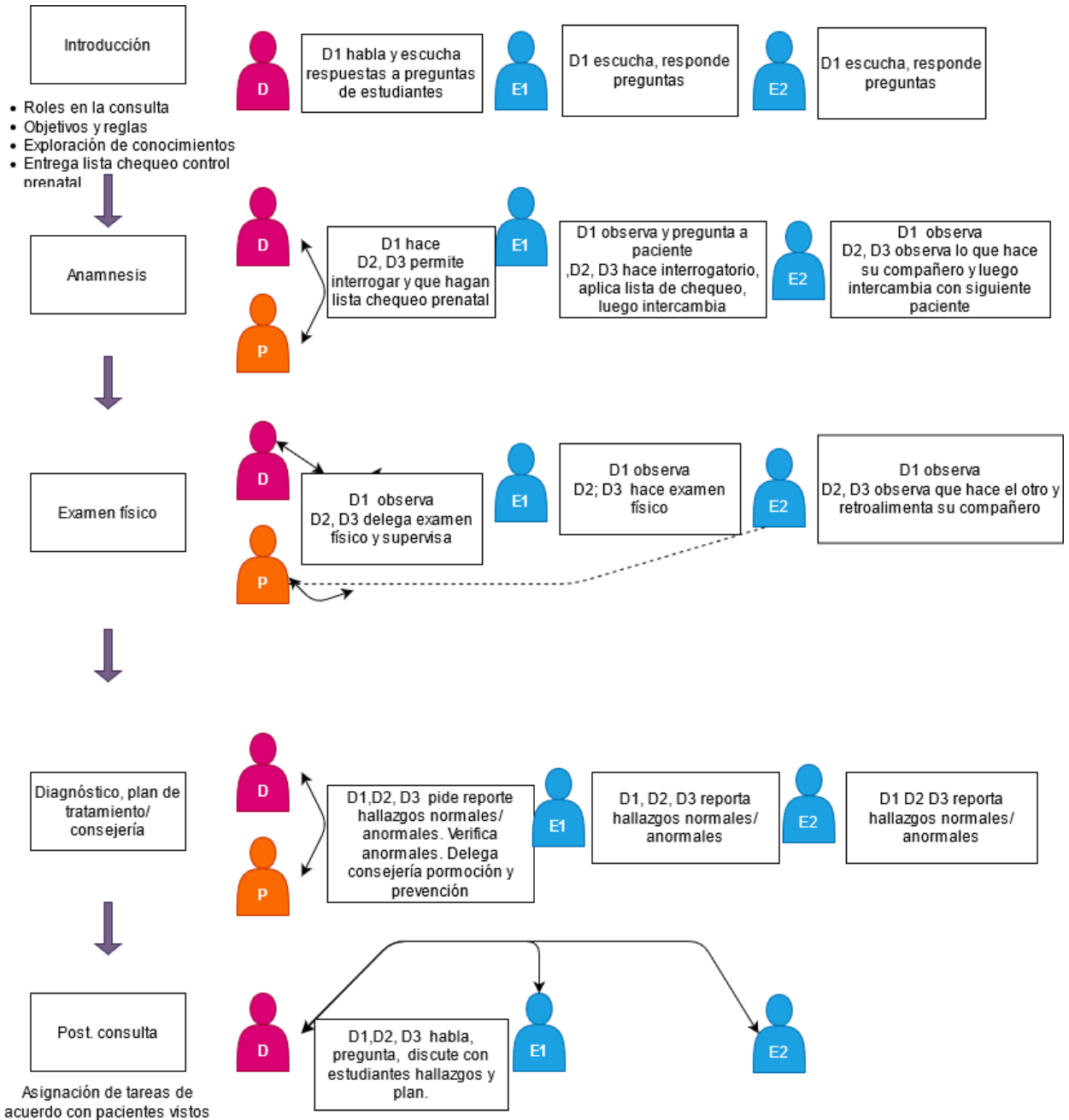
4.2.2.4. Reconocimiento de patrones

Esta técnica consiste en una presentación abreviada por parte del estudiante al docente, en el que se hace énfasis en los hallazgos significativos conducentes a un diagnóstico (Chinai et al., 2018). Su utilidad radica en la eficiencia en el tiempo, en desarrollar competencias clínicas para el abordaje de patologías frecuentes o condiciones que tengan un patrón repetitivo. De ahí que se evidenció su uso en control prenatal, una situación clínica que requiere el reconocimiento de signos físicos o de laboratorio que cambien el curso de acción, aspecto importante en el desarrollo de competencias de los estudiantes de pregrado:

Entonces, después pasamos a atender a la paciente y ya dentro del proceso de la lista de chequeo ellos saben qué es importante en un control prenatal; entonces, obviamente, signos vitales, van chequeando cosa por cosa, les digo: “vamos a llenar el formato de control prenatal y ustedes me van diciendo los hallazgos normales y anormales” (TE-PC-MG5.1)

Esto supone que el estudiante ha pasado previamente por otro tipo de técnicas como PC o DA. Otro ejemplo de uso se identifica aquí: “El médico tiene que saber qué es lo normal y lo anormal de un niño de entrada. Siempre les interrogó sobre la patología, si la tiene o no el paciente en ese momento” (TE-PC-P3.3). En la figura 10 se da un ejemplo donde prima el reconocimiento de patrones en la técnica.

Figura 10. Secuencia de actividades en una consulta prenatal donde prima el reconocimiento de patrones (normal-anormal) en la técnica



Fuente: elaboración propia. Nomenclatura: Docente (D), Estudiante 1 (E1) Estudiante 2 (E2), Paciente (P); día 1 de práctica (D1), día 2 de práctica (D2), día 3 de práctica (D3); retroalimentación (R). Nota: nótese que el docente se vale de una lista de chequeo que favorece al estudiante en el reconocimiento de lo normal/anormal y la consulta tiene un enfoque de reporte de estos hallazgos. Si bien hay uso de algunas MH del OMP (MH1 en sustentación de diagnóstico), prima el reconocimiento de patrones

4.2.2.5. SNAPPS

Esta técnica, reconocida en la literatura por su valor en el proceso de razonamiento clínico y aprendizaje autodirigido, no fue la de mayor presencia en los relatos de docentes ni estudiantes. Hay varias explicaciones para esto:

1. El SNAPPS, a diferencia del OMP, requiere entrenamiento para docentes y estudiantes previo a su implementación (Fagundes et al., 2020; Seki et al., 2016; Wolpaw et al., 2003). Esto no ha sucedido en el sitio donde se ejecutó el estudio, por lo que su implementación espontánea no es esperable.
2. El SNAPPS se implementa de forma ordenada en cada uno de sus pasos (véase tabla 5) y no como en el OMP, donde de forma variable se puede implementar cada MH dependiendo del contexto y decisiones del profesional (Fagundes et al., 2020; Neher & Stevens, 2003; Seki et al., 2016).
3. El estudio se enfocó en estudiantes de pregrado, y solo se exploraron las diferencias globales en estrategias de enseñanza con residentes (capítulo anterior). Es poca la literatura respecto al SNAPPS en pregrado (Pierce et al., 2020).

Aun así, en el estudio de Pierce et al. (2020) hay algunos hallazgos interesantes respecto al SNAPPS. Cuando se analizan sus componentes individuales, el paso de resumir (*sumarize*) es una actividad frecuente evidenciada en los relatos y directamente relacionada con las estrategias de PC y RP. El paso estrechar (*narrow*) es una actividad muy similar a la MH1 del OMP y, como se explicó, es frecuente su implementación. Se podría considerar, entonces, que hasta aquí hay una implementación parcial de la técnica del SNAPPS. Sin embargo, los siguientes pasos son poco desarrollados o ausentes. El tercer paso, analizar (*analyze*) es una actividad muy similar a la MH2 del OMP, y como se evidenció, de menor ejecución en los relatos de los docentes.

El SNAPPS es reconocido por estimular un mayor grado de autonomía (teoría de autodeterminación del aprendizaje), mediante la inducción de preguntas. Esto es evidente en el cuarto paso, probar (*probe*), en el que el estudiante pregunta, discute y reta al tutor. Este paso no se identificó en ningún relato de estudiantes de pregrado, y de

manera excepcional en docentes, pero generalmente cuando realizan consultas con residentes.

A diferencia del OMP, en el SNAPPS en diferentes estudios se ha reconocido que el estudiante percibe una mayor oportunidad de preguntar y expresar incertidumbres con respecto a los casos. El estudiante espera por las preguntas que tiene el docente, por lo que la autodeterminación es menor. De esta manera, el OMP está más fundamentado en lo que el docente cree que necesita el estudiante, y no en lo que el estudiante manifiesta necesitar (Fagundes et al., 2020). Esto último es muy evidente en este estudio, pues las preguntas las dirige el docente. Aquí algunos ejemplos de relatos de docentes que utilizan OMP:

Analizamos el caso con el de la siguiente forma, yo le digo. “A mí me ha ido mejor con esto”, entonces yo le pregunto a él “¿a ti cómo te ha parecido eso desde tu experiencia?”, y hacemos una parte más comparativa del caso clínico, ¿cuál es tu concepto de no ponerle progesterona? (TE-OMPP-G5.1)

Le pregunto al estudiante: bueno, ¿cómo te pareció?, ¿qué opinas?, ¿cuál es tu percepción? O ¿qué crees tú respecto al caso de esta paciente?, el diagnóstico, los diagnósticos diferenciales. ¿Qué dudas tienes con respecto a este caso?, y les pregunto qué falla creen que pudo haber existido en el manejo de este caso. (TE-OMP-G1.1)

Otro aspecto destacable es que en el quinto paso del SNAPPS se evidenció en algunos relatos; empero, ello se describirá con detalle en la sección de retroalimentación (4.2.3), pues este paso tiene que ver directamente con el trabajo autónomo para el estudiante posconsulta.

En conclusión, lo que se observó fue la ausencia de implementación del SNAPPS como la literatura y la técnica lo concibe originalmente (secuencial y con el 100% de los componentes), y lo que se evidenció fue la implementación parcial de alguno de sus componentes.

En la tabla 21 se sintetizan los resultados análisis de la fase clínica de caracterización de EE ambulatoria presentada en esta sección.

Tabla 21. Síntesis de los resultados del análisis de la fase clínica de caracterización de las estrategias de enseñanza ambulatoria

Objetivos específico	Síntesis de resultados
<p>Identificar patrones de prácticas de enseñanza que estén alineados con técnicas descritas en la literatura y que pudieran ser susceptibles de ser afinados y adaptados para el mejoramiento de la enseñanza clínica en la institución. Fase clínica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El tipo de técnica de enseñanza principal más usado fue el de DA (40%), seguido de OMP (32%). 2. La DA es la más utilizada y es constante que su uso se da principalmente en el primer día de rotación del estudiante con el docente y más predominio en el grupo de ginecología. Hallazgo en correlación con los modelos más usados. El OMP es especialmente utilizado en pediatría. 3. Del OMP se revisan cuáles de sus componentes son más utilizados entre los docentes. En general, se usan más las tres primeras MH (con excepción de la MH2), como se ha publicado previamente. 4. Del total de MH, la más usada fue la MH1, seguida de la MH3 y la MH5. Se evidencia el menor despliegue de la MH4 (retroalimentación positiva) y de manera interesante el muy bajo despliegue de la MH2 comparado a otros estudios. Se explican posibles hipótesis al respecto, siendo el factor contexto (objetivo y nivel de formación) la principal explicación. 5. La presentación de caso y el reconocimiento de patrones se evidencian con menor intensidad. Sin embargo, se describen su uso para ciertas actividades (control prenatal, por ejemplo). 6. El SNAPPS no es una técnica utilizada; sin embargo, algunos de sus componentes (pasos 1 y 5) pueden identificarse en ciertas secuencias. 7. Al identificar diferencias entre las técnicas usadas entre pregrado y posgrado, con residentes priman el OMP, el OMP <i>plus</i> y algunos componentes del SNAPPS. 8. En el grupo de ginecólogos primó la DA activa y en los pediatras primó el OMP. En el resto de las disciplinas fue heterogéneo.

Fuente: elaboración propia.

4.2.3. Fase posclínica

En esta fase se describen los principales hallazgos asociados con el momento de la retroalimentación y el trabajo autónomo o plan de acción posterior al encuentro clínico. Si bien la retroalimentación no se da únicamente en la fase posclínica, sí es el evento central descrito en esta fase. Al respecto se identificaron los siguientes hallazgos:

- Los docentes y estudiantes tienen diferencias en la percepción sobre la calidad de la retroalimentación.
- Los docentes la califican positivamente en el 95,2%.

- No hay ningún docente que la califique en la categoría “para nada adecuada”.

En contraste, el estudiante califica la retroalimentación que recibe en consulta como positiva en el 76,3% de los casos, y como para nada adecuada, en el 15,3%. En cuanto al momento en que se lleva a cabo, los docentes y los estudiantes afirman hacerla durante la consulta y después de esta, generalmente. Sin embargo, todos los docentes dicen hacer retroalimentación, pero un 7,6% de estudiantes afirman no recibirla (tabla 22).

Tabla 22. Evaluación de los componentes de la fase posclínica de la estrategia de enseñanza

Perspectiva de los docentes (%)		Perspectiva de los estudiantes (%)	
Calidad de la retroalimentación			
Muy adecuada	16,7	Muy adecuada	15,4
Adecuada	79,2	Adecuada	61,5
Algo adecuada	0,0	Algo adecuada	7,7
No tan adecuada	4,2	No tan adecuada	0,0
Para nada adecuada	0,0	Para nada adecuada	15,4
Momento de la retroalimentación			
Después de la consulta	41,7	Después de la consulta	38,5
Durante la consulta	4,2	Durante la consulta	7,7
Durante y después de consulta	54,2	Durante la consulta y después	46,2
No se realiza en ningún momento	0,0	No se realiza en ningún momento	7,7
Tareas trabajo autónomo			
Muy frecuentemente	41,7	Muy frecuentemente	7,7
Frecuentemente	29,2	Frecuentemente	30,8
Ocasionalmente	25,0	Ocasionalmente	38,5
Raramente	4,2	Raramente	15,4
Nunca	0,0	Nunca	7,7

Fuente: elaboración propia.

Estas diferencias de percepción entre docentes y estudiantes pueden atribuirse al efecto Dunning Kruger⁶ (en el que el docente sobrevalore su esfuerzo), pero también a que los

⁶ Las personas tienden a tener opiniones demasiado favorables sobre sus habilidades en muchos dominios sociales e intelectuales (Kruger & Dunning, 1999).

estudiantes identifiquen la retroalimentación como un proceso estructural que hace útil su experiencia de aprendizaje y, por tanto, califican con exigencia este proceso (Oliveira Franco et al., 2019; Schultz et al., 2004). Una limitación importante la interpretación de estos resultados es que existen diferencias importantes entre los docentes y estudiantes de lo que significa la retroalimentación: unos lo asumen como la calificación, otros como la evaluación o la corrección de lo que no se logró adecuadamente en la jornada:

Creo que la retroalimentación le pertenece al estudiante propiamente. Entonces, digamos, que si tengo a los dos y a los dos hay que calificarle a ambos, porque a veces solo hay que calificarle a uno de los dos, y al otro no porque era su primer día, entonces le digo: me quedo contigo porque vamos a poner nota hoy. (PR-ENF3.2)

En cuanto a la retroalimentación, no todos califican, la calificación es un poco extraña porque va de 0.5 a 0.5, es muy raro que alguien saque mala nota. (PR-E2.4)

La retroalimentación académica es preguntarle al estudiante que compare: ¿cómo llegó esta mañana a como salió hoy de consulta? ¿Siente que sí sirvieron los conocimientos adquiridos? ¿Tenía el tema claro como efectivamente creyó en la mañana o cambió la información? ¿Qué notó diferente de lo que le dijeron en la charla a lo que se dio acá? (PR-MG5.2)

Sin embargo, una explicación importante para estas diferencias está directamente relacionada con el tipo de TE implementado. Hay unas que facilitan mucho más la retroalimentación que otras: en particular el OMP y el SNAPPS. Del OMP se explicó en el capítulo de caracterización los hallazgos en el uso de las MH4 y MH5 en la consulta en Javesalud, aun cuando la predominante fue la MH5 (Fagundes et al., 2020; Jain et al., 2019; Seki et al., 2016; Wolpaw et al., 2003). La DA, siendo la técnica más usada, tiene una limitación natural sobre la profundidad y frecuencia de la retroalimentación, por lo que es comprensible que la percepción del estudiante sea menos favorable sobre este proceso.

Fue interesante encontrar en los relatos un patrón común sobre el qué se retroalimenta. El énfasis se realiza en el examen físico: la semiotecnia, el uso de instrumentos, el orden en que se realiza, y allí se aplica la MH5, no la MH4. Esta última se aplica con menor frecuencia y, generalmente, al final de la consulta, cuando se hace una retroalimentación

global. No es tan frecuente la retroalimentación sobre el diagnóstico y el plan, y es casi imperceptible sobre el interrogatorio:

Ya al momento del examen físico me dan la responsabilidad a mí, y al mismo tiempo mientras yo lo hago me evalúan, me hacen correcciones y me hacen preguntas, no con el afán de “corcharme” hablando en lenguaje coloquial, sino enseñarme de acuerdo con la patología que consulta el paciente. (RE-E7.1)

Otras investigaciones han descrito los principales factores que afectan la retroalimentación: tiempo limitado para hacerlo, desconocimiento de cómo hacerlo, percepción de que es un proceso inadecuado frente al paciente o que se carece de un vínculo de confianza para realizarlo (Farrell et al., 2017; Oliveira Franco et al., 2019). De todos ellos, en este estudio los factores principales identificados por docentes y estudiantes fueron el tiempo limitado y la percepción de que puede ser inadecuado frente al paciente. Algunos autores afirman que del total de la conversación entre estudiante y docente que sucede en una consulta ambulatoria convencional donde se use principalmente la PC como TE, solo el 3-6% corresponde a la retroalimentación y que el uso general de esta oscila entre 0% y el 16% (Schultz et al., 2004).

Sobre que el proceso sea inadecuado frente al paciente explica por qué la mayoría de las retroalimentaciones se hacen en la fase de posconsulta. Aquí algunos ejemplos que ilustran la importancia de evitar momentos incómodos para el paciente y para el estudiante en este proceso:

Las retroalimentaciones que yo les hago a los estudiantes, trato de hacerlas cuando el paciente sale, y no en presencia del paciente. (RE-MF2.1)

Le refuerzo alguna o algunas de las debilidades evidenciadas y temas por revisar o fortalecer en casa o tareas para los próximos encuentros. Normalmente también durante la consulta voy haciendo algunas correcciones respetuosas para mejorar sobre el paciente, por ejemplo: examen de cuello, toma de tensión arterial, etc. aunque otras sí las dejo para el momento de retroalimentación. (RE-I1.3)

Se retroalimentan al final, porque obviamente no se va a hacer quedar mal a nuestro estudiante delante de los pacientes; mientras que otros hacen uso del concepto del paciente para la retroalimentación del estudiante incluso delante del paciente, y le digo al paciente “¿qué tal lo hizo? ¿Cómo lo vio?”. (RE-MG5.3)

Los estudiantes también prefieren que no haya retroalimentación en la consulta para evitar incomodar al paciente y porque consideran que este es el foco de la consulta; no ellos como estudiantes: “Yo prefiero la retroalimentación al final por respeto al paciente; ellos no son un objeto para aprender” (RE-E4.3):

Rara vez se aclaraban cosas en la consulta porque creo que no se debe quitar el foco al paciente, debe haber un balance entre lo que se enseña con el paciente pero siempre a favor del paciente. Era algo que pensábamos con mi compañero. (RE-E2.5)

Con respecto al vínculo de confianza descrito por otros autores, de forma generalizada, en los relatos de los docentes se menciona la continuidad con el mismo tutor para establecer un vínculo de confianza, que fue identificado como un facilitador de la retroalimentación:

Ellos aprenden más si uno, por ejemplo, está 2 o 3 días con el mismo grupo de estudiantes. ¿Por qué? Porque pues obviamente hasta para el tema de la evaluación es más fácil, porque uno puede darse cuenta si el estudiante está interesado, si el estudiante revisó o está interesado en los temas que uno le propuso. (ER-MG1.2)

Resultaron interesantes otros hallazgos: muy pocos utilizan la autoevaluación del estudiante como recurso en la fase de posconsulta: algunos docentes y estudiantes mencionaron la utilidad de la retroalimentación que se hacen entre compañeros y cómo esta, muchas veces, suple la que no hace el docente:

Después les pregunto porque siempre tengo dos, “¿qué le faltó a tu compañero en el examen físico?”, y los retroalimento a los dos. (MG/)

La retroalimentación en toda la rotación no fue mucha en cuanto a la técnica semiológica, más era entre nosotros. (ER-E2.6)

Este último hallazgo es interesante frente a los postulados de los roles del estudiante de medicina en el proceso de enseñanza. Aparte del rol facilitador comentado en el anterior capítulo, se añaden dos fundamentales: que el estudiante autoevalúe sus habilidades de aprendizaje, ya que esta es una gran oportunidad para detectar sus fortalezas y debilidades y además el de evaluación por pares de estudiante a estudiante. (Karakitsiou et al., 2012)

Y, finalmente, es general el discurso de la retroalimentación de forma unidireccional (del docente al estudiante). Con pocas excepciones se encontró un planteamiento de retroalimentación bidireccional:

Finalmente, le indico que también me hable de las fortalezas o debilidades evidenciadas durante el desarrollo de mi consulta, o algo a destacar durante la jornada con sus recomendaciones. (RE-I1.4)

En referencia a la delegación de trabajo autónomo de la fase de posconsulta, también hay diferencias importantes en las percepciones de docentes vs. estudiantes, aun cuando es más favorable la calificación dada por los docentes. La explicación a este fenómeno también puede estar influenciada por el efecto Dunning Kruger. Cuando se explora si la TE pudiera impactar este proceso, es probable que técnicas como el SNAPPS favorezcan el desarrollo de tareas puntuales para el estudiante, por encima incluso del OMP (Wolpaw et al., 2012).

El paso 5 del SNAPPS (plan) consiste en seleccionar un caso para el estudio autónomo con preguntas para revisar. Esta actividad (sin los otros pasos del SNAPPS) fue detectada en los relatos de los docentes de todas las disciplinas y en los relatos de los estudiantes. Aquí algunos ejemplos: “La retroalimentación después de la consulta sí era mucha; eran preguntas y tareas para el otro día (por ejemplo, estudie la escala de coagulación). Esas tareas se aplicaban o revisaban en las siguientes consultas” (TE-SNAPPS-E4.1).

Durante la consulta entre paciente y paciente se solucionaban preguntas. Con la doctora en particular, vimos pacientes con trastornos tiroideos y nos dejó tareas para leer sobre el tema. No se pudo hacer la retroalimentación de lo leído pero eso sirve de todas maneras. (TE-SNAPPS-E2.2)

En últimas, estos hallazgos demuestran que el trabajo autónomo se realiza con relativa frecuencia, independiente de si la TE fue DA, OMP, PC o RP; pero que no es una actividad consistente. De ahí las diferentes percepciones entre docentes y estudiantes. Para que sea consistente, se requiere la implementación de TE que propicien este desarrollo como lo es el SNAPPS. La tabla 23 sintetiza los resultados del análisis de la fase posclínica, a la luz de los objetivos del proyecto.

Tabla 23. Síntesis de los resultados del análisis de la fase posclínica de caracterización de las estrategias de enseñanza ambulatoria

Objetivos específico	Síntesis de resultados
Identificar patrones de prácticas de enseñanza que estén alineados con técnicas descritas en la literatura y que pudieran ser susceptibles de ser afinados y adaptados para el mejoramiento de la enseñanza clínica en la institución. Fase posclínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existen diferencias en la forma en que conciben la retroalimentación estudiantes y docentes, su percepción de calidad e, incluso, si esta es realizada o no. Es más favorable la percepción de los docentes que la que tienen los estudiantes. Se explican posibles factores que influyen en estas diferencias. 2. La TE es un factor que puede determinar esta percepción. El OMP facilita más espacios de retroalimentación a través de sus componentes MH4 y Mh5 vs. otras técnicas como la DA, el RP o la PC. Dado que la DA es la TE principal en este estudio, es posible que esto explique la percepción de los estudiantes en cuanto a este proceso. 3. El factor principal identificado por docentes y estudiantes en este estudio que pueden impactar negativamente la retroalimentación fueron el tiempo limitado de las consultas y la percepción de que puede ser inadecuado frente al paciente. 4. Otros hallazgos, como los vacíos en el conocimiento y uniformidad de conceptos frente a la retroalimentación, el no uso de la herramienta de autoevaluación y la inconsistencia en la delegación de trabajo autónomo, son puntos de mejora fundamentales para la EE en Javesalud.

Fuente: elaboración propia.

4.3. Experiencias de aprendizaje con la implementación de las estrategias de enseñanza

En esta sección se abordan las percepciones de utilidad en la implementación de las EE, el efecto que tienen en la supervisión y delegación y las barreras encontradas en su implementación.

4.3.1. Percepción de utilidad de las estrategias

De las entrevistas a los estudiantes sobre cuáles son aquellas actividades o factores que hacen que la EE en consulta les resulte más o menos útil para su aprendizaje se obtuvieron los siguientes resultados. Con respecto a la TE, todas fueron señaladas como útiles; sin embargo, el OMP y sus componentes fueron las más destacadas, en particular les dieron mucha importancia al desarrollo de las siguientes MH: MH2, MH1 y MH4, en ese orden. Esto es muy importante porque, como se explicó, el OMP y sus MH son la

segunda estrategia más implementada por los docentes luego de la DA; pero, además, la MH2 y la MH4 son las menos evidentes en su uso en los diferentes relatos. Aquí algunos relatos que sustentan lo anterior. En este primer ejemplo, el estudiante destaca el desarrollo de la presentación de caso (signos), la interpretación diagnóstica (MH1), la sustentación (MH2) y las correcciones *in situ* (MH5):

Él tiene una estrategia que me gusta mucho, mientras uno va haciendo el examen físico, él va cuestionándolo a uno. Uno ausculta, por ejemplo, al paciente, y ahí mismo pide describir qué escuchó. Uno le responde y sigue haciendo preguntas y corrigiendo. Eso a uno lo hace pensar y el proceso es más consciente, pensar más allá. (FE-E5.3)

En el segundo ejemplo, la estudiante destaca el desarrollo de la MH1 del OMP y en parte el componente *narrow* del SNAPPS:

La que más me gustó fue que permitieran hacer el examen físico completo del niño, más que pesarlo y medirlo más, uno se aproxima más a ser médico, a pensar en que puede tener, su diagnóstico y diagnósticos diferenciales. (FE-E9.3)

Esto concuerda con hallazgos de otros estudios del OMP, en que los estudiantes perciben que el poder verbalizar el diagnóstico y establecer el plan de manejo les permite generar una representación más organizada de hechos numerosos y complejos (Pierce et al., 2020).

Con menor frecuencia, la PC también tuvo una percepción de utilidad, en particular la tarea autónoma cuando se ejecuta, también destacada como práctica y útil. La PC carece de estudios específicos que midan la experiencia, pese a ser una de las técnicas más empleadas, pero sí resulta consistente la percepción de menor utilidad en este grupo de estudiantes, pues está enfocada en la presentación de hechos fácticos y no tanto en la posibilidad de verbalizar el razonamiento clínico que subyace al diagnóstico (Fagundes et al., 2020). Sin embargo, para entornos como el de este estudio, con estudiantes con poca experiencia clínica, se encontraron comentarios que le dan valor. En este ejemplo se destaca como una acción repetitiva muy frecuente en la PC y en el reconocimiento de patrones que representa utilidad, pues organiza los *scripts*: “Algo muy útil es la constancia de tener consulta tras consulta. Que sea algo repetitivo, a mí nunca se me va a olvidar hacer un examen físico completo, en el orden que corresponde” (FE-E7.2).

Es importante señalar que la percepción de utilidad va ligada al bienestar y comodidad de los estudiantes entrevistados. En los principiantes puede haber más dificultades para manejar ciertas demandas del tiempo, captura y organización de los datos del paciente, síntesis, análisis, planteamiento diagnóstico y terapéutico, por lo que una estrategia o componentes del OMP resultarían en una percepción de utilidad mayor tanto para el docente como para el estudiante de pregrado que el SNAPPS (Fagundes et al., 2020; Pierce et al., 2020). Estos hallazgos son consistentes con estudios previos donde han medido la percepción desde el estudiante en la implementación de estas estrategias. En el estudio de Okubo et al. (2014) se demostró que la satisfacción en la implementación de la OMP fue alta, pues existe percepción de mayor reflexión, posibilidades de razonamiento clínico versus otras estrategias y posibilidades de desarrollo de habilidades de comunicación.

De manera interesante, no importa cuál sea la estrategia, algunos estudiantes aseguran que la experiencia de aprendizaje es mejor cuando tienen un compañero de su semestre en la consulta, pues se apoyan durante la consulta, se acompañan y se dan retroalimentación, y ello resulta en una experiencia más útil de aprendizaje. Esto contrasta con otros estudios en los cuales se ha identificado que se le da poco valor a contar con otros aprendices en la clínica, a pesar de que la teoría del aprendizaje social sugiere que esto mejora el aprendizaje (Schultz et al., 2004).

Finalmente, la DA es percibida en casi todos como muy útil; esto en consonancia con algunos postulados relacionados con el valor de esta técnica para estudiantes con poca experiencia (Irby & Wilkerson, 2008; Smith & Irby, 1997):

La fortaleza en Javesalud es la observación. Cuando uno mira hacer las cosas, uno aprende a hacerlas, a estar ahí y ver cómo el doctor trata a los pacientes, cómo maneja el niño. Por ejemplo, si está irritable, uno aprende más cuando el doctor le muestra incluso que preguntar, cómo coger al niño al momento del examen físico. (FE-E9.4)

De los factores asociados con el docente, los más destacados son el trato hacia los pacientes, el vínculo de confianza que entabla el docente con los estudiantes, el conocer al docente antes del encuentro clínico, la continuidad del relacionamiento (un día vs. dos,

tres con el mismo docente) y la experiencia del docente en docencia. Aquí algunos relatos respaldan estas afirmaciones:

Las consultas que más disfrutaba eran donde se trataba bien el paciente, más allá de que fuera académica o no. Había varios médicos generales que querían salir muy rápido de la consulta y cumplir los 20 minutos por paciente; nosotros no podíamos hacer nada y al paciente le quedaban dudas. (FD-E1.2)

En este aspecto, Irby (1995) describió cuatro características esenciales para que un docente clínico sea efectivo: 1) la competencia clínica y experticia en su campo, 2) la supervisión efectiva (da responsabilidades y provee oportunidades de aprendizaje), 3) el dinamismo en la enseñanza (involucramiento y entusiasmo por enseñar) y 4) que sea una persona que apoye al estudiante, es decir, que sea amigable y sea competente con el estudiante. En este estudio, los estudiantes dieron mayor relevancia a los componentes tres y cuatro. Hallazgos similares fueron los de Shultz et al. (2004) en estudiantes de pregrado de último año. El factor principal para percibir la experiencia de aprendizaje como útil fue la interacción con el docente, esto es, docentes entusiastas que delegan y se involucran con los estudiantes. A esto lo denominaron el *software* de la interacción. El grado de conocimiento o destreza clínica fueron también secundarios, como en este estudio. En una revisión sistemática, se realizó una búsqueda de todos los trabajos de investigación realizados en el modelo de roles. Se identificaron tres tipos de atributos en los artículos seleccionados que juegan un papel determinante en la concepción positiva de un modelo de rol: atributos clínicos, habilidades en la enseñanza y atributos personales. En los atributos clínicos se identificó que el desempeño clínico (habilidad clínica) era tan importante como el humanístico (empatía, respeto y compasión) para definir un modelo de rol positivo, hallazgos similares a lo encontrado en este estudio.(Passi et al., 2013).

Es llamativo que el “trato adecuado al paciente” sea el atributo más documentado en los estudiantes y que determina la utilidad de su experiencia en consulta. Esto pone de relevancia lo señalado en la revisión sistemática sobre el papel del modelo de roles en la enseñanza (Passi et al., 2013). Otro estudio, el de Wealthall y Henning (2012) sugiere que para el estudiante es fundamental que el docente tenga un enfoque de atención centrada en la persona para que su experiencia de aprendizaje tenga valor.

Esto contrasta con otros estudios que evalúan comportamientos de los docentes que facilitan o dificultan la experiencia en consulta, la mayoría apuntan a las dimensiones de Irby (1995) de dinamismo, efectividad, darretroalimentación, involucrar al estudiante, etc.; pero no el trato adecuado con el paciente(Oliveira Franco et al., 2019; Schultz et al., 2004).

4.3.2. Barreras percibidas en la implementación de las estrategias

En los grupos focales de docentes se exploraron las barreras para la implementación de las categorías factores del docente, del estudiante, del paciente y del contexto. Las principales fueron las asociadas al contexto (55,5%), y de este grupo el tiempo escaso para la enseñanza (26,6%) fue el principal. Este factor es uno de los más señalados como barrera en la enseñanza ambulatoria en diferentes publicaciones (Baharvand, 2018; Irby, 1995; Oliveira Franco et al., 2019; Schultz et al., 2004). Es importante aclarar que este factor es una barrera, pero no fue catalogado como uno que determine la elección de la técnica, como se explicó en secciones anteriores.

Cuando se exploró en estudiantes y docentes cuál es la situación específica que hace que el tiempo lo perciban como barrera, lo que se halló es el tiempo para discutir los casos con los docentes, seguido del tiempo destinado para evaluar y retroalimentar. También señalaron otros factores de contexto pero en menor proporción (espacio físico, fallas del sistema de historia clínica o programación del estudiante). Con esto es posible que el tiempo sí tenga injerencia en el mayor o menor despliegue de ciertas MH del OMP; pero no en la elección de la técnica o planeación de la estrategia previa a la consulta.

Factores del contexto, como costos para mantener las prácticas, falta de apoyo institucional o desalineación con los objetivos del currículo de la universidad no fueron relatados por estudiantes ni por docentes en este estudio, lo cual constituye una evidente fortaleza (Baharvand, 2018; Oliveira Franco et al., 2019; Schultz et al., 2004).

El segundo factor más importante para los docentes fue el asociado con el paciente. Aquí se resaltan aspectos como la comodidad e intimidad del paciente, pero también la diversidad de patologías e inasistencias que impiden la experiencia clínica adecuada. La percepción de que la diversidad de patologías es una barrera para la enseñanza se basa en que esto le impide al estudiante exponerse uniformemente a una buena cantidad de condiciones patológicas más comunes y que la complejidad de ciertos casos puede no corresponder a las competencias esperadas para el nivel de formación en la que están estos estudiantes.

Esta afirmación, frecuente en los relatos de estudiantes y docentes, está en sintonía con algunos estudios, pero discrepa de otros, donde la variedad ha sido calificada como

facilitadora de la experiencia. Algunos autores explican cómo los casos prototipo y de baja complejidad le agregan utilidad a la experiencia especialmente en niveles bajos de formación (Irby, 1995; Smith & Irby, 1997); otros sugieren que la variedad de condiciones clínicas (incluso como atributo independiente al número de pacientes vistos) mejoran el desarrollo de habilidades, pues los expone y reta a fortalecer el razonamiento clínico (Schultz et al., 2004).

Dentro de los relatos de los estudiantes y los docentes, la pérdida de continuidad del cuidado no fue un factor negativo para la experiencia en la consulta ambulatoria, esto es, la mínima probabilidad de volver a ver a un paciente al cual se le planteó una intervención y un plan específico. No obstante, esta barrera sí ha sido descrita en otros estudios, con frecuencia (Irby, 1995). Los factores estudiante y docente se ponderaron en tercer lugar, de forma similar. El factor estudiante se resume en su actitud frente a las actividades de la consulta; mientras que el factor docente es muy variado en su descripción (capacitación insuficiente, falta de vocación, prejuicios sobre ser docente, entre otros).

Existe una tendencia en el discurso de enfermería a afirmar que la disposición del estudiante es un factor fundamental en la experiencia de la estrategia. A diferencia de otras disciplinas, en las cuales el tiempo es un factor estructural, aquí se le da mucha más relevancia al estudiante y luego a otros factores como el contexto. Se tiende, además, a clasificar a los estudiantes en proactivos, nerviosos, pasivos, cerrados, y cómo esto determina el éxito o la limitante de su estrategia. No son muchos los estudios que se enfocan en los factores relacionados con el estudiante, y solo se encontró uno donde se hace referencia a la falta de interés y motivación como facilitador de la experiencia (Oliveira Franco et al., 2019). Otros factores reportados previamente como el número de estudiantes, sus creencias, barreras del lenguaje y comunicación estuvieron ausentes en este estudio.

4.3.3. Percepción de la supervisión y la delegación en la implementación de las estrategias de enseñanza

A continuación se examinan los hallazgos sobre la supervisión y delegación como componentes esenciales de las secuencias de actividades implementadas por los docentes, y cómo la estrategia de enseñanza marca su desarrollo. Al explorar la supervisión desde docentes y estudiantes en el marco de la enseñanza clínica durante la consulta, los resultados fueron los siguientes: la calificación de la supervisión es positiva tanto en docentes como estudiantes, con una ligera percepción de mayor calidad en este proceso por parte de los docentes (tabla 18). Al explorar la delegación desde docentes y estudiantes en el marco de la enseñanza clínica durante la consulta, sí hay más diferencias en la percepción entre los grupos: los docentes califican la delegación como adecuada en el 70,8% y como muy adecuada en el 25%; mientras que los estudiantes dan una puntuación mayor a la calidad de la delegación: en el 53,8% de los casos la califican como muy adecuada, seguido de adecuada, en el 38,4%. En la tabla 24 se especifican los porcentajes de la calificación de los dos atributos.

Tabla 24. Evaluación de la percepción de delegación y supervisión en consulta: perspectiva de docentes y estudiantes

Supervisión en consulta	Perspectiva de los docentes	Perspectiva de los estudiantes
	(%)	(%)
Muy adecuada	41,67	30,77
Adecuada	50,00	61,54
Algo adecuada	4,17	0,00
No tan adecuada	0,00	7,69
Para nada adecuada	4,18	0,00

Delegación en consulta	Perspectiva de los docentes	Perspectiva de los estudiantes
	(%)	(%)
Muy adecuada	25,00	53,85
Adecuada	70,83	38,46
Algo adecuada	4,17	0,00
No tan adecuada	0,00	7,69
Para nada adecuada	0,00	0,00

Fuente: elaboración propia.

Para entender estos hallazgos se analizaron los factores que contribuyen a la delegación y supervisión como componentes fundamentales dentro de la estrategia de enseñanza desde una doble perspectiva: docentes y estudiantes. Los factores se clasificaron en aquellos que dependen del docente, del estudiante, del contexto y del paciente. La clasificación toma como referencia los trabajos de Kisiel et al. (2010) y Oliveira Franco et al. (2019). Se encontró en común que docentes y estudiantes consideran como factores principales para determinar la delegación los que son asociados al paciente (51% y 41,2%, respectivamente); sin embargo, todos los demás factores pesan de forma diferente para estos grupos. El segundo factor más importante para los docentes son los asociados a los estudiantes; mientras que para los estudiantes es el factor docente el que ocupa el segundo lugar (tabla 25).

Tabla 25. Factores que determinan la delegación según los relatos obtenidos de docentes y estudiantes

Factores delegación	Perspectiva del docente (%)	Perspectiva del estudiante (%)
Estudiante	43,1	11,8
Paciente	51,0	41,2
Contexto	5,9	17,6
Docente	0,0	29,4

Fuente: elaboración propia.

4.3.3.1. Factores asociados con el paciente

En cuanto a los factores del paciente, priman tanto para docentes como para estudiantes todos aquellos relacionados con el nivel del riesgo de la intervención clínica y si el paciente es visto por primera vez o es de control (tabla 26). Para los docentes resultó más problemática la delegación para situaciones clínicas que impliquen mayor riesgo de seguridad para el paciente:

Me cuesta trabajo delegar la citología porque no hacer el procedimiento de una forma correcta puede tener como consecuencias que se ponga en riesgo la salud de la paciente,

porque puede salir un resultado erróneo o un resultado insatisfactorio que puede ser justo esa paciente que no regresa. (FD-ENF1.3)

Y porque puede haber situaciones de vulnerabilidad de derechos, como la privacidad o el pudor, tal como el examen genital o ginecológico:

El examen genital no lo delego, porque siento que es como la parte privada dentro del examen físico y sigue siendo una zona de pudor. (FD-P4.4)

A veces uno tiene mucho bagaje y conocimiento, uno sabe cómo hacer el examen físico genital, hacerlo en la práctica es distinto, aplicarlo no tiene ni idea y ahí se necesita el acompañamiento del doctor. (FD-E4.2)

Las implicaciones legales fueron más explícitas en los docentes: “La historia clínica no la delegó por implicación legal, o sea, la única seguridad que yo tengo que lo que está escrito ahí y es lo que yo pensé, dije y transmití es que lo haga yo” (FD-P1.4).

En docentes y estudiantes también se evidenció una preocupación en general por cualquier situación que ponga en riesgo la relación médico-paciente: “Me cuesta delegar la consejería, porque a veces la información que ellos dan puede que no tengan la habilidad de llegarle a los papás y darle la información como es” (FD-P5.5).

Personalmente yo prefiero mantener la prudencia porque uno está hablando de alguien que está ahí presente, personas que de pronto vienen con una enfermedad y de pronto que uno como estudiante empiece a hablar mucho y el paciente no se sienta bien con eso. (FD-E10.1)

Tabla 26. Factores del paciente que determinan la delegación

Factores paciente	Perspectiva del docente (%)	Perspectiva del estudiante (%)
Riesgo de intervención	19,2	14,3
Edad del paciente	7,7	0,0
Paciente 1ª, . Vez control	19,2	28,6
Motivo de consulta	7,7	0,4
Paciente pediátrico	15,4	0,0
Paciente “difícil”	7,7	0,0
Pacientes crónicos	3,8	14,3
Intimidación del paciente	7,7	0,0
Tipo de diagnóstico	11,5	0,0

El segundo atributo en los factores asociados con el paciente lo constituyó si este asistía por primera vez o era de control (siendo el principal para los estudiantes). Los docentes y estudiantes identificaron que los pacientes de control ofrecen ventajas, como un vínculo previo con ese profesional, manejo más efectivo del tiempo y posibilidad de enfocar la consulta en aspectos puntuales que favorecen la eficiencia y la experiencia del aprendizaje. Docentes y estudiantes identifican la consulta de pacientes crónicos como una ventaja para la delegación, dada la estabilidad de la condición y continuidad de este tipo de pacientes:

Los pacientes que veo normalmente son crónicos; entonces no es que vaya a cambiar la condición clínica tan rápido del paciente; al contrario ellos se me vuelven una ayuda y un apoyo en la consulta. (FD-MG1.1)

Si es un paciente que yo conozco y he examinado muchas veces, les doy un poco más de libertad. (DF-P1.5)

La delegación también depende del caso y la especialidad, como que es más fácil en delegar en pacientes crónicos, porque el 80-90% van a renovar la fórmula; son pacientes estables, no tienen nada grave agudo, al hacer el EF no habrá nada raro, así los especialistas están más confiados. (FD-E5.3)

Para aquellos pacientes de primera vez (por ejemplo, de consulta prioritaria), dada la incertidumbre frente a lo que pueda encontrarse y el tiempo mayor que demanda un paciente de primera vez, son menos preferidos para la enseñanza. Esto es corroborado en los relatos de los estudiantes:

Delegar un paciente de consulta prioritaria por el tiempo es difícil y uno apenas está comenzado, nos demoramos mucho tomando la presión arterial, y pues uno entiende, el doctor es demandante consigo mismo, pero los pacientes también. (FD-E2.3)

Esto se confirma con relatos de los docentes:

Cuando son pacientes nuevos, soy un poco más exhaustivo en la supervisión; cuando son pacientes conocidos, que son controles, la supervisión va más enfocada a la técnica de toma de presión arterial, a la auscultación cardíaca. Digamos que son temas mucho más puntuales. (DF I1.2).

Simon et al., en el 2003, señalaron tres dominios a la hora de seleccionar a los pacientes para la enseñanza clínica: el manejo efectivo del tiempo, el valor educativo que represente ese paciente para el estudiante y la influencia del estudiante en la relación médico-paciente. Los hallazgos de este estudio sugieren que para los docentes priman los factores que puedan influir en la relación médico-paciente, y de forma secundaria, el manejo del tiempo y el valor educativo. Según el estudio de Simon et al., los docentes prefieren elegir a pacientes con condiciones agudas sobre aquellos pacientes conocidos (de control), percepción opuesta a lo que evidenciado en este estudio. Contrasta, además, que para los estudiantes es más importante la dimensión del valor educativo en sus relatos que los otros factores.

Esto es consistente con la mayor frecuencia en Javesalud de utilización de TE como la DA, el tipo de interacción *sitting model* y el modelo de organización de consulta tipo tribuna, en los cuales hay menos riesgos en la irrupción de la relación médico-paciente, pero también hay menor posibilidad de delegación de actividades (Chinai et al., 2018; Irby, 1995). El tiempo y el paciente son modificadores de la TE implementada, dada la incertidumbre del paciente que llegará, y en cuanto a los tiempos cortos, el profesional se adaptará a cada caso, alternando de TE más demostrativas a otras más participativas (OMP) con oportunidades de delegación variables.

4.3.3.2. Factores asociados con el estudiante

De los factores asociados con el estudiante priman los conocimientos y las habilidades previas, seguidos de la percepción del docente de seguridad y confianza que observe en el estudiante. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos, en los que se ha identificado que para estudiantes con menor experiencia, es deseable explorar su grado de conocimiento y habilidad a través de observaciones, antes de delegar una tarea específica con un paciente (Beach, 2017; Irby & Wilkerson, 2008). Dicha exploración inicial de conocimientos y habilidades previa a cualquier intervención para definir la delegación es frecuente en Javesalud, de acuerdo con los relatos de docentes y estudiantes:

Hay unos a los que yo les pregunto si quieren tomar la fetocardia y dicen que no, que mejor la siguiente. Hay otros que dicen que sí, y entonces lo intentamos. Hay algunos que dicen que lo haga yo, porque el estudiante no lo encontró. Yo no le quito el Doppler al estudiante, sino que le guio la mano al estudiante. (DF-ENF4.2)

Yo dejo que hagan algo de consejería a los papás como en los temas que uno ve que tienen claro. Si veo que no los tienen claros, no los dejo y lo hago yo. (FD-P4.5)

En el examen físico creo que es indispensable, a pesar de que ya han tenido un entrenamiento de inducción en un maniquí, como primer factor que tengo en cuenta, para permitir o no el examen ginecológico, es la habilidad y conocimiento que tenga el estudiante en este procedimiento. Esto se lo indago al estudiante antes de iniciar la consulta para plantear qué tanta destreza pueda especialmente en la postura de un espéculo y hasta dónde permitirle compartir el examen. (DF-G1.2)

Es una práctica generalizada que la delegación progrese en función del número de días que esté en contacto el estudiante con ese docente. La continuidad en la observación por parte del mismo docente para constatar directamente el desarrollo de la competencia del estudiante es un factor fundamental:

El día 1 es de observador casi siempre. Ya del segundo día en adelante él puede intervenir más en el interrogatorio. No lo someto el primer día porque el estudiante entra en pánico. Ese primer paciente es básico, porque ellos me están demostrando que están aptos o no. Y dependiendo de lo que yo vea en ese primer paciente, pues es la delegación de responsabilidades en el segundo, tercer y en adelante.

En cuanto a la supervisión, existe una tendencia importante desde los docentes de supervisar más al que consideran menos experto, menos seguro y con menos conocimientos:

La supervisión en aquellos que veo que son académicamente muy buenos, que tienen una muy buena maniobrabilidad, entonces a ellos sí los dejo que experimenten más, sí están supervisados pero con menos puntos de chequeo y menos puntos de comprobación, que aquel al que no le veo tanta habilidad. Al que tiene menos habilidad soy más pendiente con los puntos de chequeo y estoy más encima. (FD-I2.4)

Estos hallazgos se trasladan a la elección de su técnica de enseñanza. Es más de tipo demostrativa (DA) en estudiantes que los docentes noten inseguros o poco habilidosos en el momento de abordar a un paciente. Entre tanto, las técnicas menos demostrativas, como la PC o el OMP, se emplean cuando perciben mayor confianza, habilidades o conocimientos. Aquí es realmente importante y como punto de buena práctica es garantizar que la TE elegida sea en función de las necesidades del estudiante para favorecer su rol facilitador, solo así, el estudiante que se observa menos habilidoso o inseguro puede lograr una buena experiencia de aprendizaje. (Karakitsiou et al., 2012).

4.3.3.3. Factores asociados con los docentes

Los estudiantes ubican en segundo lugar los factores asociados con el docente que influyen en la delegación. De estos, el tipo de profesional (disciplina) es relevante. Señalan cómo los especialistas son más confiados que los médicos generales en función de la experiencia:

La delegación depende mucho de la experiencia del docente. A los médicos generales les cuesta más que a los especialistas, poniéndome en el lugar de ellos, si yo no tengo la experiencia y es la primera vez que hago la consulta, y me da como miedo todo, todo lo quiero hacer yo, por ejemplo. Había una médica que me dejaba pero todo lo tenía que verificar. Los especialistas confiaban un poco más en nosotros. (FD-E1.1).

Otros argumentaban que hay una mayor delegación por parte de los especialistas que por parte de los médicos en función del tipo de paciente y la continuidad del cuidado: “Los internistas conocen a los pacientes, de larga data, eso facilita la delegación vs. médicos generales que son pacientes que raramente vuelven a ver” (FD-E5.3). Esta ventaja no solo es para la delegación, sino para la experiencia global de aprendizaje y por ende el tipo de técnica que usan.

Otros factores asociados con el docente desde la perspectiva del estudiante lo constituyen la escuela de la cual provenga (experiencia previa de cómo aprendieron): “Las variaciones en la delegación pueden ser por muchos factores, algo que influye mucho fue la facultad donde estuvo ese doctor, y cómo le enseñaron a él” (DF-E5.4).

Existe una tendencia importante en el grupo de ginecólogos y pediatras a vincular su forma de delegación con factores asociados con el paciente (riesgos de las

intervenciones, intimidad en la paciente ginecológica, edad del paciente pediátrico); mientras que los internistas y enfermeras asocian más factores con el estudiante (motivación, seguridad, interés, conocimientos y habilidades previas), todo ello explicado respecto a una mayor percepción de riesgo en poblaciones o actividades especiales, como la pediátrica y la consulta ginecológica.

En cuanto a las actividades de delegación, se discutieron en los grupos focales 95, de las cuales a nivel global los docentes consideran de fácil delegación el 69,4% vs. difícil delegación el 30,5%. Al revisar cada actividad, sí hay patrones generales de aceptar siempre algunas, como consejería general de actividades de mantenimiento de la salud, examen físico general (toma de signos vitales, examen físico por sistemas, no así el examen ginecológico u obstétrico), explicación de signos de alarma a pacientes independiente del motivo de consulta, interpretación de tablas antropométricas, verificación de laboratorios o vacunas.

También existen actividades de no delegación o delegación difícil: examen genital, diligenciamiento de la historia clínica, examen del recién nacido, diligenciamiento de formatos de reporte de citología, inserción de dispositivo intrauterino. Estos hallazgos están acordes con la perspectiva docente de darle principalmente importancia a los factores asociados con la dimensión *relación médico-paciente* en el momento de la delegación. Existe consenso general desde los docentes de que los casos difíciles no son delegables, más por las implicaciones para la relación médico-paciente que por otros motivos, como se ha señalado en algunas investigaciones donde se recomienda para estudiantes como los de este estudio la exposición y delegación a casos prototipo y no a pacientes difíciles (Beach, 2017; Simon et al., 2003; Smith & Irby, 1997):

No delego casi nada son en las que yo pueda considerar como “casos difíciles”, ya sea por lo clínico, por la persona misma, la historia, por el contexto en que lleguen, porque sea el quinto concepto que pide la paciente, por situaciones previas. (FD-G2.3)

En la tabla 27 se sintetizan los resultados derivados del análisis de la experiencia de aprendizaje con las diferentes estrategias y las barreras identificadas en su implementación, a la luz de los objetivos del proyecto:

Tabla 27. Síntesis de resultados del análisis de la experiencia de aprendizaje y barreras de implementación de las estrategias de enseñanza ambulatoria

Objetivo específico	Síntesis de resultados
<p>Describir la percepción de las oportunidades de aprendizaje de estudiantes y docentes en relación con las diferentes estrategias de enseñanza utilizadas en Javesalud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los estudiantes perciben utilidad en todas las TE; sin embargo, el OMP y sus componentes fueron los más destacados, en particular y en orden la MH2, la MH1 y la MH4. Esto contrasta con el bajo despliegue detectado en la MH2 y en la MH4. 2. Un facilitador de utilidad frecuente y no relacionado con la TE es de tener un compañero de forma simultánea en las consultas. 3. La TE es el principal factor que determina la experiencia de utilidad. Los más importantes fueron los asociados al docente, y de ellos, el más resaltado y novedoso frente a otros estudios es el trato a los pacientes por parte del profesional. 4. Otros factores del docente destacados por los estudiantes son el vínculo de confianza que entabla el docente y el estudiante. Se da mucha más importancia a las características de trato y relacionamiento que a la experiencia o conocimiento clínico del docente, hallazgos similares a otros estudios. 5. Las principales barreras identificadas en la implementación fueron del contexto (principal: tiempo limitado para la enseñanza), seguido de factores del paciente (intimidación, complejidad y diversidad de patologías como barrera), y en menor medida factores del estudiante (motivación). La barrera tiempo es identificada en todos los estudios previos, no así la diversidad de patologías como barrera. 6. En general, la supervisión y delegación de actividades en la consulta es percibida con alta calidad por parte de docentes y estudiantes. Al analizar los factores que generan una mayor delegación, priman los factores asociados al paciente, tanto en estudiantes como en docentes. El paciente es un modificador de la TE implementada. 7. De los factores del paciente son más importantes para los docentes los relacionados con aspectos médicos-legales o riesgo de seguridad; mientras que para los estudiantes son más importantes los factores relacionados con el valor educativo (tipo de paciente). 8. El factor tiempo y los aspectos médico-legales/riesgo de seguridad del paciente son modificadores de la TE implementada. Dada la incertidumbre del paciente que llegará y los tiempos cortos, el profesional se adapta a cada caso, alternando de TE más demostrativas a otras más participativas (OMP) con oportunidades de delegación variables. 9. De los factores asociados al estudiante, el profesional también se adapta según la habilidad y seguridad que noten en el estudiante, siendo más demostrativos (DA) en aquellos que noten menos confiados.

Fuente: elaboración propia.

4.4. Limitaciones del estudio

En cuanto al tamaño de muestra de docentes, se cumplió con la cuota en cada subgrupo de disciplinas, excepto en medicina general, para la cual se habían propuesto ocho médicos generales (y solo cinco aceptaron su participación). La razón del incumplimiento radica en una rotación natural importante que existe en la institución de este grupo de profesionales. Esta inestabilidad dificulta la consecución de profesionales, y para el momento de la ejecución del estudio los médicos generales novatos casi no manifestaron intención de participar en el estudio y otros que sí habían confirmado se retiraron de la Fundación.

Respecto al tamaño de muestra de estudiantes, se había proyectado la participación de 20, pero participaron 12. Ello radica, en primer lugar, en la saturación que se presentó una vez obtenida la información a partir de los primeros 12 y, en segundo lugar, se pretendió en este estudio caracterizar las enseñanzas en su estado natural, es decir, sin la influencia del COVID-19 y los cambios que hubo a razón de este en las dinámicas de enseñanza clínica en la Fundación, por lo que se privilegió entrevistar estudiantes que recordaran con mayor claridad sus experiencias de aprendizaje antes de la emergencia sanitaria, y esto limitó la obtención de un mayor volumen de estudiantes.

Las recomendaciones que puedan derivarse de este estudio a otras instituciones donde se realice la enseñanza clínica ambulatoria, deben hacerse con precaución, pues la metodología de caso no tiene como fin realizar generalizaciones o explicaciones estructurales a un fenómeno. Otro aspecto a tener en cuenta es que si bien el investigador está inmerso en el sitio del estudio y eso permite una aproximación más empática, la subjetividad del investigador puede generar riesgos en la rigurosidad del trabajo. Para mitigar esto, todas las decisiones de la conducción fueron revisadas, analizadas y definidas con el tutor de la tesis y el comité de ética en investigaciones.

5. Conclusiones

De la fase preclínica se resalta que el tipo de interacción docente-estudiante está determinado por la institución, no así el modelo de enseñanza, que depende especialmente de factores asociados con el docente. El tipo de interacción predominante *docente-varios estudiantes* y el modelo principal fue tribuna, seguido de *sitting model* y supervisado. Esto último se correlaciona con la técnica de enseñanza, esto es, la demostración activa está más ligada al modelo tribuna; mientras que el *One Minute Preceptor* (OMP) y la presentación de caso (PC) están más asociados con modelos tipo supervisado.

De los factores que determinan la elección de la estrategia de enseñanza (EE) por parte de los docentes (factores contexto, estudiante, paciente o docente), los principales en este estudio fueron asociados con el docente, y de ellos, el principal fue la experiencia vivida por los docentes cuando fueron estudiantes. El segundo grupo fueron los factores de contexto, en los que se resaltan los objetivos de la práctica y la cultura organizacional. Los factores en torno a los pacientes están más asociados con barreras o facilitadores de la implementación, más que en la planeación de la EE.

Sí existen técnicas de enseñanza diferentes entre pregrado y posgrado. Son más frecuentes el OMP, la PC, el OMP *plus* y algunos componentes del SNAPSS en el grupo de residentes. Como perspectiva de trabajo, resulta interesante hacer esta misma caracterización con programas de posgrado, dados los hallazgos preliminares de diferencia entre pre y posgrado y entre los mismos programas de posgrado. Fortalecer el SNAPSS y su entrenamiento puede ser una muy buena alternativa, según lo reportado en la literatura sobre el tema.

Existen patrones diferenciales de técnicas de enseñanza en las diferentes disciplinas, en particular en pediatría (OMP) y ginecología (demostración activa [DA]). Al explorar el origen de estos patrones similares, priman factores asociados con el currículo oculto, como conversaciones informales sobre las prácticas, sentido de cohesión e identidad y conversaciones formales o lineamientos institucionales sobre el desarrollo de las rotaciones.

En la fase clínica, se resalta que la principal técnica de enseñanza fue la DA, seguida del OMP. De la DA es llamativo la percepción generalizada de utilidad y de oportunidad desde los estudiantes y la facilidad para el docente. Otras técnicas como la PC o el reconocimiento de patrones, RP, se utilizan con baja frecuencia o para escenarios específicos, por ejemplo, en control prenatal. El SNAPPS no se implementa como técnica.

De la técnica de OMP se despliegan con mayor intensidad dos microhabilidades (MH): la MH1 y la MH5, similar a lo que han planteado otras investigaciones. Es probable que la MH2 tenga un menor despliegue por factores del contexto (objetivos de aprendizaje). Sin embargo, los estudiantes le dan mucha importancia al desarrollo de las MH2, MH1 y MH4, en ese orden, para que la experiencia de aprendizaje sea más útil. Esto contrasta con el escaso despliegue de la MH2 y la MH4 en los relatos de docentes y estudiantes, aspecto que la institución puede potenciar y mejorar.

En la fase de posconsulta existen diferencias en la percepción de la calidad en la retroalimentación entre estudiantes y docentes. Es mejor la percepción del proceso por parte del docente. Para docentes y estudiantes, el factor tiempo sí es determinante para desplegar con mayor calidad y frecuencia la retroalimentación, y luego el factor paciente (especialmente comodidad para él y el estudiante) es determinante en cómo y cuándo se ofrece la retroalimentación. Es importante señalar los diferentes conceptos de la retroalimentación que tienen estudiantes y docentes.

En cuanto a la experiencia de utilidad desde el estudiante, todas las técnicas de enseñanza fueron señaladas como útiles; por tanto, estas no parecen ser el factor que determina si la experiencia es útil o no. Los hallazgos relacionados con la percepción de utilidad están ligados más a las dimensiones humanas y de competencias blandas de los docentes en relación con sus pacientes (trato adecuado como facilitador), independiente de la técnica de enseñanza, e incluso, por encima del conocimiento y habilidades clínicas. Esto es de particular interés, pues se vuelve un pilar estructural de entrenamiento, acompañamiento y evaluación del desempeño para los profesionales.

El tiempo corto para la enseñanza es la principal barrera identificada por los profesionales en la implementación de su estrategia; pero no determina cómo planear su enseñanza

(fase preclínica) o cual técnica utilizar (fase clínica). El tiempo corto para la enseñanza es la dificultad más reconocida de la enseñanza ambulatoria.

Para los docentes, el factor relación con el paciente es el más importante en la delegación, y para el estudiante, el factor valor educativo. Es esperable que el docente pondere toda situación de riesgo (seguridad, aspectos legales o ruptura comunicación), pues es él quien asume la responsabilidad directa del cuidado. Es esperable que el estudiante privilegie el valor educativo, pues se esmera en encontrar a los pacientes adecuados para lograr sus objetivos de aprendizaje.

Para elegir la EE desde la fase preclínica y clínica el factor principal es la experiencia previa del docente cuando fue estudiante y en segundo lugar, los objetivos de la práctica que conoce el docente. Es relevante aclarar que las TE elegidas por el docente son más de naturaleza intuitiva e intencional que por una línea definida por parte de la universidad. Por otro lado, en el momento de delegar en la fase clínica, las habilidades previas, la seguridad del estudiante durante su encuentro clínico y el tipo de paciente se vuelven los factores determinantes para mantener o desviar una técnica de enseñanza más activa (OMP) a una más observadora (DA).

No es posible definir un estándar ideal de EE en el ámbito ambulatorio, pues cada una demostró ventajas para ciertos momentos de la formación de estudiantes y situaciones clínicas específicas. La flexibilidad en el cambio de técnicas, según factores del estudiante, contexto, paciente o docentes, parece ser una fortaleza en sí misma.

Es importante avanzar en el fortalecimiento y entrenamiento formal en EE para docentes y estudiantes, particularmente ventajas/desventajas de las diferentes técnicas, identificación de su uso en diversas situaciones clínicas, equilibrio en el uso de MH del OMP, retroalimentación de la fase de posconsulta y consistencia en el trabajo autónomo.

En el plano institucional, es importante destacar las fortalezas de la cultura organizacional para la docencia y la percepción generalizada de calidad de la actividad docente asistencial, aun cuando también será fundamental avanzar en la revisión de los modelos de interacción y organización de consultas, que permitan el desarrollo de técnicas de enseñanza que generen mejores oportunidades de aprendizaje con el equilibrio calidad de la atención, efectividad en el tiempo y competencia del estudiante.

En la tabla 28 se enuncian las recomendaciones finales derivadas de este estudio en tres niveles: para la generación de conocimiento nuevo, para otras instituciones y para Javesalud.

Finalmente, también como conclusión, se trata de un estudio de caso con las ventajas que presupone esta metodología. Se logró comprender holísticamente el sistema cerrado objeto de este estudio, esto es evidente pues se encontraron aspectos de la enseñanza en la institución que nunca se hubieran podido reconocer si no es a través de este método (ejm. Factores que determinan la técnica, flexibilidad en el cambio de la TE según el tipo de paciente y estudiante, factores que determinan una experiencia útil en la enseñanza, etc). Se tuvo en cuenta de manera permanente los esquemas de referencia de los sujetos y sus valores. Las herramientas de entrevistas y grupos focales así como la inmersión y reconocimiento de la cultura organizacional por parte del investigador permitió un abordaje más cercano y empático, característica ideal de estos estudios de caso. Varios autores señalan la importancia de la triangulación en la validación de las interpretaciones como se explicó en el marco teórico, este estudio tiene la fortaleza de haber utilizado la triangulación que permitió contrastar de manera constante los hallazgos en docentes y estudiantes (Stake, 1999).

Tabla 28. Recomendaciones finales derivadas del estudio

Proceso/ población objeto	Recomendaciones
Para la generación de conocimiento nuevo	Realizar esta caracterización en prácticas programas de postgrado y otras carreras (enfermería, nutrición, odontología).
	Diseñar estudios tendientes a comparar la implementación de TE o de modelos de organización de consulta en diferentes niveles: satisfacción, evaluación de desempeño y desempeño en la práctica.
	Se pueden definir otras líneas de investigación con estos resultados: el estudio de los mecanismos de evaluación de desempeño en la práctica clínica, experiencia del paciente frente a TE o modelos de organización en consulta, profundización en la caracterización de la retroalimentación o estudios comparativos de TE, profundización en los factores que afectan la delegación en la consulta ambulatoria, entre otros.
Para otras instituciones	Siendo la consulta ambulatoria un ámbito no exclusivo del cuidado primario, sería interesante e importante realizar este tipo de estudios en otros ámbitos (consulta hospitales de mayor complejidad, programas ambulatorios especiales, etc).
	El entrenamiento en estrategias de enseñanza clínica ambulatoria es una necesidad para todos los programas e instituciones de salud, pues si bien las acciones tienen un componente intencional o intuitivo que puedan favorecer ambientes de aprendizaje exitosos, estas también pueden contener prácticas que no favorezcan al estudiante.

	<p>Es fundamental que exista una alineación entre las definiciones curriculares desde la Universidad de las EE y lo que sucede en los escenarios de práctica. Si bien se pueden reconocer prácticas exitosas en los hospitales que puedan mantenerse y potenciarse, no pueden estar desarticuladas con la intencionalidad del curriculum y con el apoyo que la Universidad puede brindar en mejorar estos aspectos en el hospital.</p>
Para Javesalud	<p>Entrenamiento en técnicas de enseñanza, si bien la experiencia global es positiva, se puede mejorar la implementación de la DA (la más frecuente) y la formalización del OMP en pregrado y postgrado por las ventajas descritas en la literatura pero también por los resultados de este estudio.</p>
	<p>Una vez culminado el entrenamiento en OMP fortalecer el reconocimiento de las MHs menos desplegadas (MH2 y MH4) para garantizar su adecuada implementación.</p>
	<p>Siendo la experiencia vivida como estudiante el principal factor que determina la elección de la EE por parte del docente, se hace necesario explorar esta vivencia con los ellos previo al contacto con estudiantes, para poder moldear y orientar comportamientos que produzcan una buena experiencia docente y una adecuada oportunidad de aprendizaje. Esto en sintonía con la necesidad de garantizar el entrenamiento en habilidades blandas que fueron reconocidas como clave por parte de los estudiantes en su proceso de aprendizaje.</p>
	<p>Es importante garantizar un entrenamiento sistemático a los docentes clínicos en la retroalimentación, desde la unificación de conceptos teóricos hasta la puesta en práctica de las técnicas de retroalimentación.</p>
	<p>Los factores del estudiante que modifican las decisiones de enseñanza clínica (motivación, inseguridad, poca habilidad) no pueden limitar o excluir al estudiante del aprendizaje en consulta. Es importante entrenar a los docentes en cómo potenciar el “estudiante facilitador” en el ámbito de consulta.</p>
	<p>Es fundamental socializar estos resultados con los docentes, no solo con el ánimo de entrenar en los aspectos descritos sino también de visibilizar aquellas prácticas que están generando valor y oportunidades de aprendizaje para el estudiante y mantener un espacio de aprendizaje colaborativo.</p>
	<p>Seguir articulando el trabajo con otras áreas y con la universidad en procura de mantener y potenciar la cultura organizacional que es la base para el desarrollo de las prácticas, y que como se señaló, es una fortaleza evidenciada en este estudio. La articulación además permite generar los espacios y recursos para garantizar el entrenamiento técnico y blando, seguimiento y apoyo sistemático a los docentes clínicos en este sentido.</p>

Anexos

Listado de tablas

Tabla 1. Características de los ámbitos hospitalarios vs. ambulatorios que marcan diferencias en la enseñanza clínica

Tabla 2. Percepciones académicas sobre la enseñanza en la consulta ambulatoria por parte de estudiantes de Javesalud en el periodo 2016-2018

Tabla 3. Momentos/fases de una estrategia de enseñanza

Tabla 4. Secuencia de pasos del SNAPPS

Tabla 5. Secuencia de pasos de la estrategia *One Minute Preceptor*

Tabla 6. Características de los diferentes modelos de organización e interacción de consulta

Tabla 7. Descripción del alcance del instrumento “Entrevistas individuales a estudiantes”

Tabla 8. Descripción del alcance del instrumento “Grupos focales con profesionales”

Tabla 9. Guion de temas y numeración definidos a partir de los dominios

Tabla 10. Preguntas formales y ajustadas realizadas en las entrevistas a estudiantes

Tabla 11. Preguntas formales y temas asociados definidos para los docentes

Tabla 12. Evidencia de triangulación la información

Tabla 13. Variables del estudio, descripción y tipo

Tabla 14. Dominios, categorías definidas y nomenclatura establecida

Tabla 15. Tiempo de experiencia laboral y de enseñanza clínica en docentes

Tabla 16. Caracterización de tipos de interacción y modelos de organización de consulta

Tabla 17. Factores que determinan la elección de la estrategia de enseñanza por parte de los docentes

Tabla 18. Síntesis de resultados análisis fase preclínica de caracterización de estrategias de enseñanza ambulatoria

Tabla 19. Técnica de enseñanza o patrón principal detectado en los grupos focales y entrevistas a los docentes

Tabla 20. Microhabilidades detectadas en los grupos focales y entrevistas a docentes vs. estudio previo

Tabla 21. Síntesis de los resultados del análisis de la fase clínica de caracterización de las estrategias de enseñanza ambulatoria

Tabla 22. Evaluación de los componentes de la fase posclínica de la estrategia de enseñanza

Tabla 23. Síntesis de los resultados del análisis de la fase posclínica de caracterización de las estrategias de enseñanza ambulatoria

Tabla 24. Evaluación de la percepción de delegación y supervisión en consulta: perspectiva docentes y estudiantes

Tabla 25. Factores que determinan la delegación según los relatos obtenidos de docentes y estudiantes

Tabla 26. Factores del paciente que determinan la delegación según los relatos obtenidos de docentes y estudiantes

Tabla 27. Síntesis de los resultados del análisis de la experiencia de aprendizaje y barreras de implementación de las estrategias de enseñanza ambulatoria

Tabla 28. Recomendaciones finales derivadas del estudio

Listado de figuras

Figura 1. Características de los diferentes modelos de organización e interacción de consulta: interacción un docente-un estudiante

Figura 2. Características de los diferentes modelos de organización e interacción de consulta: interacción un docente-varios estudiantes

Figura 3. Población objeto y muestreo no probabilístico por cuotas con la descripción de cada grupo

Figura 4. Población participante en el estudio

Figura 5. Secuencia de actividades de consulta de pediatría de uno de los participantes del estudio

Figura 6. Secuencia ejemplo de una interacción un docente-un estudiante. El primer día prima el modelo *sitting model*

Figura 7. Interacción docente-varios estudiantes y modelo supervisado en una consulta de medicina familiar

Figura 8. Ejemplo de una secuencia de actividades en una consulta de medicina interna en la que se usa de forma predominante el OMP

Figura 9. Ejemplo de presentación de caso en el contexto de una consulta de medicina interna

Figura 10. Secuencia de actividades en una consulta prenatal donde prima el reconocimiento de patrones (normal-anormal) en la técnica

Listado de anexos

Anexo 1. AC-GP-015. Formato de evaluación de prácticas formativas-versión 4

Anexo 2. Syllabus V semestre

Anexo 3. Syllabus VI semestre

Anexo 4. Cuestionario de estudiantes

Anexo 5. Cuestionario de docentes

Anexo 6. Consentimiento informado

Anexo 7. Instrumento para el grupo focal

Anexo 8. Instrumento entrevistas

Anexo 9. Secuencias de enseñanza en consulta

Anexo 10. Lista de siglas y abreviaturas más utilizadas

Bibliografía

Aagaard, E., Teherani, A., & Irby, D. M. (2004). Effectiveness of the one-minute preceptor model for diagnosing the patient and the learner: proof of concept. *Academic Medicine, 79*(1), 42-49.

Álvarez, C., & San Fabián, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología, 28*(1), 1-12.

Anijovich, R., & Mora, S. (2010). *Estrategias de enseñanza: otra mirada al quehacer en el aula*. Aique.
https://www.incasup.edu.ar/anexos/PNFP_secysup_economia2_clase4_anoiovich.pdf

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2015). *Documento posición pregrado, especialidades médicas y educación continua*.
http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Documento_posicion_julio_2016.pdf.

Baharvand, P. (2018). Ambulatory education in clinics from the perspective of medical students in Iran, 2016. *Electronic Journal of General Medicine, 15*(5).
<https://doi.org/10.29333/ejgm/93465>

Beach, R. A. (2017). Strategies to maximize teaching in your next ambulatory clinic. *Clinical Teacher, 14*(2), 85-89. <https://doi.org/10.1111/tct.12638>

Berliner, D. (2001). Learning about and learning from expert teachers. *International Journal of Educational Research, 35*, 463-482.

Castiblanco, C. A., Cano, G., Ariza, J. F., Mejía Parra, A., Reyes, L. P., & Ramírez Gutiérrez, C. (2018). *Prestador primario de servicios de salud*. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/prestad-or-primario-servicios-salud.pdf>

Chinai, S. A., Guth, T., Lovell, E., & Epter, M. (2018). Taking advantage of the teachable moment: a review of learner-centered clinical teaching models. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 28-34. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.8.35277>

Cunningham, A. S., Blatt, S. D., Fuller, P. G., & Weinberger, H. L. (1999). the art of precepting Socrates or Aunt Minnie? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 114-116. <http://archpedi.jamanetwork.com/>

Dent, J. A. (2005). AMEE Guide No. 26: Clinical teaching in ambulatory care settings: Making the most of learning opportunities with outpatients. *Medical Teacher*, 27(4), 302-315. <https://doi.org/10.1080/01421590500150999>

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana (PUJ). (s. f.). *Medicina*. <https://www.javeriana.edu.co/carrera-medicina>

Fagundes, E. D. T., Ibiapina, C. C., Alvim, C. G., Fernandes, R. A. F., Carvalho-Filho, M. A., & Brand, P. L. P. (2020). Case presentation methods: a randomized controlled trial of the one-minute preceptor versus SNAPPS in a controlled setting. *Perspectives on Medical Education*, 9(4), 245-250. <https://doi.org/10.1007/s40037-020-00588-y>

Farrell, L., Bourgeois-Law, G., Ajjawi, R., & Regehr, G. (2017). An autoethnographic exploration of the use of goal oriented retroalimentación to enhance brief clinical teaching encounters. *Advances in Health Sciences Education*, 22(1), 91-104. <https://doi.org/10.1007/s10459-016-9686-5>

- Ferenchick, G., Simpson, D., Blackman, J., DaRosa, D., & Dunnington, G. (1997). Ferenchick estrategias para enseñanza eficiente 1997. *Academic Medicine*, 72(4), 278-280.
- Gómez-Restrepo, C., & Benavides, M. (2005). Métodos en investigación cualitativa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118-124.
- Herppich, S, Wittwer, J., Nückles, M., & Renkl, A. (2016). Expertise amiss: interactivity fosters learning but expert tutors are less interactive than novice tutors. *Instructional Science: An International Journal of the Learning Sciences*, 44(3), 205-219.
- Huang, P. H., Haywood, M., O'Sullivan, A., & Shulruf, B. (2019). A meta-analysis for comparing effective teaching in clinical education. *Medical Teacher*, 41(10), 1129-1142. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1623386>
- Huang, W., Joice, D., Monteiro, M., & Rogers, J. (2004). Huang observations use MH 2004. *Medical Student Education*, 36(2), 131-136.
- Hunt, C., Kallenberg, G., & Whitcomb, M. (1999). Proyecto AAMC educación ambulatoria 1999. *Academic Medicine*, 74(3), 290-296.
- Irby, D. (1995). Enseñanza aprendizaje en AA 1997. *Academic Medicine*, 70(10), 898-931.
- Irby, D. M., Aagaard, E., & Teherani, A. (2004). Teaching points identified by preceptors observing one-minute preceptor and traditional preceptor encounters. *Academic Medicine*, 79(1), 50-55.
- Irby, D. M., & Wilkerson, L. (2008). Teaching rounds: Teaching when time is limited. *BMJ* 336(7640), 384-387. <https://doi.org/10.1136/bmj.39456.727199.AD>

Jain, V., Rao, S., & Jinadani, M. (2019). Effectiveness of SNAPPS for improving clinical reasoning in postgraduates: Randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1670-3>

Javesalud. (s. f.). *Misión*. <https://www.javesalud.com.co/quienes-somos/>

Karakitsiou, D. E., Markou, A., Kyriakou, P., Pieri, M., Abuaita, M., Bourousis, E., et al. (2012). The good student is more than a listener—The 12+ 1 roles of the medical student. *Medical teacher*, 34(1), e1-e8.

Kisiel, J. B., Bundrick, J. B., & Beckman, T. J. (2010). Resident physicians' perspectives on effective outpatient teaching: A qualitative study. *Advances in Health Sciences Education*, 15(3), 357-368. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9202-2>

Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134.

Lingard, L., & Kennedy, T. (2010). Qualitative research methods in medical education. En T. Swanwick (Ed.), *Understanding medical education: Evidence, theory and practice* (2.^a ed., pp. 323-335). Willey.

Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-para-asignacion-cupos.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2010, 10 de julio). Decreto 2376, por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano en el área de la salud. *Diario Oficial* 47.757.

https://www.redjurista.com/Documents/decreto_2376_de_2010_ministerio_de_la_proteccion_social.aspx#/

Ministerio de Salud. (1993, 4 de octubre). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>

Neher, J. & Stevens, N. (2003). Neher one minute preceptor 2003. *Family Medicine*, 35(6), 391-393.

Okubo, Y., Nomura, K., Saito, H., Saito, N., & Yoshioka, T. (2014). Out-patients reflection and retroalimentación in ambulatory education. En *TEACHER* (vol. 11).

Oliveira Franco, R. L., Martins Machado, J. L., Satovschi Grinbaum, R., & Martiniano Porfírio, G. J. (2019). Barriers to outpatient education for medical students: A narrative review. *International Journal of Medical Education*, 10, 180-190. <https://doi.org/10.5116/ijme.5d76.32c5>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 1 de abril). *Atención primaria de salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Parrot, S., Dobbie, A., Chumley, H., & Tysinger, J. (2006). Modelo cinco microhabilidades. *Family Medicine*, 38(3), 164-167.

- Passi, V., Johnson, S., Peile, E. D., Wright, S., Hafferty, F., & Johnson, N. (2013). Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Medical teacher*, 35(9), 1422-1436.
- Pierce, C., Corral, J., Aagaard, E., Harnke, B., Irby, D. M., & Stickrath, C. (2020). A BEME realist synthesis review of the effectiveness of teaching strategies used in the clinical setting on the development of clinical skills among health professionals: BEME Guide No. 61. *Medical Teacher*, 42(6), 604-615.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1708294>
- Rubenstein, W., & Talbot, Y. (2013). *Medical teaching in ambulatory care* (3.^a ed.). University of Toronto Press.
- Salerno, S. M., O'Malley, P. G., Pangaro, L. N., Wheeler, G. A., Moores, L. K., & Jackson, J. L. (2002). Faculty development seminars based on the one-minute preceptor improve feedback in the ambulatory setting. *Journal of General Internal Medicine*, 17(10), 779-787.
- Schmidt, H. G., Norman, G. R., & Bozhueizen, D. (1990). Schmidt perspectiva cognitiva experticia 1990. *Academic Medicine*, 65(10), 612-621.
- Schultz, K. W., Kirby, J., Delva, D., Godwin, M., Verma, S., Birtwhistle, R., Knapper, C., & Seguin, R. (2004). Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: A cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, 4. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-4-12>
- Seki, M., Otaki, J., Breugelmans, R., Komoda, T., Nagata-Kobayashi, S., Akaishi, Y., Hiramoto, J., Ohno, I., Harada, Y., Hirayama, Y., & Izumi, M. (2016). How do case presentation teaching methods affect learning outcomes?-SNAPPS and the One-Minute preceptor. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0531-6>

- Sidhu, N. S., & Edwards, M. (2019). Deliberate teaching tools for clinical teaching encounters: A critical scoping review and thematic analysis to establish definitional clarity. *Medical Teacher*, 41(3), 282-296.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1463087>
- Simon, S. R., Davis, D., Peters, A. S., Skeff, K. M., & Fletcher, R. H. (2003). How do precepting physicians select patients for teaching medical students in the ambulatory primary care setting? *Journal of General Internal Medicine*, 18(9), 730-735.
- Smith, S., & Irby, D. (1997). Smith experiencia y reflexion AA 1997. *Academic Medicine*, 72(1), 32-35.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudios de caso*. Morata.
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>
- Steinert, Y., Basi, M., & Nugus, P. (2017). How physicians teach in the clinical setting: The embedded roles of teaching and clinical care. *Medical Teacher*, 39(12), 1238- 1244.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1360473>
- Teherani, A., O'Sullivan, P., Aagaard, E. M., Morrison, E. H., & Irby, D. M. (2007). Student perceptions of the one minute preceptor and traditional preceptor models. *Medical Teacher*, 29(4), 323-327.
- Turocy, P. S. (2016). The impact of instructor expertise and competency on student learning and strategies for improvement. *Athletic Training Education Journal*, 11(3), 158-160. <https://doi.org/10.4085/1103158>
- Wealthall, S., & Henning, M. (2012). What makes a competent clinical teacher? *Canadian Medical Education Journal*, 3(2). <https://doi.org/10.36834/cmej.36591>

Wolpaw, T. M., Wolpaw, D. R., & Papp, K. K. (2003). SNAPPS: A learner-centered model for outpatient education. *Academic Medicine*, 78(9), 893-898.
<https://journals.lww.com/academicmedicine>

Wolpaw, T., Papp, K. K., & Bordage, G. (2009). Using SNAPPS to facilitate the expression of clinical reasoning and uncertainties: a randomized comparison group trial. *Academic Medicine*, 84(4), 517-524.