Aprendizaje basado en problemas en la formación de los estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología

Tesis Doctoral Presentada Por

JACINTO SÁNCHEZ ANGARITA

Director: Dr. Pablo Páramo, Ph.D

Universidad Pedagógica Nacional
Doctorado Institucional en Educación
Énfasis: Educación en sujetos y escenarios de aprendizaje
Grupo PEDAGOGÍA URBANA Y AMBIENTAL
Noviembre 2017

Dedicatoria

A Angelica Escobar Barrera , Oscar Pinzón y Danna Pinzón Escobar por su gran colaboración y apoyo .

A Josefina Abenoza Fonseca por su gran colaboración y apoyo.

A Ph. D. Alberto Calderón Garcia por su gran colaboración y apoyo

A La Ph. D. Rosa Helena Duran González por su Gran colaboración y apoyo

Agradecimientos

A los profesores del Doctorado Interinstitucional en Educación de la Universidad Pedagógica Nacional quienes a través de las diferentes actividades académicas, han aportados sus conocimientos para contribuir a mi formación como profesor responsable en la preparaciones de profesores, así como de los futuros profesionales en el campo de las ciencias y específicamente de la medicina

A mi Tutor Dr Pablo Paramo Bernal, con sus saberes y dedicación paciente me ha orientado durante este procesos formativo para el logro del éxito académico.

Al Dr Alberto Calderón Garcia por su gran dedicación, paciencia, entusiasmo y aportes para la realización de esta tesis

A la Universidad Nacional de Colombia, a la facultad de medicina, al departamento de Obstetricia y Ginecología por permitirme el tiempo y el espacio para realizar la presente tesis.

A los profesores del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, en el área académica en ciencias de la educación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo quienes me aportaron su amistad y conocimientos, para realizar mi pasantía internacional que complementa la conceptualización y el estudio de este doctorado.

A los Jurados Dra Leonor Vera , Dra Rosa Helena Duran y Dr Luis Ballardo Sanabria por los grandes aportes y su paciencia para la culminación de la tesis

A La Dra Angelica Escobar Barrera, al Dr Oscar Pinzón Gómez y Danna Pinzón Escobar por sus aportes al conocimiento , tecnología y estilo de esta tesis.

Resumen

Esta investigación partió de los componentes epistemológicos del ABP en la educación superior, se incluyeron referentes teóricos sobre la salud-enfermedad como proceso social desde la epistemología feminista, la teoría general de los sitemas, los componentes de la ley 100 en el contexto de la salud. Se partió de la problemática de la enseñanza de la medicina. Se diseñó, implementó y evaluó un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, se validó a partir de una comparación con el modelo tradicional de enseñanza.

Metodológicamente la investigación siguió los lineamientos de un diseño mixto con dos componentes uno cuasiexperimental y otro cualitativo. Paralelamente se ahondaron en los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos que inciden en la relación médico-paciente, en la resolución del motivo de consulta.

Resultados: A partir del diseño, implementación y evaluación del módulo sobre el manejo integral de las pacientes climaterio se demostró que el ABP es una estrategia que favorece la formación integral de los estudiantes de postgrado porque ellos pueden hacer consientes sus procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos, afianzando la relación médico-paciente a partir de una interacción más humanizada, reconociendo las particularidades de cada paciente.

Con relación al modelo tradicional vs el ABP en la enseñanza de la ginecología y obstetricia se infiere que las dos (tradicional y ABP) estrategias metodológicas se complementan mutuamente y tienen aportes importantes para el aprendizaje de los estudiantes de postgrado, sin embargo se destaca los aportes del ABP en cuanto al trabajo colaborativo, los procesos reflexivos, interacciones, el autoaprendizaje, combinando proceso de aprendizajes individuales y grupales. Se evidenció la conexión entre la teoría y práctica en el seminario de climaterio y menopausia. Concomitante con esto, se demostró desde la satisfacción de la paciente que los estudiantes de postgrado formados con ABP son más empáticos y logran que la pacientes expresen el contexto del motivo de consulta y/o problema en la consulta clínica, mostrando un manejo más receptivo y comunicacional entre la relación médico- paciente y las relaciones interdisciplinarias e institucionales que se dan entre profesionales de la salud, pacientes y todo el equipo asistencial.

Dentro de las conclusiones se consolida una visión holística de los procesos de salud enfermedad de las mujeres que asisten a consulta de climaterio y menopausia. A nivel de fomación de los estudiantes de postgrado se demostró que con el ABP logran integrar y construir

mapas conceptuales que favorecen el manejo integral del motivo de consulta; permite el aprendizaje significativo y el autoaprendizaje. A nivel del contexto académico se modificaron los roles del docente y del estudiante, se consolidó el trabajo en equipo, se cumplieron los objetivos de aprendizaje e integraron la teoría y la práctica en la enseñanza del climaterio y la menopausia. A nivel de práctica clínica se enriqueció la relación médico-paciente en los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos; el Profesional de la salud tuvo en cuenta los presupuestos ideológicos, culturales, sociales y familiares de la paciente en las decisiones de tratamiento y manejo del motivo de consulta. En síntesis, se demostró que los estudiantes formados con el ABP fueron mejor evaluados por las pacientes y ellas se mostraron mas satisfechas durante la relación médico-paciente. En esta investigación se estableció que el ABP es más eficientes que la enseñanza tradicional, porque los estudiantes adquieren habilidades, cognitivas, metacognitivas y comunicativas que les permite identificar correctamente los problemas y/o motivos de consultas y proponen soluciones con una visión integral del contexto en el que aparece el síntoma y entorno en el que vive la paciente.

Palabras claves: Aprendizaje basado en problemas (ABP), relación médico-paciente, práctica clínica, formación médica, estudiantes de postgrado, Especialidad de Ginecología y Obstetricia, procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos.

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL	*FORMATO*
	RESUMEN ANALÍTICO EN EDUCACIÓN - RAE
Código: FOR020GIB	**Versión: 01**
Fecha de Aprobación: 10-10-2012	**Página 1 de 6**

1. Información General	
Tipo de documento	Tesis doctoral
Acceso al documento	Universidad Pedagógica Nacional. Biblioteca Central
Titulo del documento	***Aprendizaje Basado en Problemas en la formación de los* estudiantes de postgrado *de Obstetricia y Ginecología***
Autor(es)	Sánchez Angarita, Jacinto
Director	PhD. Pablo Páramo Bernal
Publicación	Bogotá. Universidad Pedagógica Nacional, 2017. 439 p.
Unidad Patrocinante	Universidad Pedagógica Nacional
Palabras Claves	APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS (ABP), RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, PRÁCTICA CLÍNICA, FORMACIÓN MÉDICA, ESTUDIANTES DE POSTGRADO, ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, PROCESOS COGNITIVOS, METACOGNITIVOS Y COMUNICATIVOS.

2. Descripción
Esta investigación partió de los componentes epistemológicos del ABP en la educación superior. Se incluyeron referentes teóricos sobre la salud-enfermedad como proceso social desde la epistemología feminista, la teoría general de los síntomas, los componentes de la ley 100 en el contexto de la salud. Se partió de la problemática de la enseñanza de la medicina. Se diseñó, implementó y evaluó un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, se validó a partir de una comparación con el modelo tradicional de enseñanza. Metodológicamente la investigación siguió los lineamientos de un diseño mixto con dos componentes uno cuasiexperimental y otro cualitativo. Paralelamente se ahondaron en los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos que inciden en la relación médico-paciente, en la resolución del motivo de consulta. Resultados: A partir del diseño, implementación y evaluación del módulo sobre el manejo

integral de las pacientes climaterio se demostró que el ABP es una estrategia que favorece la formación integral de los estudiantes de postgrado porque ellos pueden hacer consientes sus procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos, afianzando la relación médico-paciente a partir de una interacción más humanizada, reconociendo las particularidades de cada paciente.

Con relación al modelo tradicional vs el ABP en la enseñanza de la ginecología y obstetricia se infiere que las dos (tradicional y ABP) estrategias metodológicas se complementan mutuamente y tienen aportes importantes para el aprendizaje de los estudiantes de postgrado, sin embargo se destaca los aportes del ABP en cuanto al trabajo colaborativo, los procesos reflexivos, interacciones, el autoaprendizaje, combinando proceso de aprendizajes individuales y grupales. Se evidenció la conexión entre la teoría y práctica en el seminario de climaterio y menopausia. Concomitante con esto, se demostró desde la satisfacción de la paciente que los estudiantes de postgrado formados con ABP son más empáticos y logran que la pacientes expresen el contexto del motivo de consulta y/o problema en la consulta clínica, mostrando un manejo más receptivo y comunicacional

entre la relación médico- paciente y las relaciones interdisciplinarias e institucionales que se dan entre profesionales de la salud, pacientes y todo el equipo asistencial.

Dentro de las conclusiones se consolida una visión holística de los procesos de salud enfermedad de las mujeres que asisten a consulta de climaterio y menopausia. A nivel de formación de los estudiantes de postgrado se demostró que con el ABP logran integrar y construir mapas conceptuales que favorecen el manejo integral del motivo de consulta; permite el aprendizaje significativo y el autoaprendizaje. A nivel del contexto académico se modificaron los roles del docente y del estudiante, se consolidó el trabajo en equipo, se cumplieron los objetivos de aprendizaje e integraron la teoría y la práctica en la enseñanza del climaterio y la menopausia. A nivel de práctica clínica se enriqueció la relación médico-paciente en los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos; el Profesional de la salud tuvo en cuenta los presupuestos ideológicos, culturales, sociales y familiares de la paciente en las decisiones de tratamiento y manejo del motivo de consulta. En síntesis, se demostró que los estudiantes formados con el ABP fueron mejor evaluados por las pacientes y ellas se mostraron más satisfechas durante la relación médico-paciente. En esta investigación se estableció que el ABP es más eficiente que la enseñanza tradicional, por qué los estudiantes adquieren habilidades, cognitivas, metacognitivas y

comunicativas que les permite identificar correctamente los problemas y/o motivos de consultas y proponen soluciones con una visión integral del contexto en el que aparece el síntoma y entorno en el que vive la paciente.

3. Fuentes

Albanese, M. (2000). Problem-based learning why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills. *Revista Med Educ* , (Pp.34:729-38).

Branda, L. (2004). El aprendizaje Basado en Problemas: Una herramienta para toda la vida. In L. Branda, *El aprendizaje Basado en Problemas en la formación en Ciencias de la Salud.* Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid.

Dueñas, V. (2001). El aprendizaje basado de Problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. Colombia Médica. (Pp. 189-196).

Elizondo, L. H. (2004). Evaluación Formativa y sumativa de la sesión tutorial del Apendizaje Basado en Problemas, Utilizando un sistema de rúbricas de referencia. *Escuela de Medicna de Tec de Monterrey. División de Ciencias de la Salud* , (Pp. 3 -12).

Fernández, H. (1992). Fundamentos de Un Modelo Integrativo en Psicoterapia. Buenos Aires: Paidos.

Feixas, G.,& Miró, M. (1993). El Reto de la Integración. Barcelona: Paidos.

Finucane, P. J. (1998). Problem-based learning: its rational and efficacy. *Med J Aust* , (Pp. 168:445-8).

Hernández, A.J. Metodología Sistémica en la enseñanza Univesitaria. Madrid: Narcea, 1989.176p.

Martinez, M., (1991). "La inercia mental en los estudios de postgrado"Argos (Caracas: USB), 14,63-71

Martínez, M., (1992)."Significación de la matriz epistémica en los Estudios de Postgrado", Anthropos (Venezuela),24,5-14.

Othmer, E., & Othmer, S. (1996). DSM-IV: La entrevista clínica. Barcelona: Masson.

Porlán, R., Constructivismo y escuela. Sevilla: Díada, 1993.194p.

Sánchez, M. María L., "Modelo de supervisión para Unidades Médicas de primer contacto". En gestión del Conocimiento II y Salud Pública II. Productos
Módulos. (Generación 2005-2007, Segundo semestre). Universidad Veracruzana. Primera

Edición, Xalapa, Ver.2007. México.

Viesca, Treviño, C. Ponce de León Me. Sánchez Mendiola., M."Razonamiento Clínico". En seminario: El ejercicio actual de la Medicina. En internet AGOSTO 2006. (Consultado 15 de enero de 2008.

Watzlawick,P., Beavin., J. & Jackson., D. (1991) . Teoría de la Comunicación Humana. España: Heder.

Wood, D. (2003). ABC of Learning and teaching in Medicine. *Problem Based Learning*, (Pp. 326:328-30).

4. Contenidos

La estructura del documento está comprendida por 4 partes, en la primera se introduce la investigación, el planteamiento del problema, el objetivo general, objetivos específicos, preguntas orientadoras e hipótesis; seguidamente se presenta la justificación de la investigación y el marco teórico, en el que se exploran varios aspectos: la educación en la educación superior, la pedagogía, los modelos pedagógicos, la didáctica, la didáctica del aprendizaje basado en problemas, la educación desde la perspectiva sistémica, posteriormente los fundamentos del ABP, la enseñanza de la medicina y el ABP, la salud-enfermedad como proceso social, la visión de la epistemología feminista, el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, la práctica clínica, la relación médico-paciente, la ley 100 de diciembre de 1993 y su incidencia en la relación médico-paciente, la comunicación en la relación médico-paciente, los procesos cognitivos en el ABP, la metacognición en la resolución de problemas, y la formación de los profesionales en medicina. Posteriormente, en el marco referencial específico de la menopausia y el climaterio se destacan los estudios en educación médica, referencias al estudio de obstetricia y ginecología y referencias al estudio de menopausia y climaterio. Se encuentra en seguida la formulación del problema. Posteriormente se propone la metodología, se caracterizan los participantes, el diseño metodológico, el tipo de investigación, el procedimiento y las técnicas de recolección de información; instrumentos y diseño metodológico. A continuación, se presentan los resultados correspondientes a cada uno de los objetivos propuestos dentro de la tesis. Respecto al primero, se analiza cómo se enseña la ginecología y la obstetricia y, cómo aprenden los estudiantes. A continuación, se presentan los resultados correspondientes al segundo objetivo: Diseño, implementación y evaluación del módulo. Posteriomente se presentan los resultados generales correspondientes al tercer objetivo: Descripción de los resultados de la aplicación del modulo, los cambios referentes a los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos. Finalmente se presentan: los análisis de los resultados, la discusión de los mismos, las conclusiones, ventajas del ABP, aportes del ABP a los estudiantes de postgrado, las limitantes del aprendizaje basado en problemas y, por último se presentan una serie de recomendaciones derivadas de la investigación.

5. Metodología

Esta investigación se desarrolló como un estudio mixto con un componente cuasi-experimental y otro cualitativo en el que se hizo una comparación de la estrategia didáctica tradicional con la estrategia didáctica del ABP, a partir del diseño, implementación y evaluación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia. Se tomó como escenario de aprendizaje el Hospital Universitario de Engativá, y como participantes, las pacientes, en edades entre 40 y 65 años, que asistían a consulta en condiciones de climaterio, y los estudiantes de postgrado que estuvieran rotando por la Clínica de Climaterio y Menopausia.

6. Conclusiones

Con el ABP se consolida una visión holística, los estudiantes de postgrado recalcan que el ABP les enseño a ver las temáticas en todas sus facetas, y que cada uno de los estudiantes de postgrado aportan diferentes lecturas, puntos de vistas, plantean preguntas. Esto se demostró en los mapas conceptuales que fueron el fruto de disertaciones, análisis y reflexiones acerca de lo que se esté debatiendo.

Con esta investigación se reafirma la importancia de trabajar en equipo con la paciente, con los profesionales que pueden ayudar a resolver el motivo de consulta. El trabajo colaborativo, apoya eficazmente la adherencia al tratamiento, recogen y consolida estrategias para resolución del motivo de consulta. Con miras a favorecer el manejo integral de la paciente, y concomitante con esto, mejore la calidad de vida de la paciente.

El ABP, exige que el profesor asuma un nuevo rol, actúe como un facilitador en lugar de ser maestro convencional experto en el área y transmisor del conocimiento. Asumir este nuevo papel puede ser difícil para el docente.

El profesor debe tener conocimiento de la temática de la materia y conocer a fondo los objetivos de aprendizaje del programa; dominar diferentes estrategias y técnicas de trabajo grupal, además, de saber dar retroalimentación a los grupos de trabajo; estar dispuesto a brindar asesorías individuales a los estudiantes de postgrado; esta técnica exige mucho tiempo al profesor para plantear el curso a coordinar las actividades de retroalimentación de los estudiantes de postgrado.

En síntesis, es más eficiente el método ABP frente a enseñanza tradicional. Los estudiantes de postgrado capacitados con la técnica de ABP, comparativamente con los que no reciben esta metodología, adquieren habilidades que les permiten identificar correctamente los problemas y/o motivo de consulta, plantear hipótesis, proponer soluciones con una visión integral del contexto en

el que aparece el síntoma y entorno en el que vive la paciente. Los estudiantes de postgrado son capaces de realizar el análisis por contrastación de la información de los problemas de salud, el uso de estrategias de solución y mecanismos para incluir otras esferas de la vida de la paciente que pueden incidir en la aparición del síntoma y en la adherencia al tratamiento.

Elaborado por:	Jacinto Sánchez Angarita
Revisado por:	Pablo Paramo Ph.D

Fecha de elaboración del Resumen:	20	11	2017

Tabla de Contenidos

Introducción 1
Planteamiento del problema 4
Objetivo General 12
Objetivos Específicos 12
Preguntas orientadoras 13
Hipótesis 14
Justificación 15
Marco teórico 24
Educación Superior 24
Pedagogía 26
Modelos pedagógicos 30
Didáctica 34
La didáctica del aprendizaje basado en problemas 38
La educación desde la perspectiva sistémica 42
La identificación de los procesos comunicativos con procesos de enseñanza – aprendizaje 43
Fundamentos del ABP 48
Enseñanza de la medicina y el ABP 57
La salud – enfermedad como proceso social: la visión de la epistemología feminista 66
El manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia 72
La práctica clínica 75
La relación médico paciente 77
La ley 100 y su incidencia en la relación médico-paciente 79
Antecedentes de la ley 100. 79
La comunicación en la relación médico paciente 83
Los procesos cognitivos en el ABP 85
La metacognición en la enseñanza de la medicina 87
La metacognición en la resolución de problemas 94
La formación de los profesionales en medicina 97
Referencias al estudio de Obstetricia y Ginecología 103
Referencias al estudio de menopausia y climaterio 106
La investigación sobre el ABP en educación en salud 108
Formulación de la pregunta problema 121
Metodología 122
Población 123
Diseño metodológico 125
Tipo de investigación 125
Procedimiento 129
Técnicas de recolección de información 137
Instrumentos 142
Encuesta para estudio de uso de información en el aprendizaje y enseñanza 143
Resultados generales correspondientes al primer objetivo: 151
cómo se enseña la ginecología y la obstetricia. 151
Enseñanza de la medicina 152

Como aprenden los estudiantes 155
Resultados generales correspondientes al segundo objetivo: diseño, implementación y evaluación del módulo 157
Principios para el diseño del módulo con la estrategia del ABP 159
Estrategia metodológica y organizativa del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia 162
Evaluación pre y post del módulo de climaterio y menopausia con la estrategia didáctica frente el seminario tradicional 164
Rendimiento académico 164
Metodología de análisis 165
Resultados de comparación de medias antes y después de la implementación de la estrategia tradicional. 166
Resultados de comparación de medias antes y después de la implementación del método ABP 167
Resultados de comparación de medias después de la implementación de la estrategia tradicional y ABP 167
Interpretación cualitativa 168
Guión de observación de una clase de posgrado de ginecología y obstetricia 168
Sistémicas 170
Personales 171
Las Competencias 171
El Aprendizaje 172
Ideas previas 173
Los saberes 173
Actividades con actividades grupales 174
Estrategias pedagógicas 175
Tipos de actividades 175
El tipo de comunicación de la información 176
Desde el perfil del estudiante 177
Desde el perfil del docente 178
Videos seminario con ABP vs metodología tradicional 178
El seminario tradicional 179
El seminario aprendizaje basado en problemas 184
Proceso desarrollado para el análisis de casos clínicos con la estrategia metodológica ABP 191
Guión de observación de la consulta 194
Relación médico - paciente 194
El contenido de la comunicación de las narrativas 196
La forma de la comunicación de las narrativas 198
Resolución del motivo de consulta y/o problema 201
Encuesta de satisfacción de la paciente 203
La paciente considera su problema resuelto por el médico 206
El médico gana la confianza de su paciente 206
El médico se ofrece ayudarla durante la consulta 207
El médico tiene comunicación clara y efectiva 207
El médico explica claramente el tratamiento 208
El médico la involucra en las decisiones del tratamiento 208

El médico explica claramente de su enfermedad 209
El médico le comunica acerca de su tratamiento 209
La paciente sabe el nombre de su médico 210
El médico respeta el pudor de la paciente 211
El médico pregunta sobre el estado físico y síntomas de la paciente 212
El médico incluye necesidades emocionales de las pacientes 212
El médico incluye necesidades emocionales de la paciente 213
Modales con la paciente 213
Resultados generales correspondientes al tercer objetivo 214
Evaluación por el tutor de la sesión con el ABP 215
Autoevaluación: evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de endocrinología ginecológica climaterio y menopausia 218
Epistemologías de los estudiantes de postgrado para resolver el motivo de consulta 221
Hipótesis 229
Aprendizaje 230
Trabajo colaborativo 231
El tutor 234
El estudiante 236
Reflexión de los estudiantes de postgrado sobre la experiencia con el módulo sobre el manejo integral de la paciente con la estrategia metodológica del ABP 237
Definición del ABP en palabras de los estudiantes de postgrado 239
Logros con el ABP 240
A nivel individual 241
Aportes del ABP referidos por los estudiantes de postgrado 242
La Comunicación con la estrategia didáctica del ABP 243
Práctica clínica y Aprendizaje Basado en Problemas 244
Procesos cognitivos con el ABP 247
Los procesos metacomprensivos y metacognitivos 248
Reflexiones de los estudiantes de postgrado sobre los procesos cognitivos y metacognitivos 250
Procesos metacognitivos 254
Proceso metacognitivos y cognitivos en los estudiantes de postgrado 260
Guión de observación relación médico-paciente entrevista - comunicación 266
Relación Medico Paciente 268
Identificación y comprensión de los problemas de la paciente 269
Análisis y Discusión 272
Categoría Autoaprendizaje 274
Categoría Trabajo en equipo 275
Categoría Comunicación 279
Categoría Pensamiento crítico 281
Categoría Actitudes 282
Categoría Práctica profesional y la práctica clínica 283
Categoría Visión Holística e integral 284
Categoría Procesos Cognitivos 286
Categoría toma de decisiones 286
Categoría Procesos Metacognitivos 287

Conclusiones 301
Ventajas del ABP 304
Limitantes del aprendizaje basado en problemas 306
Recomendaciones 308
Referencias 309
Anexo15. Percepción y descripción de los videos realizados durante la realización de los seminarios. 334
Anexo 16. Observaciones De Los Videos Seminarios Con La Clase Tradicional 334
Anexo 1. Encuesta para estudio de uso de información en el aprendizaje y enseñanza 335
Anexo 2. Preguntas sobre cómo se desarrolla la práctica clínica. dirigida a residentes 338
Anexo 3. Entrevista con los docentes para establecer cómo se da la enseñanza de la medicina. 344
Anexo 6. Escala para medir estrategia cognitiva y de control de aprendizaje 350
Anexo 10. Hoja de consentimiento para observar y grabar la consulta de climaterio y menopausia 358
Anexo 11. Encuesta de satisfacción de atención a Pacientes en Obstetricia y Ginecología 359
Anexo 12. Evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de Endocrinología Ginecológica – Climaterio y Menopausia. 360
Anexo 12.1. Evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de endocrinología ginecológica. 362
Anexo 13. Resultados 366
1.1 Enseñanza de la MEDICINA. 366
1.1.1 Como aprende los estudiantes 369
1.1.2 Investigación 372
1.1.3 Evaluación 373
1.1.4 Consulta Clínica 375
Anexo 14. Observaciones de los videos Seminarios con la estrategia metodológica del ABP .. 376
15. Percepción y descripción de los videos realizados durante la realización de los seminarios. 377
Anexo 16. Observaciones de los videos seminarios con la clase tradicional 382
Anexo 17. Módulo sobre el manejo integral de la paciente 385
1 Resumen 387
1.1 Objetivos Del Modulo 389
1.2 Objetivos específicos: 389
2 Introducción 390
3 El Aprendizaje Basado En Problemas 390
3.1 Contenidos 393
3.2 Casos Clínicos 395
3.3 Actividad 396
3.3.1 Situación problema: 396
3.3.2 Caso 1 397
3.3.3 Caso 2 397
4 CLIMATERIO y MENOPAUSIA 399
4.1 Objetivos generales: 399
4.2 Temario: 400
4.3 Métodos y Técnicas: 400
4.4 Tiempo y Horario 401

4.4.1 Recursos: 401
4.4.2 Diseño de las sesiones con la estrategia metodológica ABP 401
4.4.3 Conceptos básicos y generales del Climaterio y la Menopausia 401
4.4.4 Menopausia artificial: 401
4.4.5 Climaterio 402
4.5 Relatoría climaterio y menopausia 403
4.5.1 PRIMERA SESIÓN 403
4.5.2 Segunda Sesión 406
4.5.3 Tercera Sesión 407
4.5.4 Libros y artículos recomendados 407
5 OLEADAS DE CALOR 408
5.1 Tema: Oleadas De Calor – Sudoración 408
5.2 Objetivos 408
5.3 Objetivos Específicos 408
5.4 Presentación 409
5.5 Metodología 409
5.6 Método de Trabajo 409
5.6.1 Relatoría 410
5.6.2 Caso Clínico 410
5.6.3 Hipótesis de Manejo 412
5.6.4 Temas a reforzar 413
6 El Aprendizaje Basado en Problemas en la Resolución de Problemas 413
6.1 Formación integral 414
6.2 Relación Médico-Paciente 414
6.2.1 Comunicación 414
6.2.2 Contenidos 414
6.2.3 Metodología 415
6.2.4 Contenidos 415
6.2.5 Humanización de la práctica clínica 415
6.2.6 Marco De La Supervisión Practica Clínica 415
6.2.7 Proceso de resolución de problemas 416
6.2.8 Evaluación 417
7 Modelo Tradicional 417
7.1 Modelo Tradicional De Medicina 419
7.2 Casos clínicos 420
7.2.1 Caso 1 420
7.2.2 Caso 2 420
7.2.3 Atención del caso clínico 420
7.3 Relación Médico - Paciente 420
7.3.1 Comunicación 420
8 BIBLIOGRAFIA 421

Lista de tablas

Tabla 1. Rendimiento académico. 165
Tabla 2. Aplicación del seminario tradicional. 166
Tabla 3. Aplicación del seminario ABP. 167
Tabla 4. Resultados. 167
Tabla 5. Resultados sistémicas. 170
Tabla 6. Resultados personales. 171
Tabla 7. Resultados competencias. 172
Tabla 8. Resultados aprendizaje. 172
Tabla 9. Resultados ideas previas. 173
Tabla 10. Resultados saberes. 174
Tabla 11. Resultados actividades grupales. 174
Tabla 12. Resultados estrategias pedagógicas.. 175
Tabla 13. Resultados tipos de actividades. 176
Tabla 14. Resultados tipo de comunicación. 176
Tabla 15. Resultados desde el perfil del estudiante. 177
Tabla 16. Resultados desde el perfil del docente. 178
Tabla 17. Programa siguiente consulta. 205
Tabla 18. Solución del problema. 206
Tabla 19. Confianza. 206
Tabla 20. Ayuda. 207
Tabla 21. Comunicación clara y efectiva. 207
Tabla 22. Explicación del tratamiento. 208
Tabla 23. Involucramiento. 208
Tabla 24. Explicación de la enfermedad. 209
Tabla 25. Información del tratamiento. 209
Tabla 26. Datos del médico. 210
Tabla 27. Respeto. 211
Tabla 28. Pregunta estado físico y síntomas. 212
Tabla 29. Necesidades emocionales. 212
Tabla 30. Cordialidad. 213
Tabla 31. Modales. 213
Tabla 32. Relación médico-paciente. 268
Tabla 33. Problemas del paciente. 270

Lista de figuras

Figura 1. Modelos Pedagógicos. Fuente: DE Zubiria, 2005. 33
Figura 2. Consolidación de la muestra. Fuente: Elaboración propia. 124
Figura 3. Proceso de la investigación. Fuente: Elaboración propia. 126
Figura 4. Diseño de la investigación. Fuente: Elaboración propia. 128
Figura 5. Plan de diseño de investigación. Fuente: Elaboración propia. 136
Figura 6. Proceso. Fuente: Elaboración propia. 158
Figura 7. Modulo para el manejo integral del paciente. Fuente: Elaboración propia. 161
Figura 8. Guion de observación de una clase de postgrado. Fuente: Elaboración propia. 169
Figura 9. Contenido del mensaje. Fuente: Elaboración propia. 197
Figura 10. Forma. Fuente: Elaboración propia. 199
Figura 11. Resolución. Fuente: Elaboración propia. 202
Figura 12. Encuesta satisfacción de la paciente. Fuente: Elaboración propia. 204
Figura 13. Evaluación de sesión. Fuente: Elaboración propia. 215
Figura 14. Tradicional vs ABP. Fuente: Elaboración propia. 219
Figura 15. Estrategias cognitivas y de control de aprendizaje. Fuente: Elaboración propia. 247
Figura 16. Comparativo de estrategias. Fuente: Elaboración propia. 249
Figura 17. Conectar. Fuente: Elaboración propia. 267
Figura 18. Comprensión de los problemas. Fuente: Elaboración propia. 269

Introducción

Desde los años 30, en el siglo XX, la enseñanza médica consistía en la transmisión del conocimiento y de la experiencia de los profesores, sin la aplicación de metodologías basadas en la pedagogía. A partir de esta época, a raíz de la publicación del "Informe Flexner (1910)" el desarrollo de las bases científicas de la medicina, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, se desencadenó una revolución en la enseñanza médica, con la premisa: "se debe estimular el aprendizaje activo, limitar el aprendizaje de memoria basado en las conferencias y clases magistrales. Los estudiantes de postgrado no deben aprender solamente hechos sino desarrollar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas. Los educadores deben enfatizar en los estudiantes de postgrado de medicina, que el aprendizaje es una tarea para toda la vida" (Vicedo, 2002, pág. 167).

Se introduce de esta manera la problematización de la enseñanza de la medicina con el objetivo de mejorar la calidad de la educación médica cambiando la orientación de un currículo que se basa en una colección de temas y exposiciones del maestro, a uno más integrado y organizado en problemas de la vida real y el Aprendizaje Basado en Problemas (de ahora en adelante ABP) que facilite la interdisciplinariedad y la integración de conocimiento. En la medida que los problemas representen situaciones reales, cercanos al diario vivir, se fomenta la integración curricular; esto permite que las adquisiciones de conocimientos vayan en forma paralela con el aprender a estudiar y aprender a solucionar problemas. Así mismo, la formulación de problemas que engloben aspectos biológicos, psicológicos y socioeconómicos hacen que el estudiante se familiarice muy tempranamente en el desarrollo de la carrera, con enfoques

integradores que le brinden la posibilidad de comprender todas las facetas a las que se ve enfrentado un paciente y su núcleo familiar ante una enfermedad (Branda, 2004).

El ABP se han definido como la estrategia didáctica de aprendizaje abierta que favorece la retención de conocimiento, estimula la práctica clínica, la curiosidad científica y promueve una amplia comprensión de la complejidad de la medicina. Es una metodología que se ajusta perfectamente a las evoluciones de los sistemas de enseñanza superior porque facilita la adquisición de conocimiento, las capacidades de trabajo en equipo, las habilidades de comunicación, la responsabilidad en el aprendizaje independiente, la cooperación en la búsqueda de información, la evaluación crítica de la información, la escucha activa y el respeto de los puntos de vista de otro; estimula el autoaprendizaje y el trabajo colaborativo. Enfatiza uso de problemas, situaciones, casos clínicos, que inducen al estudiante a logar los niveles cognitivos más elevados, esto se traduce en profesionales con una amplia habilidad para analizar, investigar, sintetizar y evaluar, compartir e integrar información (Martínez, 2002; Kurrek, 1997; Davis, 1999; Prideaux, 2002; Smits, 2002).

Esta estrategia didáctica del aprendizaje cambia radicalmente la presunción tradicional de que la información ha de adquirirse antes de que se plantee la necesidad de solucionar un problema y que el aprendizaje ha de ser secuencial, progresando desde los conceptos básicos hasta su aplicación clínica (Martinez, 2002). El ABP ofrece un entorno en que los estudiantes pueden progresar más allá de sus conocimientos previos, aprender dentro de un contexto real y reforzar sus conocimientos gracias al trabajo en grupos pequeños (Norman G. S., 1992).

Y es precisamente por esto que en esta investigación se tiene como objetivo general evaluar el papel que cumple el ABP en la formación de procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos dentro de una problemática médica muy común y que suelen abordar de manera

poco educativa los estudiantes de postgrado de Ginecoobstetricia en lo que respecta al manejo integral de pacientes con climaterio y menopausia. A partir de los hallazgos, se presenta una propuesta educativa mediante un módulo del manejo integral de la paciente. Para describir este proceso, se tomó el grupo de estudiantes de postgrado que ingresó a la especialización de obstetricia y ginecología, se desarrolló el proceso formativo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia y de la relación médico-paciente, denominado módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, en la carrera mencionada en dicha universidad.

La pretensión central de esta investigación doctoral fue incluir el ABP en el currículo de medicina para fortalecer la formación de los estudiantes de postgrado creando oportunidades para enriquecer la toma de decisiones de manera científica; la adquisición del razonamiento clínico; la utilización de un enfoque holístico para el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia; el aprendizaje autodirigido promoviendo una educación continua y permanente a lo largo de la vida; la capacidad para el trabajo colaborativo; la adquisición de la habilidad para escuchar, responder y participar en discusiones relevantes al manejo integral de la paciente y todos los tópicos a fines a la práctica clínica.

La estructura del documento está comprendida por 4 partes, en la primera se introduce la investigación, el planteamiento del problema, el objetivo general, objetivos específicos, preguntas orientadoras e hipótesis; seguidamente se presenta la justificación de la investigación y el marco teórico, en el que se exploran varios aspectos: la educación en la educación superior, la pedagogía, los modelos pedagógicos, la didáctica, la didáctica del aprendizaje basado en problemas, la educación desde la perspectiva sistémica, posteriormente los fundamentos del ABP, , la enseñanza de la medicina y el ABP, la salud-enfermedad como proceso social, la visión de la epistemología feminista, el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, la práctica clínica, la relación médico-paciente, la ley 100 de diciembre de 1993 y su incidencia en la relación médico-paciente, la comunicación en la relación médico-paciente, los procesos

cognitivos en el ABP, la metacognición en la resolución de problemas, y la formación de los profesionales en medicina.

Posteriormente, en el marco referencial específico de la menopausia y el climaterio se destacan los estudios en educación médica, referencias al estudio de obstetricia y ginecología y referencias al estudio de menopausia y climaterio. Se encuentra en seguida la formulación del problema. Posteriormente se propone la metodología, se caracterizan los participantes, el diseño metodológico, el tipo de investigación, el procedimiento y las técnicas de recolección de información; instrumentos y diseño metodológico. . A continuación, se presentan los resultados correspondientes a cada uno de los objetivos propuestos dentro de la tesis. Respecto al primero, se analiza cómo se enseña la ginecología y la obstetricia y, cómo aprenden los estudiantes. A continuación, se presentan los resultados correspondientes al segundo objetivo: Diseño, implementación y evaluación del módulo.

Posteriomente se presentan los resultados generales correspondientes al tercer objetivo: Descripción de los resultados de la aplicación del modulo, los cambios referentes a los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos. Finalmente se presentan: los análisis de los resultados, la discusión de los mismos, las conclusiones, ventajas del ABP, aportes del ABP a los estudiantes de postgrado, las limitantes del aprendizaje basado en problemas y, por último se presentan una serie de recomendaciones derivadas de la investigación

Planteamiento del problema

El objetivo fundamental de la educación médica es el mantenimiento de la salud, el alivio del sufrimiento, la curación de la enfermedad, el control de la pérdida innecesaria de las vidas y el acompañamiento hacia una muerte digna (Quintana, 2003). Por tanto, el trabajo llevado a cabo en las instituciones universitarias no puede limitarse a la transmisión de conocimientos ni al desarrollo de habilidades técnicas, sino que ha de garantizar el desarrollo armónico de todas las dimensiones del sujeto, involucrando en el proceso los elementos científicos, tecnológicos,

éticos, culturales, sociales y humanísticos requeridos para la consolidación progresiva del profesionalismo médico (Chiuan, 2010).

Sin embargo el proceso de enseñanza - aprendizaje en la universidad, tradicionalmente se ha basado en una formación que privilegia la transformación pasiva de la información, con la acumulación, memorización y repetición de los contenidos, limitando la integración de las diferentes disciplinas, la construcción de aprendizaje significativo, el trabajo multidisciplinario, la solución de problemas con una visión holística o la búsqueda de información necesaria para resolver las situaciones de aprendizaje (Dueñas, 2001).

La clase expositiva tradicional ya no ofrece todas las respuestas para el desarrollo de habilidades técnicas, de juicios clínicos de la capacidad de solución de problemas**.** Para Sandoval (2011) en los estudiantes de medicina se han encontrado deficiencias en aspectos como la fragmentación del conocimiento, ritualización del saber y el interés de acoger conceptos sólo para responder exámenes, lo cual genera conceptos frágiles que no permiten el desarrollo de procesos cognitivos, ni el uso del conocimiento para la resolución de problemas o la transformación de concepciones previas. Por esto surge la necesidad de fomentar la búsqueda, desarrollo y puesta en práctica de una estrategia didáctica como el ABP el cual ha demostrado en otros escenarios una adquisición activa de conocimiento por parte del estudiante que a su vez es más sólido y le permite al educando resolver con facilidad los problemas que le ofrece su ejercicio profesional (Hodges, 2011)**.**

La psicología cognitiva proporciona una base teórica al ABP, sustentado en la teoría constructivista sobre el aprendizaje humano que une comprensión, conocimiento previo y contexto al enfrentar las situaciones reales (Spencer, 2003). El ABP se define como “un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la

adquisición e integración de nuevos conocimientos (Barrow, 1986). El problema y/o motivo de consulta que el paciente quiere que el estudiante de postgrado se lo resuelva con su razonamiento clínico y pensamiento crítico. Barrows (1980), define el razonamiento clínico como "el proceso cognitivo necesario para evaluar y manejar los problemas de un paciente". Las investigaciones modernas que tratan de arrojar luz sobre el razonamiento clínico se han realizado en las últimas cuatro décadas por científicos de diversas disciplinas con perspectivas variadas como la educación médica (Norman G. , 2005).

El razonamiento clínico se puede dividir en dos tipos: el analítico y el no-analítico (Eva, 2005). En el modelo tradicional los educadores médicos se han centrado en el analítico, que supone un análisis cuidadoso de la relación entre los síntomas, signos y los diagnósticos como el indicador de la pericia clínica. Este modelo utiliza el pensamiento analítico como el modelo hipotético – deductivo, el cual es más lento que el no analítico, pero se utiliza de manera más consciente al implicar los siguientes pasos: 1) Observación cuidadosa; 2) Obtención de información; 3) Exploración física; 4) Generación de hipótesis; 5) Correlación de los datos obtenidos con la(s) hipótesis planteadas y 6) Confirmación o no de la hipótesis a través de pruebas diagnósticas (Eva, 2005).

El razonamiento diagnóstico implica la comprensión de la relación entre las características detectadas y las enfermedades subyacentes, para así generar una lista diferencial de diagnóstico relevantes y aplicar un algoritmo diagnóstico adecuado que permita ponderar cada diagnóstico en términos de su probabilidad relativa.

El ABP incluye trabajo en grupos pequeños, el profesor como guía del proceso, los problemas como vehículo para el desarrollo de habilidades, los estudiantes como determinantes

de las necesidades de aprendizaje, el estudio individual, el análisis grupal y la síntesis final (Morales, 2004).

La formación, que constituye uno de los pilares fundamentales de la preparación de los estudiantes universitarios para un ejercicio ciudadano y profesional exitoso, adquiere especial relevancia en la formación de los médicos, profesionales responsables del cuidado de la salud y de la vida de los seres humanos, (Angulo, 2007). La formación se encuentra consagrada como un principio de la educación universitaria en Colombia, en el artículo 1o.. de la ley 30 de 1992, el cual establece que la Educación Superior (ES), es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral y tiene por objeto el pleno desarrollo de estudiantes y su formación académica y profesional. De igual manera, en el artículo 6o. de la misma ley está como uno de los objetivos de la educación superior y de las instituciones educativas que tienen la misión de prestar dicho servicio (Congreso de Colombia, 1992).

El informe de la UNESCO (1996), define cuatro ejes básicos de la educación para el desarrollo de la formación, desde varias dimensiones: el conocimiento (aprender a conocer), la transformación (aprender a hacer), la ética (aprender a ser) y la relación con otros (aprender a convivir), elementos que coinciden plenamente con los conceptos planteados por otros autores como sustento filosófico y marco operacional para la materialización del constructo formación en la educación médica (Delors, 1996).

Las universidades deben ser un espacio que posibiliten la construcción de individuos más que la producción de profesionales, enfatizando el desarrollo integral de los estudiantes universitarios hacia la formación de recursos humanos aptos para el manejo de la ciencia, la

tecnología, en general los saberes, con criterios éticos, morales y humanistas, hacia la formación de hombres y mujeres de bien, además de excelentes profesionales en su área.

En la práctica y para el caso de la formación médica, la universidad contribuye a la formación y al desarrollo disciplinar médico en la medida en que se logre involucrar a los estudiantes en vivencias intelectuales, estéticas y morales que le permitan sentirse implicados y afectivamente comprometidos en la construcción de sentidos y significados compartidos, para configurar un imaginario colectivo en que se desarrollen prácticas y valores específicos a partir de la diversidad mediante el ejercicio de la docencia, la investigación y la proyección a la sociedad (Acevedo, 2010).

En contraposición a lo expuesto, la formación de los profesionales de la salud, en este caso de los médicos, no supera una preparación centrada en aspectos eminentemente disciplinares y técnicos, caracterizada por una visión fragmentada del paciente y por tanto un abordaje de su diagnóstico y tratamiento con esa orientación, explorando órganos y sistemas en una práctica que ignora las sinergias, simultaneidades y complementariedades de los procesos fisiológicos propios del organismo humano, interrelacionadas incluso con el contexto propio de los pacientes.

Así mismo, no incluye aspectos formativos relacionados con los presupuestos éticos, políticos, sociales, estéticos, ambientales, axiológicos y deontológicos, que favorezcan la comprensión del proceso de vida humana como un proceso social, (León, 2009). En la especialidad de Ginecobstetricia (Creatsas, 2010), específicamente en el área de climaterio y menopausia, es evidente que la mayoría de los estudiantes de postgrado y profesores no son conscientes de los procesos cognitivos (Nolla, 2006), metacognitivos (Campanario, 2000; Alterio y Bolivar, 2010) y comunicativos (Spaendonck, 1999) implicados en la resolución del motivo de

consulta y/o problema, (Rancich, 1995). Este aspecto trae como consecuencia, que los profesionales orienten la resolución de problemas hacia la aplicación de una lógica causa-efecto que se lleva a la práctica en el diagnóstico y tratamiento del climaterio y la menopausia (Gómez, 2007).

Esto contribuye a producir prototipos de médicos que no tienen en cuenta las particularidades del sujeto que consulta (paciente) en todas sus dimensiones. Concomitante con esto, el estudiante de postgrado no pone en uso sus diversas habilidades intelectuales relacionadas con el pensamiento divergente y convergente. Con el ABP se plantea la comprensión y dominio del área de conocimiento a partir de problemas, esto es un aspecto fundamental en la formación profesional e integral de los estudiantes de postgrado, (Barrows H. , 1996). La aproximación al conocimiento universitario deseable se realiza a través de un "problema" general de progresión en la construcción del conocimiento y descendiente de una cadena de problemas que fomentan la investigación y el aprendizaje desde el modelo didáctico de resolución de problemas.

Las ideas e intereses de los estudiantes se tienen en cuenta tanto en la relación con el conocimiento propuesto como en la relación con la construcción de ese conocimiento y de las cadenas de problemas fruto de las reflexiones continúas sobre la problemática inicial. La metodología se basada en la de idea de investigación del estudiante, centrada en el trabajo en torno a problemas con secuencia de actividades relativas al tratamiento de esos problemas, el estudiante de postgrado debe asumir un rol activo como constructor y reconstructor de su conocimiento, el papel activo del profesor como coordinador de los procesos, proyectos de investigación y como investigador y promotor de la investigación en el contexto de enseñanza –

aprendizaje. La evaluación se centra a la vez en el seguimiento de la evolución del conocimiento de los estudiantes, de la actuación del profesor.

Se encontraron algunas investigaciones que indagaron sobre la relación médico-paciente en ginecología: Gianfranco, 2005; Urrego, 2007; Herrera 2010. La diferencia que hay que, entre estas propuestas entre sí, está en el abordaje epistemológico, metodológico y procedimental por cuanto ninguna de ellas fundamenta su estudio desde la estrategia didáctica del ABP. Son investigaciones que a pesar de desarrollarse en el contexto clínico y tomar como sujetos de investigación a las pacientes que asisten a consulta, no se han focalizado en los procesos de enseñanza de la medicina, ni en la enseñanza específica de obstetricia y ginecología. De acuerdo con esto, y a partir de las necesidades derivadas de los actuales cambios sociales, económicos, tecnológicos, científicos, epidemiológicos, competitividad, globalización, han hecho que múltiples organismos nacionales e internacionales hayan sugerido a los estamentos educativos la necesidad de desarrollar cambios en las estrategias educativas orientados al desarrollo de un profesional eficaz" y con competencias adaptadas a las necesidades sociales y sanitarias actuales, (Alfonso, 2001).

La paciente en climaterio y menopausia con características fisiológicas, psicológicas y sociales, que la hacen sentir más vulnerables; en la mayoría de los casos no comprendida por las personas de su núcleo familiar y social, como tampoco, por parte de su médico tratante y del sistema de salud, demandan una atención acertada de acuerdo a su momento vital. Debido a la influencia que ejercen los factores socioculturales y psicológicos en la expresión clínica del climaterio, es necesario que los profesionales de la salud encaucen la atención a la mujer climatérica con un enfoque médico social. Por ello, se recomienda que durante la anamnesis se profundice en los aspectos relacionados con las condiciones de vida y la vida cotidiana de la

mujer, destacándose como importante explorar las áreas biológica, económica, ecológica o ambiental, psicológica, social, familiar con especial énfasis en la dinámica de la pareja y laboral. Así mismo, se recomienda indagar acerca de la autoestima y la satisfacción de las mujeres con las diferentes áreas de su vida (II Consenso, 2007).

Todas estas reflexiones y planteamientos rescatan por un lado la orientación tradicional de la Universidad, en relación a la formación de profesionales más integrales, con un fuerte componente humanista y con capacidad crítica, que contribuya a la búsqueda del bienestar de la sociedad. Y por otro, establecen la idea que la educación superior requiere de transformaciones y plantean la necesidad de que el estudiante de postgrado sea el centro del proceso. En este contexto, el ABP se sitúa como estrategia didáctica capaz de integrar conocimientos y abordar el aprendizaje desde diferentes disciplinas, incorporando además de la especialidad de Obstetricia y Ginecología otras disciplinas como la psicología, sociología, antropología o ética, contribuyendo a una mirada más global e integral del climaterio y la menopausia.

Por otra parte, la dinámica de trabajo que el ABP incorpora, contribuye a desarrollar en los estudiantes capacidades de análisis crítico, búsqueda de información relevante, autonomía, aprender a aprender y fortalecer el aspecto valorativo para una formación más integral.

A pesar del reconocimiento que tiene el ABP en la formación general de las personas no se ha explorado su eficacia en la especialidad de Ginecología y Obstetricia y específicamente en el área de climaterio y menopausia, en las que ha predominado la formación tradicional firmemente arraigada en las facultades de medicina; razón por la cual resulta importante preguntarse por el papel que puede cumplir la formación en los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos de los estudiantes de postgrado de la especialidad de Obstetricia y Ginecología que cursan la materia de climaterio y menopausia, con el desarrollo en el aula de

un módulo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia y su repercusión en la relación médico – paciente construido con la estrategia didáctica del ABP frente al seminario tradicional.

Objetivo General

Evaluar el impacto de un módulo del Manejo Integral de la Paciente en Climaterio y Menopausia y la Relación Médico-Paciente, construido a partir de la estrategia didáctica del ABP centrado en aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos, frente a la educación tradicional en estudiantes de postgrados de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

Objetivos Específicos

Identificar los procesos de enseñanza – aprendizaje que están promoviendo la formación de los estudiantes de postgrado en el área de obstetricia y ginecología de una Universidad Colombiana.

Diseñar, implementar y evaluar un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico - paciente con los estudiantes de postgrado con la estrategia didáctica del ABP y compararlas con la estrategia didáctica tradicional que utilizan los profesores y estudiantes de postgrado en el semestre de ginecología a través de una intervención en el aula y en el consultorio médico.

Caracterizar los cambios en la formación (aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos) de los estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología en el tema del

manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico - paciente, luego de la aplicación de módulo construido desde la estrategia didáctica del ABP.

Preguntas orientadoras

1. ¿Cómo se promueve la formación de los estudiantes de postgrado, desde la estrategia didáctica del ABP en la especialidad de obstetricia y ginecología?
2. ¿Cuál es la estrategia didáctica que se está implementando en la facultad de medicina de una universidad colombiana para lograrla formación de los estudiantes de postgrado de la especialidad de Obstetricia y Ginecología?
3. ¿Cómo se lleva a cabo la práctica clínica desde la malla curricular y desde las prácticas educativas in situ?
4. ¿Cuáles son los aportes del ABP a la formación profesional de los estudiantes de postgrados de obstetricia y ginecología?
5. ¿Qué competencias contribuye a desarrollar la aplicación del ABP en los estudiantes de postgrado de Obstetricia y ginecología?
6. ¿Cómo se fortalece la práctica clínica, favoreciendo la forma como se comunican los estudiantes de postgrado y las pacientes desde el diseño, validación, aplicación y evaluación de un módulo del manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del ABP frente a los del seminario tradicional?
7. ¿Cómo se favorecen en los estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología los procesos comunicativos, metacognitivos y cognitivos con el diseño, aplicación, evaluación y validación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente en

climaterio y menopausia y la relación médico-paciente con los fundamentos teóricos de la estrategia didáctica centrado ABP?

Hipótesis

El módulo sobre el manejo integral del paciente y relación médico-paciente fundamentado desde la estrategia didáctica del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) enriquece y fortalece el rendimiento académico y la formación en los aspectos cognitivos, comunicativos y metacognitivos de los estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología de una Universidad Colombiana en comparación con los que se forman dentro del modelo tradicional.

Justificación

Esta investigación se realizó desde los lineamientos del énfasis en educación en sujetos y escenarios de aprendizaje, bajo la tutoría del profesor Pablo Páramo Bernal PhD. El foco se ubicó en la investigación en didáctica, porque se fundamentó en el diseño, implementación y evaluación del Módulo sobre el Manejo Integral de la Paciente de Climaterio y Menopausia. El aporte de esta investigación a la línea de investigación Énfasis educación en sujetos y escenarios de aprendizaje fue la consolidación de las epistemologías de los estudiantes de postgrado en los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos evidenciados en la relación médico-paciente y su incidencia en la formación de los estudiantes de postgrado en el área de Ginecología y Obstetricia; a partir de estos estudios se enriquecieron los procesos educativos, de formación y de práctica clínica de la educación médica.

Esta investigación se justificó a partir de algunas investigaciones que refieren que las mujeres en esta etapa tiene pobre opinión de su aspecto físico y estima personal (Cárdenas, 2002); mientras que Silva, Martínez, González, Montalvo y Palacios (2001), al estudiar la violencia en la mujer en la etapa del climaterio, encontraron que el maltrato psicológico, es más factible que afecte de forma negativa su calidad de vida. Es por estas razones que el propósito de esta investigación fue la necesidad de abordar la problemática de las mujeres en climaterio y menopausia desde una perspectiva integral que responda a sus necesidades emocionales, psicológicas, culturales y familiares. En aras a mejorar la atención primaria en salud, se hizo una innovación pedagógica en la forma de abordar los problemas y/o motivos de consulta, y la forma como se resuelven los problemas en el área de climaterio y menopausia. Al respecto Contreras (1987), plantea que "la resolución de problemas no sólo pretende dotar al individuo de

conocimientos fundamentales desde el punto de vista epistemológico y social, mediante el redescubrimiento de los mismos, sino también, y fundamentalmente, intenta que los estudiantes adquieran códigos ordenados de conducta, esquemas de comportamiento suficientes para poder desarrollarse en cualquier situación normal de la vida diaria" (Rodríguez, 2009).

Para Martínez (2001), las razones que pueden considerarse justificaciones suficientes para adoptar el ABP como estrategia didáctica de enseñanza – aprendizaje comprenden:

- Oportunidad para aprender a tomar decisiones de una manera "científica "
- Adquisición del razonamiento clínico y crítico.
- Utilización de un enfoque holístico para el manejo de situaciones
- Aprendizaje auto dirigido (educación continua a lo largo de la vida)
- Capacidad para el trabajo en equipo
- Adquisición de la habilidad para escuchar, responder y participar en discusiones relevantes.
- Sintetizar lo aprendido.

Así mismo las condiciones que facilitan la aplicación de ABP son:

Mayor dedicación y responsabilidad de parte de los estudiantes en cuanto a su decisión de qué y cómo deben de estudiar; esto se conoce como aprendizaje auto dirigido y centrado en el estudiante.

Las sesiones tutoriales en pequeños grupos y el estudio independiente constituyen las actividades educativas más importantes.

Este método depende de la dedicación de los propios estudiantes para trabajar con lo desconocido y los posibles problemas de una manera en la que desafiará el desarrollo de sus conocimientos en la solución de problemas y estimulará el aprendizaje de lo más relevante. El

profesor debe tener los conocimientos necesarios para orientar y guiar a los estudiantes en este proceso. Desde luego el ABP tampoco constituye la última panacea en el proceso de enseñanza – aprendizaje de las ciencias de la salud, existen varios hechos que en ocasiones debilitan la percepción de su eficacia, destacan por ejemplo, el sentimiento de que este método privilegia los conceptos clínicos sobre la evaluación y el manejo de pacientes en detrimento del aprendizaje en ciencias básicas, también este método parece favorecer el aprendizaje sobre la solución de problemas y no la adquisición de conocimientos en general.

La mejor forma de enfrentar los problemas del método es contando con profesores lo suficientemente capacitados, en pedagogía y didácticas específicas que cuenten con actitud propositiva, motivados y que sean capaces de integrar componentes motivacionales en su práctica cotidiana docente, con lo cual seguramente el ABP resulta una alternativa importante en la diversificación de métodos donde la enseñanza de la medicina se transforme de la instrucción tradicional centrada en el profesor, al proceso de aprendizaje centrado en el estudiante, es decir un proceso dinámico, interactuante donde participa activamente el estudiante de postgrado y rompe con el método tradicional de enseñanza – aprendizaje, en donde el binomio profesor-estudiante postgrado es el de emisor y receptor, es decir el profesor todo lo sabe y el estudiante de postgrado todo lo ignora, siendo éste, un ente pasivo y logrando con ello un conocimiento poco significativo (Valle, 1999).

El ABP se constituye en una estrategia didáctica que permite desarrollar en el estudiante el juicio crítico y razonamiento clínico, con la utilización de un enfoque holístico para el manejo de problemas, el hábito por el aprendizaje auto dirigido, capacidad para el trabajo colaborativo y adquisición de la habilidad para escuchar, responder y participar en discusiones relevantes. Con lo cual se logra un aprendizaje significativo, puesto que uno de los problemas que enfrenta

frecuentemente el estudiante de postgrado de medicina es que los conocimientos adquiridos con otros métodos educativos tienden a olvidarse fácilmente, resultando poco significativos. Los objetivos educacionales del ABP son integrar un cuerpo de conocimientos en relación a un problema referido y desarrollar habilidades para resolver problemas. En el ABP el estudiante de postgrado asume un papel activo, dinámico y el profesor el de un tutor que guía y orienta al estudiante de postgrado en la construcción de su propio conocimiento, contribuyendo a su formación integral como parte de una sociedad. De ahí que el desarrollo adecuado y exitoso de ABP requiere del compromiso, entrega y dedicación de estudiantes y profesores.

Incluir la estrategia didáctica del ABP nutre los procesos pedagógicos de los estudiantes, el ejercicio de los docentes, modificándose los roles de quienes conforman el proceso de enseñanza y aprendizaje, porque se abre la posibilidad de promover la reflexión, la crítica, el análisis, el trabajo colaborativo, la posibilidad de compartir las diferentes lecturas que se tiene frente a un problema y/o motivo de consulta. Es la oportunidad de compartir el conocimiento y a su vez construirlo con las diferentes perspectivas de quienes participan en el debate, la discusión. Promoviendo la formación de los estudiantes de postgrado y potenciando la relación médico-paciente.

La innovación en la enseñanza de la medicina radica en lograr que se traslade lo que sucede en el aula de clase a la consulta clínica, es decir a la práctica clínica. Se incluye la relación médico-paciente para visibilizar el efecto del ABP no sólo en los procesos de aprendizajes sino en la forma como se resuelven los problemas en la consulta clínica. Con la integración de los aprendizajes del aula de clase y la consulta clínica se logra la visión holística de la salud de las pacientes. La extrapolación de los procesos cognitivos, metacognitivos y

comunicativos del aula de clase a la consulta clínica y/o práctica clínica, se constituyen en una forma de intervenir en los contextos en los que se forma el estudiante de postgrado.

Por lo tanto, humanizar la práctica clínica implica, desde los planteamientos de Rogers (2000), el respeto de los puntos de vista del paciente y la consideración de cada una de sus opiniones en la toma de decisiones respecto a su salud. Atender el bienestar psicológico del paciente, recordar que el paciente es único e individual y tratar al paciente en su contexto familiar, ambiente social y físico.

Poseer buenas habilidades para comunicarse y escuchar; proporcionar confidencialidad y confianza; demostrar calidez y compasión y ser simpático. Estas categorías son compatibles con los rasgos de una atención humanizada, esto se traduce según Gafo (1993), en el reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo, la unicidad del paciente, la globalidad del paciente, el respeto a la libertad, la participación de los pacientes, el igualitarismo y el equilibrio en la relación empatía –afecto. También son considerados como derechos del enfermo y los pacientes el derecho a la vida, a la salud, a la autonomía, a la información, a la verdad, confidencialidad, a la intimidad, a la libertad y al trato digno, los cuales se han incorporado en diversos marcos legales en el mundo como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, los Derechos de los pacientes de la Asociación Médica Mundial en 1995, la Resolución 13437 del Ministerio de Salud Colombiano en 1991, la Ley 8239 sobre los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud en Costa Rica de 2002, entre otros.

Al respecto Tena (2002), refiere que la ausencia de esas características en el personal de salud, además de diversos factores, ha favorecido la deshumanización en la atención médica. Término utilizado cuando se trata al paciente como un objeto y no se consideran sus rasgos personales e individuales, prescindiendo de sus sentimientos y valores, “cosificándolo” como el

paciente de la cama X, o el paciente con tal o cual padecimiento, relegando a un segundo plano sus dimensiones personales, siempre específicas en cada paciente. Continúa Gafo (1993), argumentando que cuando existe la indiferencia o frialdad en la interacción humana, una preocupación distante que constituye una negación de humanidad hacia el enfermo en el propio médico.

Es necesario reformar la educación médica y utilizar la estrategia didáctica del ABP, entre otras mejorando la relación médico-paciente y la formación de los estudiantes de postgrado, visibilizando las necesidades de la comunidad, la humanización en la práctica clínica, la educación y la promoción en salud con el propósito de crear redes para la promoción y la prevención de la enfermedad. Proponer un módulo con la estrategia didáctica del ABP que comprenda los problemas y/o motivos de consulta, pasando de los factores moleculares y biologicistas a sociales y contextuales, fomentando en los estudiantes de postgrado una formación continua que los oriente a examinar sus actuaciones y ampliar sus competencias, siendo éstas determinadas por su práctica individual, por las necesidades del hospital o del servicio de salud, por el desarrollo científico y las demandas sociales (Byrne, 1993).

Dentro de las conexiones que se pueden hacer entre los sistemas de atención y la educación, abandonar los reduccionismos biológicos, el paradigma clínico tradicional descriptivo explicativo. Avanzar a otra forma de plantear la relación médico-paciente, superando el naturalismo normativo que se apoya en el esquema terapéutico clásico que se fundamenta en el orden natural o fisiológico cuya preservación y restauración constituyen el sentido del deber ser del acto médico. Pasar a una estrategia humanizada proponiendo una estrategia didáctica desde lo holístico y desde el reconocimiento de las particularidades de cada sujeto.

Con el diseño, implementación y evaluación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del ABP, se consideró podría generar un impacto favorable en la atención a las pacientes mediante la enseñanza de la medicina. Se propuso incluir el ABP en el currículo de la facultad de medicina, específicamente en la especialidad de obstetricia y ginecología, porque se consideró que permitiría superar algunas deficiencias del proceso de formación de los estudiantes de postgrado, proponiendo un currículo integrado, caracterizado por contenidos organizados, construidos a partir de ejes, principios articuladores básicos de la medicina como disciplina científica y sus avances como ciencia básica y aplicada. Con el módulo se consolidó la aplicabilidad del ABP como estrategia didáctica, afianzando el aprendizaje significativo, social, cooperativo a través de la resolución de problemas; motivando en los estudiantes el pensamiento investigativo, crítico, analítico, reflexivo, el trabajo en equipo y colaborativo (Peñaloza, 2005).

Con esta investigación se espera contribuir al desarrollo del conocimiento didáctico en lo referente a la teorización sobre la práctica docente y la enseñanza de la medicina desde la estrategia didáctica de ABP (Venturelli, 2000). Con la aplicación metodológica del aprendizaje basado en problemas en el módulo sobre el manejo de la paciente de climaterio y menopausia, se creó el contexto para que los estudiantes de postgrado pensaran sobre sus propios procesos cognitivos, la estrategia de "pensar en el pensamiento y el aprendizaje" y para supervisar las operaciones mentales, facilitaron el pensamiento creativo y fomentaron las destrezas adquiridas. Por ejemplo, lograr que el estudiante de postgrado develara su proceso mental para resolver el motivo de consulta, se constituye en un aporte importante a la ciencia y a la disciplina, en la medida que permite acudir a las subjetividades, estrategias, y recursos de cada uno de los estudiantes de postgrado.

El interés por investigar sobre la educación médica, partió de la preocupación de la efectividad del proceso educativo en la práctica clínica, demostrar la aplicabilidad de que lo que se enseña en el aula de clase se traduce en una mejor atención a las pacientes. En los últimos 10 años, esta preocupación se ha agudizado, se entiende que se ha ingresado en una etapa de revisión total del paradigma formativo de los médicos, precipitado por los cambios en los sistemas de atención, la hiperdensificación de los conocimientos y su rápida caducidad (Von Glaserfeld, 1989, p. 80).

La caracterización de los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos, favorece una visión holística e integradora que contempla las dimensiones de formación de los estudiantes de postgrado y a su vez distingue el contexto, el entorno y el ambiente sobre el cual se documentan y organizan las acciones y las epistemologías de quienes conforman la red de relaciones humanas en la atención primaria en salud y particularmente durante la relación médico-paciente. Estos aspectos se constituyen en aportes significativos a la construcción de conocimiento en los campos de la salud, de la pedagogía médica y el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia (Vygostky, 1978).

En síntesis,retomando autores como Gillamet (2008), Bachtel (1999) y Maudsley (1999), se justifica incluir el ABP como estrategia didáctica en esta investigación porque beneficia la construcción de conocimiento propio a través del autoaprendizaje, el desarrollo de competencias transversales como: Autoaprendizaje (Román, 1994); trabajo en equipo (Rodríguez, 2009; Davis M. H., 1999); comunicación (Valverde, 2007; Alonso, 2003; Ojalvo, 1997; Fernández, 1996; Gómez, 2002), pensamiento crítico (Rogoff, 1990); práctica profesional (Wojtczak, 2006); práctica clínica y práctica profesional (Yepes, 2005); procesos cognitivos (Nolla, 2006); procesos metacognitivos (Suárez, 2009; Flavell, 1976); razonamiento clínico (Aspergren, 1998;

Branda, 2004; Cossette, 2004; Hmelo, 2000; Gijbels, 2005); entre otros aportes, como la búsqueda de información, el manejo del tiempo, la contextualización de tareas en escenarios distintos, y finalmente la aceptación del autoanálisis y autoevaluación; todos estos componentes benefician sustancialmente la enseñanza de la medicina tanto en el aula de clase como en la práctica clínica.

Marco teórico

El propósito de este apartado es reflexionar sobre educación superior, pedagogía, modelos pedagógicos, didáctica, la didáctica del aprendizaje basado en problemas, la educación desde la perspectiva sistémica, fundamentos del ABP, la enseñanza de la Medicina, la salud – enfermedad como proceso social: la visión de la epistemología feminista, manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia, la práctica clínica, la relación- médico paciente, la Ley 100 y su incidencia en la relación médico- paciente, la comunicación en la relación médico- paciente, los procesos cognitivos en el ABP, la metacognición en las ciencia de la Medicina, la metacognición en la resolución de problemas, la formación de los profesionales de la salud, la referencia al estudio de la Obstetricia y ginecología, referencias al estudio de la menopausia y climaterio, la investigación sobre ABP en la educción en salud. En este sentido se plantean argumentos de la conveniencia de incluir el ABP como estrategia didáctica en la enseñanza de la medicina.

Educación Superior

Se inicia este capítulo con la educación superior porque la universidad es el escenario para fomentar la formación integral de los médicos, la educación en salud en el contexto de la sociedad del conocimiento y en un mundo globalizado.

Repensar la educación superior, proponer un cambio de roles del estudiante y el profesor, al igual que tomar el ABP como estrategia didáctica, implican cambios en las formas

tradicionales de enseñar y aprender en la educación superior, adquirir las metodologías docentes caracterizadas por el papel protagónico del estudiante en el reto de aprender.

Desde sus inicios la educación superior ha focalizado modelos o formas de concebir la educación, y por ende defender la epistemología que subyace a cada modelo. La clase magistral es quizá la estrategia didáctica, más fuertemente enraizada en las concepciones de la pedagogía tradicional en ella. El docente transmite verbalmente un contenido de conocimiento a los estudiantes, que juegan el papel de receptores pasivos y el docente que enseña es activo, el conocimiento se asimila por aproximaciones sucesivas, se ofrece como verdades acabadas y generalmente existe un insuficiente vínculo con la vida (Menéndez, 1994). Al respecto, Videla (2010) y Restrepo (2005), agregan que ha permanecido la creencia que el maestro es poseedor de la verdad y los dos, docente y el estudiante, serán recompensados en las evaluaciones posteriores de su aprendizaje, según el grado en el que sus conocimientos coincidan con los que se han transmitido.

El hecho de que en el proceso formal se requieran los diseños "currículo, estrategias didácticas, pedagogía, organización y sistema" clarifica la relación con educación médica. Ésta sólo puede ser impartida a través de esas "prácticas formativas institucionalizadas" por tanto todos los componentes explicitados en el contrato pedagógico requieren de una disciplina que los construya y normalice. La educación médica requiere el desarrollo de una pedagogía médica acorde a los problemas que la atraviesan (Hopenhayn., 2000).

Se ha observado, por ejemplo, que los mayores problemas que se presentan en algunos de los programas académicos de medicina se percibe una prevalencia de maestros que “lo saben todo”, maestros “dictadores de clases”: que asumen posiciones dogmáticas, dificultando con ello

el mejoramiento de la calidad educativa. En definitiva, influye la educación tradicional de manera negativa en los procesos de enseñanza –aprendizaje (Benavides, 1999).

La medicina es una profesión que debe ser practicada por individuos con capacidad para analizar puntos de vista diversos, así se fundamenta el arte del diagnóstico clínico. Sin embargo, abundan los estudiantes que memorizan, unas verdaderas máquinas de saber nombres, pero que se ven en dificultades a la hora de colocar como barajas sobre la mesa, los síntomas y signos de un paciente, para armar el castillo de naipes de una enfermedad especifica. La superficialidad de los conceptos, la poca destreza para el manejo mental de las posibilidades les hace flaquear a la hora de escoger de las listas de exámenes, aquellos estudios que pueden ser de más valía dependiendo de las circunstancias. Las acciones dubitativas a la hora de la práctica se deben a que se han entrenado poco en el análisis (Monterrosa, 1999).

Con la estrategia didáctica del ABP se supera la enseñanza tradicional con el objetivo de hacer transitar al estudiante de postgrado por caminos similares a los que transita el científico para llegar a sus conclusiones. Favorece el cambio de la tendencia de “enseñar “ por la de “aprender”, además de contribuir al desarrollo del trabajo metodológico del docente con un enfoque crítico y creativo que desarrolla en el estudiante de postgrado se refleje las contradicciones del fenómeno estudiado en forma de problema, crea una situación polémica, con el fin de que se sienta motivado a darle solución y se empodere del conocimiento y de los métodos del pensamiento científico (Lorenzano, 1980).

Pedagogía

Incluir la pedagógica en este capítulo permite tener en cuenta las perspectivas teóricas, los antecedentes de la pedagogía médica, caracterizando el razonamiento clínico y la práctica

clínica, seguidamente se establece la conexión con el ABP. Se consignan algunas estrategias de aprendizaje en la educación médica.

El cuerpo docente es la base fundamental sobre el cual deben ser instituidas las bases de los cambios necesarios para la formación de profesionales del área de la salud, y la práctica pedagógica se ha constituido en un tema relevante de investigación en las áreas de enfermería (Guariante, 2000; Figueroa, 1999), odontología (Secco, 2004) y medicina (Lampert, 2002). Varios autores reconocen la necesidad de efectuar cambios en la práctica docente en salud y se discute la necesidad de la formación del profesor que reflexiona en cursos del área de la salud con más larga tradición de debates sobre enseñanza (Lampert, 2002; Faria, 2004).

Según Zabalza (2004), existen dos concepciones de formación docente universitaria: la no profesional y la profesional. La primera considera que enseñar se aprende enseñando, es una visión simplista que reduce la formación docente a la mera reproducción de modelos existentes anteriormente. La segunda defiende que la enseñanza efectiva es una tarea compleja y un gran desafío social, con altas exigencias intelectuales y que enseñar consiste en una serie de habilidades básicas que pueden ser adquiridas, mejoradas y ampliadas por medio de un proceso consistente de formación.

En las ciencias médicas, el estudiante aspira a ser médico, que es aquel encargado de asistir a quien ésta enfermo. Del latín ***ad sistere***, es decir estar al lado del enfermo, (Escudero., 2003).

Para cumplir con esta misión el estudiante debe cumplir con ciertas cuestiones esenciales:

- Una actitud de predisposición y cualidades propias que lo llevarían a elegir esta profesión.

- La adquisición de conocimientos y formación en el arte médico mediante un proceso de aprendizaje que incluye la lectura crítica de los textos llegando a nuevas estructuras cognitivas convalidadas a la hora de ponerlas en práctica. A la hora de definir el arte médico, puede decirse que es la conjunción en un ambiente de sano juicio y de la capacidad de percepción del problema, la traslación de problema a una estructura de conocimiento y el ejercicio de la toma de decisiones.
- El desarrollo de habilidades y destrezas particulares a la profesión que constituye el conjunto de actividades y tareas específicos de la práctica médica, (Candreva., 2002).
- El medio en el que se ha de desenvolver profesionalmente.
- La institución educadora: la Facultad de Medicina, cuyo curriculum debería estar enfocado en el estudiante.

La pedagogía médica es la disciplina eje en la formación docente del equipo de salud en ejercicio de la enseñanza de las ciencias de la salud. Brinda el fundamento a la didáctica especifica de la medicina a través de los contenidos conceptuales; de un modelo de valores y comportamientos, es decir la dimensión actitudinal; a través de la dimensión procedimental. Todas estas dimensiones resultan relevantes para consolidar la construcción de competencias, tanto generales como específicas. La pedagogía médica genera una mirada holística de la educación médica, suministrando claridad sobre la interacción de los componentes del hecho educativo en una secuencia lógica:

La pedagogía médica centra sus contenidos significativos en:

1. La formación docente

2. La atención de las problemáticas de los aprendizajes específicos de las ciencias médicas.
3. Las innovaciones apropiadas para la enseñanza.

Los prerrequisitos esenciales para la innovación en la enseñanza –aprendizaje de la medicina con la estrategia metodológica del ABP se sustentan en:

- Ejecutar las tareas interdisciplinariamente
- Valorar el cambio como necesario y deseable por parte de los involucrados: un docente decidido al cambio
- Un estudiante activo y responsable
- La Organizar los contenidos armonizando lo conceptual, procedimental y actitudinal, en interacción docente –estudiante-contenidos: profesionalización de la docencia.

Debe considerarse también que es fundamental la generación de aprendizajes con contenidos significativos para la formación médica, seleccionados, jerarquizados y presentados con una secuenciación conceptual, procedimental y actitudinal mediante una supervisión docente. Los contenidos a enseñar sufren una transposición didáctica a partir del conocimiento epistemológico, (Coria., 1993).

Los fines de la pedagogía médica con la inclusión de la estrategia metodológica del ABP, son la búsqueda de estrategias que permiten estrechar el espacio entre la teoría y la práctica educativa a través de la articulación de áreas de docencia, investigación y extensión.

La interacción entre los componentes del hecho educativo y su contexto y los crecientes niveles de complejidad para adquirir las competencias médicas, generan la necesidad de:

1. Desarrollo de la teoría de la educación sostenido en la investigación educativa.

2. Diagnóstico situacional: identificación de las necesidades de aprendizaje.
3. Jerarquización de necesidades y especificación de los objetivos educacionales.
4. Selección de contenidos, su jerarquización y secuencia.
5. Innovaciones existentes y posibles de ser aplicadas.
6. Teorías de aprendizaje
7. Secuencias de acciones como respuesta (planificación factible)
8. Aplicación educativa: implementación del plan de aprendizaje.
9. Evaluación permanente y continua
10. Modificaciones dinámicas y sincrónicas de la planificación.

Como aporte a la didáctica y pedagogía se reconoció la importancia de incluir el ABP en la enseñanza de la ginecología y obstetricia, esto se consolidó con el diseño, implementación y evaluación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, construido con la estrategia didáctica del ABP. Se tuvo en cuenta, los objetivos, características del estudiante de postgrado, estrategias de aprendizaje, el marco curricular de la facultad, la evaluación formativa de los participantes y los medios para lograr los objetivos de la enseñanza.

Modelos pedagógicos

En esta sección se exponen los modelos pedagógicos con sus referentes epistemológicos, los lineamientos de la formación profesional; el propósito es hacer la contextualización histórica y epistemológica que se ha dado a lo largo de la historia de la educación de los modelos pedagógicos y cuales tienen conexiones con el ABP.

Las clases magistrales funcionan como una forma de transmitir conocimiento, más que como una forma de construirlo, además de esto, lo más importante es la concepción que se tiene del conocimiento, como la creencia en las verdades absolutas y concluidas. Esto es, las verdades son hechos establecidos, dentro de la perspectiva de que pertenecen a un mundo real de objetos incuestionables que tienen existencia propia e independiente, no solamente del estudiante, sino del profesor (Von Glasersfeld, citado en Phillips,1995). Desde estos planteamientos el estudiante es concebido como un receptor de conocimientos, desde una postura pasiva, aislada y distante. La concepción de aprendizaje en esta práctica está basada en la memoria, (Carretero,1993). En donde el centro del ambiente de clases es el profesor sin que el estudiante de postgrado sea activo, analítico y reflexivo.

En contraste han surgido nuevas posturas epistemológicas para explicar cómo se construye el conocimiento con principios constructivistas, propuesto por Piaget, quien consideró que el conocimiento no resulta del simple registro de información sin que medie una actividad constructiva por parte del sujeto en interacción con el objeto, y que no existen estructuras cognoscitivas innatas en el hombre.

Por el contrario, Piaget (1980) propone que la inteligencia crea estructuras por medio de la organización de sucesivas acciones realizadas sobre los objetos, de modo que su psicogénesis es únicamente constructivista, basada en una elaboración continua de nuevas operaciones y estructuras de pensamiento: “No entendió el conocimiento como un hecho dado…. sino como un proceso, como un elemento en evolución; que se construye a sí mismo a través de la acción” (Piaget, 2008).

Otro modelo pedagógico tiene que ver con la teoría del desarrollo cognoscitivo y aprendizaje de Vygotsky (1978), quien plantea que el desarrollo intelectual del individuo no

puede ser entendido sin referencia al medio social y que tanto aprendizaje como desarrollo están interrelacionados desde el primer día de la vida de cada ser humano. Vygotsky centró la atención sobre la importancia de los otros en estos procesos. Definió la "zona de desarrollo próximo" como aquella en la que ocurre el aprendizaje que no está en capacidad de realizar sola, con la colaboración y el soporte de personas más avanzadas que funcionan como guías (Vygotsky, 1978; Rogoff, 1990 y Becker, 1997).

Los dos grandes conceptos sobre la construcción del conocimiento aportado por Piaget y Vygotsky son resaltados por el mismo Phillips (1995), como "lo bueno" entre las muchas facetas del constructivismo. En este orden de ideas, el conocimiento es tan cambiante como lo es el mundo real, y sufre modificaciones en sus interpretaciones, por cuanto la epistemología sobre la cual descansan estos planteamientos se fundamenta en que hombres y mujeres son diferentes, y por esto, pueden existir tantas interpretaciones como hombres y mujeres haya.

Así van surgiendo diferentes vertientes epistemológicas para explicar la forma como se construye el conocimiento, esto da lugar al surgimiento del ABP. Alrededor de los años 60's y 70's surge el ABP como una metodología de enseñanza, desarrollada en McMaster University, Canadá, (Barrows H. , 1996), su primera promoción se graduó en 1972. Por el mismo tiempo, la especialidad de Medicina Humana de la Universidad de Michigan implementó un curso basado en resolución de problemas en su currículo preclínico. También a inicios de los años 70's las universidades de Maastricht (Holanda) y Newcastle (Australia) crearon escuelas de medicina implementando el ABP en su estructura curricular.

A continuación, se ilustran algunos de los Modelos Pedagógicos, destacando los roles del maestro, las metas, los métodos, los contenidos y desarrollo de cada modelo.

MODELOS PEDAGOGICOS			
Tradicional	Conductista	Romántico	Desarrollista
El método: Academicista, verbalista, transmisioncita y disciplinado. Los alumnos: Son los receptores y aprenden por imitación y repetición. La meta: Formación del carácter de los estudiantes, moldeándolo por la voluntad y la disciplina. La relación maestro alumno: Es vertical el maestro es la autoridad. El desarrollo cognoscitivo: El desarrollo de las cualidades innatas a partir de la disciplina y la imitación.	El método: Con objetivos instruccionales, formulados, adiestramiento experimental. La meta: Es el moldeamiento de la conducta técnico productiva y el relativismo ético. La relación maestro alumno: Maestro es intermediario. El desarrollo cognoscitivo: Acumulación y asociación del aprendizaje, código, destrezas, skinner.	El método: Suprime los obstáculos e interferencias, facilita la libre expresión. La meta: Desarrollo natural del alumno. La relación maestro alumno: El maestro es un auxiliar del alumno, un amigo de su libre expresión. El desarrollo cognoscitivo: Es natural, espontaneo y libre Rousseau.	El método: Creación de ambientes y experiencias. La meta: El acceso de cada individuo al nivel superior con condiciones biopsicosociales. La relación maestro alumno: El maestro es facilitador, creador de un ambiente estimulador de experiencias. El desarrollo cognoscitivo: Progresivo y secuencial a estructuras mentales.

Fuente de Zubiria (1994)

MODELOS PEDAGÓGICOS	
SOCIALISTA	CONSTRUCTIVISTA
El método: Variado según el nivel de desarrollo de cada uno y el método de cada ciencia. Énfasis en el trabajo. La meta: Desarrollo pleno del individuo para la producción social, material y cultural. La relación maestro – alumno: Es vertical, el maestro es la autoridad. El desarrollo cognitivo: Progresivo y secuencial, pero impulsado por el aprendizaje de las ciencias.	El método: Dialectico, interacciones entre las personas y con el entorno interpretativo reflejado. La meta: Construcción de saberes con sentido y significatividad. La relación maestro – alumno: Horizontal Desarrollo cognoscitivo: Temáticas variadas dependen del interés y conocimientos del participante. De zubiria, 2005

Figura 1. Modelos Pedagógicos. Fuente: DE Zubiria, 2005.

Didáctica

El propósito de este apartado es reflexionar sobre la aplicabilidad de los principios didácticos derivados del enfoque constructivista presentes en el Aprendizaje Basado en Problemas en relación a cómo estudiantes y docentes construyen conocimiento desde la interacción en el aula de clase. Se inicia con el modelo didáctico tradicional, con el se pretende formar a los estudiantes dándoles a conocer las informaciones fundamentales de la cultura vigente. Los contenidos se conciben, desde una perspectiva enciclopédica y con un carácter acumulativo y propenso a la fragmentación, siendo la referencia única la disciplina. Es decir, el conocimiento académico sería una especie de selección divulgativa de lo producido por la investigación científica, plasmado en los manuales universitarios.

No se toma en consideración las concepciones o ideas de los estudiantes, dándose por supuesto que no hay que tener especialmente en cuenta los intereses de esos alumnos, sin que dichos intereses deben venir determinados por la finalidad social de proporcionarlas una determinada cultura. Respecto a la manera de enseñar, no se suelen contemplar específicamente unos principios metodológicos, sino que se parta de la convicción de que se basan en un buen dominio, por parte del profesor, de los contenidos disciplinares de referencia.

Precisamente, uno de los componentes esenciales que permite que la enseñanza superior pueda lograr su cometido, es la didáctica. La educación superior tiene su propia concreción, por tanto, requiere una didáctica distintiva que posibilite el aprendizaje de los estudiantes, en su mayoría adultos, con conocimientos y experiencias previas, motivacionales y expectativas diversas respecto a su proyecto personal y profesional. Aunque existen distintos enfoques y propuestas didácticas, hay ciertos planteamientos que parecen más acordes con las exigencias que se plantea actualmente a las instituciones de educación superior en todo el mundo.

González (2010), conceptualiza la didáctica universitaria como el ámbito de conocimiento y comunicación que se ocupa del arte de enseñar en la universidad. La didáctica universitaria es un núcleo disciplinar reconocido dentro de la didáctica. Para Sevillano (2004), se han dado cambios en la forma de enseñar porque antes el estudiante de postgrado era sujeto receptor y destinatario de la acción docente ahora es el protagonista, los docentes representan los mediadores, las estrategias se han convertido en puntos de reflexión y diseño para desempeñar un papel clave en todo el proceso vinculados con los medios, recursos y contextos.

La literatura reconoce por un lado la didáctica como una disciplina autores como Watson, (1960), Thorndike (1911), Skinner (1958), serán seguidos en apoyo del asentamiento de la didáctica como ciencia. Igual ocurre con la Psicología Funcional y Genética, con autores como Claparéde (1997) y Piaget (1980); o con el enfoque cognitivo con Bruner (1986), Ausubel (1976) y Novak (1977).

Al comienzo de los años setenta la didáctica se ha consolidado como disciplina fundamentalmente en la formación pedagógica al abrirse nuevas vías de desarrollo: formación del profesorado, didácticas especiales y diferenciales, creación de instrumentos de evaluación y diagnóstico, tecnología en las escuelas, organización escolar, etc. (Paredes, 2008).

Por otro lado, la consideran como una rama de la pedagogía y cuyos orígenes datan de más de tres siglos y se remontan a la obra “Didáctica Magna” publicada en 1640 de Juan Amos Comenio, citada como la primera en el género. Uno de los puntos centrales en la definición epistemológica de la didáctica reside en la cuestión de la base normativa. La disciplina surge históricamente como espacio de concreción normativa para la realización de la enseñanza, dentro de una concepción poco conflictiva y hasta ingenua de la sociedad y del sujeto. Desde sus orígenes, la disciplina se constituye en el ámbito de organización de las reglas de método para

hacer que la enseñanza sea eficaz. Con Comenio (1998), se plantean algunos principios clásicos que muestran la didáctica como una técnica y un arte. La enseñanza debe tener como objetivo el aprendizaje de todo por parte de todos. Los procesos de enseñanza y aprendizaje deben caracterizarse por la rapidez y la eficacia, así como por la importancia del lenguaje y de la imagen.

La didáctica es necesaria porque no todas las formas de influir sobre los demás son legítimas, enseñar no es fácil; se puede enseñar de diferentes maneras, formas y modalidades; las cuestiones curriculares básicas no han sido resueltas y deben someterse a críticas; los conocimientos disciplinarios no se deben transmitir de la forma en que se descubren; todos los aprendizajes no son iguales; el destino del estudiante no está "fatalmente" determinado: la evaluación no resuelve el tema del aprendizaje y hay problemas educativas.

Según Camilloni (1997), hay tres corrientes históricas que se destacan en el desarrollo de la didáctica enseñanza-aprendizaje:

La clase culminada se interesó por reflexionar acerca del impacto que producirá la clase ya culminada.

La clase en su transcurrir: las decisiones que toman los docentes acerca de las acciones espontáneas e imprevistas que interrumpen lo planificado para esa clase.

Se hace referencia a tres cuestiones relacionadas con la didáctica: el curriculum, el método y los contenidos.

Según Ludgren (1997) , el término curriculum se refirió históricamente a:

- Un plan detallado del año escolar.
- Una guía amplia para profesores.
- Experiencias que el estudiante tiene en el aula.

- Texto para solucionar el problema de la representación.

Con el transcurso del tiempo, el ámbito de la didáctica general ha sufrido profundas transformaciones, debido al surgimiento de nuevas formas de conocimiento en educación, a los importantes avances de la investigación educativa, a la aparición de teorías psicológicas del aprendizaje, a la forma de concebir la inteligencia humana entre otras.

Roselló (2005), al referirse a la evolución que ha tenido la didáctica general, señala que es a partir de la década de los ochenta cuando sufre un gran cambio de perspectiva en el que convergen diferentes hechos: En el contexto científico y epistemológico, surgen nuevas formas de entender y construir el conocimiento científico. Se cuestiona el enfoque positivista como el único digno de generar conocimiento "lo cual junto con los aportes del enfoque interpretativo y de la teoría crítica, provocará la apertura a nuevas metodologías de investigación y a la búsqueda de un espacio propio de construcción de conocimiento en el que es la naturaleza de los problemas la que determina el modo de indagación", (Roselló, 2005, pág. 134).

En el contexto social, la incursión en la postmodernidad y la sociedad del conocimiento, propiciará la emergencia de nuevas maneras de pensar la realidad, de relacionarse, de aprender y de enseñar, de concebir el trabajo y ocio, lo que, a su vez, generará nuevas demandas a la institución escolar.

En el contexto profesional, se está produciendo un cambio de roles en la función docente y en sus contextos de trabajo como modificaciones en las condiciones organizativas de la escuela, emergencia de nuevos ámbitos formativos.

Es indispensable conocer que dimensiones abarca y qué componentes forman estos procesos de enseñanza-aprendizaje para poder centrar la atención en aquellos elementos que son interesantes y desde los cuales se plantean modelos que se adapten a la variedad de situaciones

surgidas, a la pluralidad de problemas y con ello a la complejidad que implica proponer la solución de problemas. El proceso de diseño, implementación, evaluación y validación de un módulo desde la estrategia didáctica del ABP permitió reconocer otras estrategias y metodologías de enseñanza aprendizaje, convocar otros saberes, replantear otras formas de relación en el aula de clase, redimensionar la práctica clínica y con ello, repensar la forma como se enseña medicina, fomentando la formación de los estudiantes de postgrado de Obstetricia y Ginecología.

La didáctica del aprendizaje basado en problemas

En esta reflexión se incluyen las principales características de la didáctica del ABP, se reconocen como uno de los pilares de la propuesta de educación médica innovada en la carrera de medicina. Se justifica la aplicación de la estrategia didáctica del ABP para fomentar en los estudiantes de postgrado de ginecología y obstetricia los aprendizajes como la adquisición de conocimientos, valores, actitudes y habilidades con base a problemas reales; el desarrollo de la capacidad de aprender por cuenta propia; la capacidad de identificar y resolver problemas, (Norman G. S., 1992).

A inicios de los 80’s, otras escuelas de medicina que mantenían estructuras convencionales empezaron a desarrollar planes paralelos estructurados con base al Aprendizaje Basado en Problemas o ABP. La Universidad que lideró esta tendencia fue la de New México, en los Estados Unidos. Un Poco más tarde otras escuelas asumieron el reto de transformar su plan curricular completo en una estructura ABP. Las Universidades líderes en esta propuesta fueron la de Haway, Harvard y Sherbrooke en Canadá (Barrows H. , 1996). Esta propuesta metodológica se sustenta en diferentes corrientes teóricas sobre el aprendizaje humano, tiene particular

presencia la teoría constructivista, de acuerdo con esta postura en el ABP se siguen tres principios básicos: El entendimiento con respecto a una situación de la realidad surge de las interacciones con medio ambiente; el conflicto cognitivo al enfrentar cada nueva situación estimula el aprendizaje (Rochelle, 1992; Von Glaserfeld, 1989); el conocimiento se desarrolla mediante el reconocimiento, aceptación de los procesos sociales y la evaluación de las diferentes interpretaciones individuales del mismo fenómeno (Resnick, 1987).

Según Morales y Landa (2004), no todos los conocimientos pueden adquirirse fácilmente con esta metodología, esencialmente por un tema de costo en recurso humano y tiempo y porque no es un método rápido; es un método adecuado a las necesidades de aprendizaje individual, requiere por tanto tutoría individual. Esto, ha significado que actualmente haya Universidades, que lo ajustan como estrategia didáctica (Anguera, Alfageme y Calderón, 2005). En aquellos cursos de ciertas titulaciones que lo soportan; unas pocas, que lo han adoptado como un enfoque curricular (Rodríguez H. L., 2004), es decir, como una malla curricular completamente diseñada sobre los fundamentos del ABP, y finalmente las menos, que lo han asumido como enfoque filosófico (Barrows H. &., 1980) esto es, como una manera de alcanzar los objetivos educacionales mayores, la misión y visión de dichas Universidades.

El ABP, es una estrategia de enseñanza – aprendizaje centrada en una perspectiva constructivista, donde la adquisición del conocimiento y el desarrollo de habilidades y actitudes tienen la misma importancia. La premisa básica es que el aprendizaje es un proceso de construcción del nuevo conocimiento sobre la base del previo. El ABP promueve un aprendizaje integrado, en el sentido que aglutina el qué con el cómo y el para qué se aprende. De manera que es tan importante el conocimiento como los procesos que se generan para su adquisición de forma significativa y funcional (Barrows y Tamblyn, 1980; Escribano y del Valle, 2008).

El ABP busca que el estudiante comprenda y profundice adecuadamente en la respuesta a los problemas que se usan para aprender abordando aspectos de orden filosófico, sociológico, psicológico, histórico, práctico, etc., todo esto desde un enfoque integral. La estructura y el proceso de solución del problema están siempre abiertos, esto motiva un aprendizaje consciente y al trabajo de grupo sistemático en una experiencia colaborativa de aprendizaje, (Barrows, 1980). Es importante señalar que el objetivo no se centra en resolver el problema sino en que éste sea utilizado como base para identificar los temas de aprendizaje para su estudio de manera independiente o grupal, es decir, el problema sirve como detonador para que los estudiantes cubran los objetivos de aprendizaje del curso. A lo largo del proceso de trabajo grupal los estudiantes deben adquirir responsabilidad y confianza en el trabajo realizado en el grupo, desarrollando la habilidad de dar y recibir críticas orientadas a la mejora de su desempeño y del proceso de trabajo del grupo (Albanese,1993) que, en concordancia con lo planteado, se establece una relación con el aprendizaje situado.

La construcción del conocimiento tiene una alta dependencia de la interacción cognitiva, metacognitiva, individual y social; y la transferencia del mismo se produce a instancias de acercar la situación de aprendizaje al contexto real de aplicación. El aprendizaje depende de las metas de enseñanza y de los resultados de ella. Tiene mucha utilidad en la enseñanza de adultos por que posibilita que el estudiante de postgrado se conduzca por sí mismo tomando decisiones en actividades cooperativas con sus pares incrementando el aprendizaje activo (Lave., 1991).

En conclusión, el uso del ABP como estrategia didáctica es una de las tantas formas de enseñanza-aprendizaje en la educación superior en diversas áreas del conocimiento que puede incrementarse en cualquier proceso educativo. Dicha estrategia requiere un cambio de mentalidad y de la forma de acercarse al conocimiento, tanto el estudiante de postgrado como el

docente. Es un pasar de un aprendizaje basado en el profesor a uno cuyo centro es el estudiante. El ABP fomenta la capacidad crítica del estudiante, estimula y motiva el aprendizaje, permite relacionar conocimientos previos y lo prepara para situaciones reales facilitando el trabajo colaborativo. El ABP favorece el aprender a aprender, cotejar la información con la realidad, le permite al estudiante de postgrado expresar sus ideas y darse cuenta de lo que tiene y de sus dificultades, por su parte, el docente juega el rol de facilitador y estimula el razonamiento por encima del uso de la memoria.

Para Perales el modelo centrado en la investigación se centra de acuerdo con:

(1) La enseñanza y aprendizaje de la ciencia se convierte en una actividad con unos objetivos claros y explícitos para los estudiantes, en la medida en que se intentan resolver problemas significativos para ellos, ya sea en razón de sus conocimientos previos, potencialidad para explicar otros fenómenos etc.

(2) Este modelo aproxima al estudiante al quehacer científico normal y, por tanto, destierra el modelo didáctico tradicional consistente en presentar la ciencia como un contenido estático y cerrado.

(3) Sirve de aglutinante para el aprendizaje de las tres dimensiones básicas del conocimiento: conceptos (leyes, teorías, principios), procesos (destrezas y habilidades) y Actitudes (normas, creencias, valores, hábitos), de un modo natural y dinámico, (Perales, 1998, pp. 119-143).

El papel que se le asigna a la resolución de problemas es que la ciencia se considera como una empresa fundamental en la resolución de problemas; el problema representa el núcleo de la investigación, esto implica que la enseñanza ha de plantearse en torno a interrogantes cuya respuesta ha de ser investigada. La resolución de problemas se convierte así, en un mecanismo

para el cambio conceptual, el aprendizaje de procesos y la adquisición de actitudes derivadas de la propia investigación. La resolución de problemas difuminaría las diferencias entre las actividades docentes clásicas: clases teóricas, clases de problemas y experiencias de laboratorio. La resolución de problemas englobaría esencialmente bajo la dirección del profesor, el trabajo individual, el grupal y la comunicación de los resultados, (Perales, J. 1998).

En un intento por superar los inconvenientes que han tenido los modelos pedagógicos se han ido fortaleciendo los modelos didácticos por investigación, buscando transcender las limitaciones que presentan los modelos constructivistas, en los cuales se centran las actividades en el docente, renovando el conocimiento y la forma como se construyen las vivencias en el aula de clase. La estrategia didáctica del ABP en reemplazo de las clases magistrales centrando el proceso de enseñanza en el estudiante de postgrado y no en el docente. La adquisición de criterios de validez y confiabilidad para el uso eficiente de literatura científica, selección correcta de consulta y aplicación de reglas formales de evidencia en la toma de decisiones. La integración de las ciencias básicas y las clínicas en lugar del currículo por asignaturas independientes y aisladas con diseños curriculares; liberar el manejo curricular con programas flexibles. La utilización de pacientes estandarizados, tanto en la instrucción como en la evaluación, en reemplazo del aprendizaje por medio de evaluaciones objetivas y estructuradas de la competencia clínica (Venturelli, 2000).

La educación desde la perspectiva sistémica

Incluir la perspectiva sistémica y el acto didáctico en la estrategia metodológica del ABP, condensa la relación entre los sistemas humanos y las relaciones que se dan entre médicos,

pacientes, la perspectiva sistémica alimenta la didáctica en el aula de clase. A continuación, se desarrolla el aporte de la perspectiva sistémica al acto didáctico.

Desde el enfoque sistémico el acto didáctico, es entendido como el proceso enseñanza - aprendizaje en donde la enseñanza se relaciona con los aprendizajes; el protagonismo de los mismos lo debe tener la enseñanza, en este sentido, el proceso enseñanza-aprendizaje deviene en un espacio sistémico en el que se relaciona los diferentes elementos que lo configuran, el núcleo de la relación entre estos elementos es el sistema de comunicación humana, teniendo presente en ese caso la peculiaridad específica de esta comunicación es la intencionalidad. Dicha comunicación tiene su máxima expresión cuando provoca procesos de interacción entre todos los elementos que constituyen el proceso de enseñanza – aprendizaje, para que sea eficaz (comunicación, interacción efectiva) es necesario establecer la composición semántica de dicho proceso, teniendo en cuenta los semas que lo componen. Esto se realiza a través del acto didáctico.

Para Rodríguez (1985), el proceso comunicativo es un acto didáctico, un acto sémico, como proceso en que el contenido se toma como signo compartido para emisor y receptor, "en último término, cabría concluir que la enseñanza, el acto didáctico, no es otra cosa que una modalidad concreta del proceso comunicativo, un tipo especial de comunicación" (Rodríguez, 1985; p. 53).

La identificación de los procesos comunicativos con procesos de enseñanza – aprendizaje

Al respecto del acto didáctico, Gimeno (1998), distingue dos subsistemas independientes presentes en la enseñanza con un carácter sistémico y estructural. El subsistema didáctico, se presenta como una estructura sistémica con seis componentes: objetivos didácticos, contenidos,

medios, relaciones de comunicación, organización y evaluación. El elemento dinámico principal de la enseñanza es la relación de comunicación. El proceso de enseñanza – aprendizaje supone una interacción entre la estructura psicológica que aprende y la estructura didáctica que sirve para iniciar y hacer funcionar la parte psicológica. El subsistema psicológico, que se relaciona con el acto didáctico ya que la teoría psicológica aporta una explicación del proceso de enseñanza –aprendizaje (Iglesias, 2002).

La didáctica del enfoque sistémico consiste en organizar el proceso docente-educativo sobre bases científicas y con un carácter sistémico, que se establece con un criterio lógico y pedagógico para lograr la máxima efectividad en la asimilación de los conocimientos, el desarrollo de habilidades y la formación de convicciones por parte de los estudiantes, con la finalidad de formarlos integralmente para que puedan cumplir exitosamente sus funciones sociales, de prepararlos para la vida y el trabajo.

La organización del proceso docente- estudiante de postgrado con un enfoque sistémico se realizará con un criterio lógico y pedagógico, desde los planteamientos de Danilov (1980), el criterio lógico significa que el contenido de cualquier rama del saber tiene una lógica interna propia y el criterio pedagógico indica que la lógica de cualquier rama del saber se adecua a la lógica del aprendizaje, en la que hay que distinguir la lógica de la asignatura y la correspondencia al propio proceso didáctico. Este conjunto de principios instruccionales que pueden guiar la práctica de la enseñanza y la concepción de contextos de aprendizaje en el que confluyen las características del enfoque sistémico en la aplicación de la estrategia didáctica del ABP, fundamentando sus principios como anclar toda actividad de aprendizaje en grandes tareas o problemas:

(1). Apoyar al estudiante de postgrado en el dominio de la totalidad de la tarea o problema de aprendizaje, diseñar tareas auténticas, permitir al estudiante de postgrado el dominio de los procesos usados para las soluciones, diseñar las tareas y el entorno de aprendizaje de tal manera que refleja la complejidad del contexto en que el estudiante de postgrado desempeña su futura actividad profesional, concebir el entorno de aprendizaje como un desafío, de forma que promueva y estimule el pensamiento de los estudiantes de postgrado.

(2). Fomentar y estimular el desarrollo de actitudes de duda sistemática y análisis crítico de las ideas propias frente a otras opiniones y contextos con la Ofrecer posibilidad y oportunidad de reflexión en los contextos de los contenidos y procesos de conocimiento, para lograr una visión sistémica de la educación con la estrategia didáctica del ABP en la enseñanza de la medicina, particularmente de la especialidad de obstetricia y ginecología. Se requiere partir de la teoría de los sistemas, como la base para comprender y explicar la enfermedad desde el modelo biopsicosocial; de acuerdo con lo orgásmico, la visión sistémica de todas las enfermedades que se manifiestan durante el periodo de climaterio y menopausia afectan la salud de la paciente (mujer) en múltiples niveles, desde el nivel molecular al nivel social, (Engel, 1980).

Con la perspectiva sistémica aplicada tanto en el proceso de enseñanza - aprendizaje de la enseñanza de la medicina, como en la práctica clínica y la relación médico – paciente, se requiere tratar y evaluar el climaterio y la menopausia en todos los niveles apropiados. Se busca que desde la estrategia didáctica del ABP y con el modelo biopsicosocial aplicado al manejo integral de la paciente de climaterio y la menopausia y puesto en práctica en el método clínico centrado en el paciente, contribuya a mejorar la atención primaria en salud (Stewart, 1994), esto implica que el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia debe tener una exploración del climaterio y menopausia (enfermedad) y el padecimiento (experiencia de la mujer que asiste a

consulta), (Escobar, 2006). Comprender a la mujer (paciente) como una persona total e integral, con una historia de vida única e irrepetible, encontrar una base común con la paciente (mujer que consulta) para explicar y tratar el motivo de consulta sobre el climaterio y menopausia. Incorporar la prevención y la educación de la salud, específicamente en el manejo de los síntomas y las comprensiones y explicaciones frente al climaterio y menopausia (Sánchez, 2007). Mantener, reforzar y fortalecer la relación médico-paciente, porque esto promueve la adherencia al tratamiento y la efectividad del mismo; ser realistas acerca del tiempo y los recursos como la posibilidad de adquirir los medicamentos y la continuidad del tratamiento (McWhinney, 1994).

El sistema de salud tiene como propósito fundamental promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o aliviarla cuando se presenta y rehabilitar al enfermo. En el módulo sobre el manejo integral del climaterio y menopausia se proponen elementos fundamentales sobre la relación médico paciente, los procesos comunicativos, cognitivos y metacognitivos durante la consulta médica y el abordaje del motivo de consulta y/o problema; para la promoción de estrategias en la prevención de problemas desencadenantes del climaterio y menopausia. Con el módulo se enuncian herramientas funcionales y replicables tanto en los seminarios de climaterio y menopausia como en la consulta médica de climaterio y menopausia.

Desde el abordaje clínico de las pacientes con las estrategias propuestas en el módulo desarrollado con la metodología del ABP, se propuso la consolidación de la comprensión del motivo de consulta y/o problema (enfermedad), constituido desde un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores en el contexto en el que se da la aparición del motivo de consulta y/o síntoma que influyen sobre la calidad de vida de la mujer, su salud, susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo.

Según la OMS (2000), las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y predisponentes o condicionantes. Se pueden promover desde la forma como se plantea la educación en salud para la prevención; creando condiciones tanto en el aula de clase como en la consulta médica, para el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la importancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas.

Con el módulo sobre el manejo integral de la paciente se plantearon medidas y estrategias para abordar el motivo de consulta y aplicar medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas aún aparecen. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Con el módulo se propone la seguridad del paciente, la relación médica-paciente, el manejo integral de la paciente y la formación integral de los estudiantes; según el Juramento d’ Florence Nightingalev de 1893 (Nightingalev, 2015), se fomentó el cuidado y el deber de proteger al paciente. Así mismo, para el siglo XX, en 1999 el instituto de Medicina de los EEUU publicó el libro "Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro", en el que se reconoce de manera explícita los errores médicos son mucho más frecuentes de lo que podría haberse pensado y que incluso llegan a producir muertes evitables (CES, 2010) y en lo que lleva del siglo XXI, se ha manifestado la importancia de regular todos los ámbitos referentes a la seguridad del paciente y para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refirió a la misma, aduciendo que el "trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras, el abordaje clínico de las pacientes sea integral, los procesos de enseñanza-aprendizaje se consoliden alrededor de un visión holística de la salud-enfermedad".

Se proponen las prácticas de las áreas de la salud, no hay enseñanza holística respecto a las políticas de seguridad del paciente en Colombia, sin permitir abordar las fases del aprendizaje en su etapa de concientización, conceptualización y contextualización, del motivo de consulta. Por lo tanto, el módulo sobre el manejo integral de la paciente, fundamentado con Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), involucró a los estudiantes en un aprendizaje autodirigido, resolvió problemas complejos, del mundo real, convirtiendo el módulo sobre el manejo integral en una propuesta para promover el aprendizaje integrado, en el sentido de que aglutina "el qué, con el cómo y el para qué se aprende" (Escribano y Del Valle, 2008). El ABP es una estrategia metodológica de educación, que permite involucrar el manejo de competencias frente a los objetivos de las mismas, teniendo presente los tres saberes: aprender a aprender, aprender a hacer y aprender a ser, esto es una actividad fundamental en la formación de quienes los ponen en práctica en la consulta médica y quienes llevan a cabo sus labores en las mismas, inmersas en la problemática.

Fundamentos del ABP

En este apartado se sustentan el cambio de roles del estudiante y del profesor implicados en el proceso de enseñanza aprendizaje que apoya el propósito central de esta investigación en el diseño, implementación y evaluación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, que condense e incida en la relación médico-paciente y en la práctica clínica.

En la enseñanza convencional de la medicina, no se ha recibido la formación específica en materias transversales, básicas para todas las especialidades clínicas como la entrevista clínica, el razonamiento clínico, la toma de decisiones en entornos de incertidumbre y la bioética,

sin olvidar la importancia que tiene para la identificación y resolución de problemas de salud, tanto la consideración de los aspectos humanos y sociales del paciente dentro de su particular contexto sociofamiliar y laboral, (González E. G., 2010).

Para Barrell (1999), el ABP intenta desplazar la concepción de la enseñanza basada predominantemente en el profesor como único responsable de transferir conocimientos y los estudiantes que se consideran receptores pasivos de los mismos, hacia la identificación del estudiante de postgrado como centro y responsable de su propio aprendizaje. Recoge muchos elementos pedagógicos que han demostrado ser útiles para mejorar los procesos de enseñanza/aprendizaje: aprendizaje cooperativo y activo, retroalimentación rápida, resolución de problemas del mundo, etc. Según Barret (2005), algunas características de esta estrategia son:

- Utiliza una metodología de trabajo que desarrolla habilidades cognitivas de alto nivel (resolución de problemas, análisis, toma de decisiones, pensamiento crítico,).
- Promueve la metacognición y el aprendizaje autorregulado.
- Sitúa a los estudiantes en un papel de profesionales activos que intentan resolver un problema o situación próxima a la realidad.
- Requiere de conocimientos integrados e interdisciplinarios, forma al estudiante de postgrado para la vida real y genera responsabilidad para asumir sus retos.

Para que el estudiante integre conocimientos, habilidades, actitudes, y sea competente en las diferentes áreas de su profesión, se requiere su participación activa en el proceso de enseñanza – aprendizaje. Ello exige que el profesor diseñe y seleccione actividades educativas adecuadas y que aplique la metodología apropiada. La estrategia didáctica más adecuada para lograr este propósito en el caso de la educación médica es el ABP (Davis M. H., 1999).

Mediante el estudio de casos en pequeños grupos, de acuerdo con la estrategia didáctica del ABP, se incrementa la motivación del estudiante de postgrado por aprender y que este se haga responsable de su aprendizaje. Se logra, además, que el aprendizaje sea significativo y perdurable, ya que este se produce en un contexto similar a aquel en el que será aplicado, en la práctica profesional. Por otro lado, favorece la integración de conocimientos, en tanto la solución de un problema real generalmente así lo requiere.

En este sentido, es muy importante la integración de las ciencias básicas entre sí y con las cínicas. Por otra, mediante la estrategia didáctica del ABP, el estudiante de postgrado no sólo adquiere conocimientos, sino que además desarrolla un conjunto de competencias genéricas que forman parte del perfil profesional del médico: trabajo en equipo, comunicación, aprendizaje autónomo, gestión de la información, pensamiento crítico y habilidad para resolver problemas.

Los fundamentos teóricos que sustentan la efectividad del ABP son el aprendizaje dentro de un contexto (Albánese, 2000; Norman, 1992). Se considera que cuando se aprende dentro de un contexto en el que posteriormente, se va a utilizar el conocimiento, se facilitan el aprendizaje y la habilidad para el uso de la información. La teoría del procesamiento de la información muestra cómo se adquiere el conocimiento en un proceso que se inicia con la activación del conocimiento previo, y termina con la construcción del conocimiento propio a través de un proceso de incorporación del entendimiento y elaboración del conocimiento (Schmidt, 1983).

El ABP es la estrategia didáctica que se utiliza de manera natural en la enseñanza clínica, tiende al modelo de práctica centrada en el paciente y a desarrollar diversas habilidades en los estudiantes de pregrado y postgrado (Davis M. &., 1999). Entre esta habilidades se encuentra el aprendizaje activo y significativo, la búsqueda y selección de información, el análisis y la síntesis de los datos, la integración de conocimientos, el razonamiento clínico, la capacidad inquisitiva,

la lógica de pensamiento para la detección y solución de problemas, la aplicación de los conocimientos adquiridos, el autoaprendizaje, la generación de conocimientos e innovación, la habilidad de comunicarse y argumentar para transmitir propuestas, el trabajo en equipo y mejorar hábitos de estudio, entre otros (Dolmans, 1996; Knight, 2006).

Varios estudios han demostrado que, en comparación con los estudiantes que aprenden en el plan de estudio tradicional, los estudiantes de ABP tienen una actitud más positiva hacia el aprendizaje con un mayor énfasis en la comprensión conceptual que en el aprendizaje memorístico (Cole, 1995; Newble, 1986). En el área de habilidades clínicas, los médicos formados con el enfoque didáctico de ABP consiguen una mejor relación con el paciente con el desarrollo de destrezas interpersonales (Hill, 1998), así como una actitud general más humanista, holística e interdisciplinaria de la medicina práctica (Hill, 1998: Moore, 1994).

En la Facultad de Medicina de (UNAM), esta estrategia ha sido incorporada al Plan único de estudios en Pregrado y Postgrado con dos objetivos, por un lado se encuentran los relacionados con el proceso en los que se incluyen habilidades comunicativas, para el trabajo colaborativo, para la solución de problemas y de aprendizaje independientes, y por el otro, aquellos relacionados con los contenidos, como la adquisición, aplicación e integración de conocimientos para comprender y/o solucionar los problemas, pero hasta el momento no ha sido evaluado su impacto en los estudiantes (Martinez G. &., 1997) .

El reconocimiento de los sujetos la formación -información, la investigación formativa, la clara definición de los roles del docente y el estudiante de postgrado, proponer el trabajo en equipo para fomentar el trabajo colaborativo, con una intervención docente que facilite la sensibilización en el tema de "*El Manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico-paciente"*, generando procesos integrales en los que se suscite la

problematización de los mismos. El análisis de la comunicación y de los procesos cognitivos y metacognitivos, permitió reconocer otras estrategias y metodologías didácticas de enseñanza, convocar otros saberes. Replantear otras formas de relación en el aula de clase, redimensionar la práctica clínica y con ello, repensar la forma como se enseña medicina, fortaleciendo la relación médico-paciente y la formación de los estudiantes de postgrado de Obstetricia y Ginecología.

El módulo se evaluó bajo los parámetros didácticos estipulados desde su aplicación proponiendo y retomando la perspectiva compleja, organizada en el patrón de red, esto implicó un proceso permanente de ajustes y reflexión constante, convocando los procesos comprehensivos y transversales que involucró un trabajo en equipo colaborativo, en el cual se dio una metaevaluación, metaobservación, con miras a generar la autorregulación que se requiere para mover los sistemas que participan en la red de relaciones.

Aplicando la estrategia didáctica del ABP se plantearon nuevos roles, el rol del docente a cargo del grupo debería actuar como una especie de acompañante, facilitador, tutor, el profesor se convirtió en un potenciador de reflexiones y generador de autorreflexión en los estudiantes de postgrado, para que identifiquen necesidades de formación, acompañándolos en una búsqueda selectiva y de calidad, el docente deberá motivar a los residentes para enfrentarse a problemas que plantean situaciones reales y cercanas y, en definitiva, es el guía que les acompaña y ayuda en el camino que conduce a las metas de aprendizaje propuestas (Albanese, 2000).

En cuanto al rol del estudiante de postgrado se requiere que desarrolle su habilidad para enfrentarse a problemas, aprenda a administrar su tiempo, participe en las discusiones del grupo, se familiarice con toda la dinámica del trabajo en grupos colaborativos; genere conclusiones; aprenda a ser autónomo en el trabajo académico; se autoevalúe y co-evalue (evalúe a sus compañeros), se haga responsable de su propio aprendizaje; desarrolle su espíritu crítico;

reflexione colaborativamente y de forma individual; aprenda a tomar decisiones; evalúe al docente; investigue, analice y sintetice la información (capacidad cognitiva de las elevadas en la taxonomía de Bloom, 1956), desarrolle valores como el respeto, la honestidad, el liderazgo y la tolerancia (Martinez G. &., 1997).

Lo anterior implica, según Dueñas (2001) que:

- El estudiante se acerca al problema o caso clínico con unos conocimientos y experiencias previamente apropiadas que le permiten comprenderlo en parte.
- Hay elementos que el estudiante desconoce como por ejemplo la terminología, definiciones, conceptos, que son importantes para el conocimiento y la comprensión de la situación problemática y para la elaboración de las propuestas de solución totales o parciales.
- Identificar las necesidades de aprendizaje, el estudiante se traza unos objetivos de aprendizaje y de formación propios e individuales, los cuales puede compartir con el grupo de discusión.
- Como resultado de la búsqueda de información, surgen nuevas necesidades de aprendizaje.

En segundo lugar Dueñas (2001), afirma que el estudiante identifique las necesidades individuales de aprendizaje, establezca objetivos igualmente individuales de aprendizaje y de formación; de hecho, las motivaciones e intereses de los estudiantes no son del todo iguales al enfrentarse a una situación problemática; esto queda en evidencia cuando se discute el problema o el caso y salen a relucir diferentes temas que sólo son considerados por algunos de ellos.

Se sostiene que en este enfoque el estudiante tiene la oportunidad de auto-evaluar su aprendizaje y la adquisición de habilidades, competencias y actitudes. Con la estrategia didáctica del ABP, se le otorga importancia a la auto-evaluación como ejercicio auto-crítico, libre y responsable, aunque siempre sujeto al contraste con la opinión de los demás (Salinas, 1997).

Según Delors (1996) el ABP favorece cuatro aprendizajes:

- Favorece el aprender a conocer o aprender, enfocando esos aprendizajes más al dominio de los instrumentos propios del saber, que a la adquisición del conocimientos clasificados y codificados de manera arbitraria por los diseñadores de la estructura curricular (Delors, 1996); en el proceso de aprender a aprender, se debe favorecer el ejercicio de la atención, la memoria asociativa, y el pensamiento crítico (se puede ilustrar como una habilidad adquirible que demanda competencias para evaluar, intuir, debatir, sustentar, opinar, decidir y discutir entre otras).
- El segundo aprendizaje, el enfoque ABP favorece el aprender a hacer desde la perspectiva de encontrar la mejor manera de poner en práctica los conocimientos para transformar el entorno, adaptándose al mercado de trabajo y sin menospreciar la instrucción rigurosa que permita la realización de tareas bien definidas propias del área de conocimiento de la profesión (Blumberg, 1992).
- En tercer lugar, se favorece con el enfoque ABP el aprender a convivir, toda vez que, en los espacios de socialización del conocimiento, el estudiante aprende a comunicarse, a trabajar con los demás y a solucionar conflictos que ocurren como producto de las interrelaciones en los grupos tutoriales (Holen, 2000). En esa dinámica de trabajo los estudiantes y los autores gradualmente se reconocen a sí mismos, reconocen sus potencialidades, sus debilidades, se proponen objetivos individuales y comunes. El conocimiento de sí mismo y el establecimiento en los grupos de objetivos comunes son condiciones forzosas para el conocimiento del otro (Blumberg, 1992).
- En cuarto lugar, favorece el aprender a ser; al permitir que los estudiantes, los y tutores expongan sus personalidades; al fomentar la autonomía de juicio, la responsabilidad

personal y social dentro de un ambiente de comunicación que asevera ser de doble vía, de pluralismo y de respeto por las diferencias.

Villegas y Arango (2011), mencionan como ventajas del ABP, la mediación pedagógica que tiene el docente, dado que su función cambia radicalmente con respecto al que desempeña en el método expositivo y con énfasis en la transmisión del conocimiento y su memorización. Al desarrollar la estrategia didáctica del ABP, el proceso cognitivo es un aspecto relevante para el tutor, porque busca que el estudiante de postgrado adquiera capacidades de autoformación. Sin duda con el ABP, se evidencian las capacidades del tutor, porque muestra su estilo de enseñanza, esto le permite lograr y orientar un estilo de intervención para corregir los conocimientos o facilitar el desarrollo del grupo frente a cualquier manejo de caso clínico, o cualquier situación particular en el aula de clase.

Los distintos actores que participaron en el diseño, implementación y evaluación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, como las del tutor que deben promover la motivación, la flexibilidad y el convencimiento de la estrategia a desarrollar con ABP. Facilitar el aprendizaje grupal con una actitud asertiva, capacidad de escucha y formulación de preguntas que estimulen la reflexión y el pensamiento crítico en un clima de confianza, en el que los estudiantes de postgrado puedan exponer la lectura y comprensión del caso clínico que se está discutiendo en clima de confianza y profesionalismo que les permita expresar las apreciaciones y distinciones que plantean.

Establecer unos lineamientos sobre la mediación, el dinamismo y la autorregulación en el proceso de enseñanza – aprendizaje, implica mantener vivo el interés de los estudiantes de postgrado en la dinámica de comprensión de temas, debates y discusiones, con un juicio crítico sobre las puntuaciones de lo que se está abordando; ha de ser un tutor con objetividad y claridad

de criterios frente a los aspectos que está evaluando, con el propósito de ser coherente con los principios del ABP.

El tutor debe actuar con pleno convencimiento del uso de la estrategia didáctica del ABP en la enseñanza de la medicina, sin tener que considerarse especialista, sino con una suficiente aproximación al tema; ha de tener habilidad para adelantar y favorecer el avance grupal e individual, abriendo siempre la ruta necesaria para progresar en el proceso de enseñanza – aprendizaje; finalmente se espera que el tutor tenga una total apertura y capacidad intelectual para hacer transformaciones, críticas y convencidas de los valores democráticos, que pueden realizarse tanto en las aulas como en la búsqueda de nuevos escenarios sociales, entre ellos en la consulta de climaterio y menopausia (Universidad de Antioquia, 1999).

En síntesis, autores como Barrows (1996), Morales (2004), Haynes (2008), Peña (1998), Hidalgop- Ottolenghy (2007), González-López (2010) y Díaz (2009), presentan la metodología del ABP como recurso para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos, enfatizando que el estudiante aprende desde la capacidad de aprender investigando. La conexión entre procesos enseñanza-aprendizaje-ABP, definen los roles del docente como tutor, trabajando con la estrategia metodológica del ABP desde la curiosidad y en la crítica científica antes que en el seguimiento ciego y sumiso de la opinión de los especialistas. Es desde estos planteamientos que finalmente se toma como estrategia didáctica de aprendizaje en la enseñanza de la medicina.

Enseñanza de la medicina y el ABP

Se plantea la enseñanza de la medicina con el ABP porque propone complementar el modelo tradicional mostrando nuevas opciones para optimizar la práctica docente, derivando en un cambio de roles de docentes y estudiantes, con el propósito de afianzar las prácticas clínicas, las relaciones médico-paciente y la formación de los estudiantes de postgrado.

El ABP surge de considerar que es condición del ser humano aprender a través de problemas, el aprendizaje ocurre a diario en un intento por resolver dichos problemas. Tal vez no se sea conscientes de ello, las situaciones problemáticas son experiencias de aprendizaje que proporcionan información y conocimientos que se pueda aplicar en problemas futuros y se convierten en la mayor oportunidad para utilizar esa información en las actividades cotidianas, además de que es información que se adquiere con gran arraigo y menos probabilidad de olvidarse. Es indiscutible que el ABP es el proceso de aprendizaje humano básico que emplea el hombre para sobrevivir.

El ABP es el aprendizaje que resulta de un proceso de trabajo hacia el entendimiento o resolución de problemas; es una estrategia educativa centrada en el estudiante y orientada a desarrollar no sólo el juicio crítico sino, además, el razonamiento clínico, el hábito por el estudio independiente y el trabajo colaborativo mediante un aprendizaje activo y significativo.

La implementación de esta metodología, como herramienta fundamental en la formación de los estudiantes de postgrado de la especialización de Obstetricia y Ginecología, ayuda a reproducir las situaciones a las que se enfrentarán en el futuro como médicos especialistas en su vida real. El establecimiento del diagnóstico y del plan terapéutico, tareas fundamentales del ejercicio profesional, son ejemplos claros de la necesidad de saber enfrentar un problema. Es

decir, el ABP ayuda a evitar la dicotomía entre conocimientos "teóricos" y situaciones reales. Además, enfrenta al estudiante de postgrado a problemas médicos adecuadamente estructurados para su aprendizaje, requiere la aplicación de las diversas áreas del conocimiento en ciencias de la salud, con lo que también se fomenta el aprendizaje integral y se evita el aprendizaje pasivo de tipo repetitivo.

La enseñanza mediante el ABP está orientada a responder una de las preguntas más importantes de la educación médica, ¿Por qué los estudiantes de medicina no pueden recordar o utilizar los conocimientos de las ciencias básicas? O ¿Por qué los profesores, según su opinión, terminan por describir que lo que enseñan y termina siendo olvidado por los alumnos?

El principio básico del ABP consiste en colocar al estudiante de postgrado de medicina en una situación determinada y darle una tarea o un reto como fuente de aprendizaje, instrumentándolo de tal manera que sea similar a las condiciones de trabajo a las que se va a enfrentar en su vida profesional.

En el ABP, el estudiante aborda el problema de un paciente, un problema de salud, o un problema de investigación como estímulo para aprender las áreas, materias o disciplina que le son necesarias. Tiene dos objetivos educacionales: la adquisición de un cuerpo integrado de conocimientos relacionados con un problema, y el desarrollo y aplicación de conocimientos en la solución de problemas (Valle, 1999).

El proceso para la enseñanza de solución de problemas a los estudiantes de medicina incluye el diseño de métodos de instrucción que los estimulen y enriquezca intelectualmente. Según el Centro Latinoamericano de Economía Humana (2007), el ABP como estrategia didáctica de aprendizaje es funcional porque se sustenta en la solución de problemas reales, para ello es necesario que se establezca la colaboración e integración en el contexto de un grupo

pequeño de estudiantes de postgrado; esto implica que la eficacia del ABP en la enseñanza de medicina depende de la disposición de los estudiantes de postgrado para trabajar juntos en la identificación, comprensión y análisis de los problemas y /o motivos de consulta, así como en la generación de soluciones.

La revisión de la literatura sobre investigaciones hechas para medir la habilidad general para resolver problemas, el empleo de los métodos de enseñanza en pequeños grupos es más eficaz que el uso de grupos grandes (Lloyd, 1972). La investigación indica claramente que los métodos en grupos pequeños son más efectivos que las conferencias para lograr en los estudiantes el desarrollo de niveles elevados del dominio cognoscitivo (Mckeachie, 1984). Además, se ha demostrado que la estructuración de las actividades de aprendizaje en grupos pequeños estimula especialmente la habilidad de los estudiantes para resolver problemas (Jaffe., 1978).

Bloom (1956), planteó que para lograr resolver un problema se requiere de evaluación, síntesis, análisis, aplicación, comprensión y conocimiento, esto aplicado a la solución de problemas y /o casos clínicos implica inducir al estudiante a lograr que sean capaces de analizar, sintetizar y evaluar, más que simplemente definir y explicar el motivo de consulta; con el uso del ABP como estrategia didáctica se resuelve el problema y / o motivo de consulta.

El empleo de grupos pequeños en la enseñanza de la solución de problemas permiten además la aplicación de principios educativos de máximo valor, tales como : a) promover un ambiente que estimule al estudiante de postgrado para participar activamente en la situación de aprendizaje, b) ofrecer oportunidades de práctica a los estudiantes para adquirir información sobre nuevas habilidades o procesos mentales, c) estimular a los estudiantes para revisar habilidades o procesos mentales aprendidos anteriormente, y d) despertar el deseo de continuar

aprendiendo. Los laboratorios, grupos de discusión, conferencias, y visitas a pacientes, son situaciones de aprendizaje que pueden incluir diversas formas de grupos pequeños que permiten desarrollar en los estudiantes habilidades para solucionar problemas (Sánchez N. J., 2010).

La mayoría de los métodos para la solución de problemas están organizados principalmente con base en la presentación de casos de pacientes; estos métodos son aplicables para enseñar en ciencias básicas, las cuales no aplican, generalmente, casos de pacientes para ilustrar los conceptos básicos. Con el empleo de estos métodos los profesores pueden identificar los conocimientos y habilidades previas del estudiante antes de ofrecer información nueva y compleja (Cáceres, 2003).

El tratar de enseñar nuevas conductas que no pueden ser integradas con el conocimiento y las habilidades existentes puede promover el aprendizaje de memoria, el cual se olvida más rápidamente. Estos métodos ayudan al estudiante a construir nuevos conceptos sobre su conocimiento y habilidades existentes mediante la integración de lo nuevo con lo viejo. Así se refina la calidad de comprensión de la nueva información y la aplicación de habilidades.

El ABP en la enseñanza de la medicina en postgrado, específicamente en la especialidad de Ginecología y Obstetricia se dirige a consolidar acciones que sean interretroactivos, es decir, que se devuelvan, se reviertan, y se metaobserven constantemente, como una capacidad de los sistemas que se organizan y se reorganizan constantemente, y que son capaces de replantearse los fundamentos sobre los cuales se apoyan, con el propósito de enriquecer cada día la formación humana de los estudiantes, la práctica docente, los procesos de enseñanza- aprendizaje, la solución de problemas en la práctica clínica y la relación médico- paciente; desde estos referentes se bosquejan inferencias para hacer conexiones entre la docencia- aprendizaje – la

enseñanza de la medicina – la investigación, llegando la conexión entre la investigación y la educación (Morin, 2005).

Es la oportunidad para investigar sobre educación médica, explorando formas de comprender, aprender y saber sobre las complejidades de la enseñanza de la medicina, la investigación en salud y la formación de los estudiantes de medicina viendo sus efectos en los procesos educativos, los docentes, los estudiantes, las pacientes, la práctica clínica y la relación médico-paciente.

La forma como los médicos razonan sobre los problemas que traen los pacientes a consulta y la forma como resuelven los motivos de consulta y/o problemas se ha dado una brecha en cómo se comprende el problema y que tan efectiva es la solución que se le propone, porque se tiende a encasillar el problema en un patrón, en el que se desconocen las condiciones de su aparición, es decir, la historia evolutiva y los componentes que desencadenaron su aparición.

De esto, se deriva la necesidad de poner a los estudiantes en contacto con problemas concretos y propios de la realidad, avanzando de la repetición de conceptos y teorías a una aplicación de recursos y de habilidades mentales, llevándolo a un proceso metacognitivo en el que el estudiante de postgrado sea capaz de dar cuenta de su proceso mental para resolver problemas, identificando y haciendo consciente su proceso cognitivo (Solaz-Porolés, 2007).

Lo anterior, con el propósito de ir depurando su técnica mental y su razonamiento clínico y cognitivo, de igual forma ir ahondando cada vez más en la dinámica en la que emergen los problemas y/o motivos de consulta; cómo resultado de esto, se dará un acercamiento interaccional entre los motivos de consulta que traen las pacientes con las interpretaciones que hacen los estudiantes, lográndose una conexión entre paciente y médico en la comprensión del motivo de consulta.

Dada la complejidad y multidimensionalidad de la solución de problemas en cuanto a la competencia cognitiva no se dejará de presuponer dificultades. El éxito de los estudiantes ante la solución de problemas de medicina estará, de este modo, siempre marcado por fuertes contingencias inherentes a todo acto creativo, del cual la solución de problemas constituye una importante expresión (Garret, 1987). Al respecto vale la pena recordar a Vygotsky (1996): "Crear es fuente de júbilo para el hombre: pero acarrea también sufrimiento conocidos con el nombre de torturas de creación" (Vygotsky, 1996; p.49).

Reflexionar sobre las dificultades de los estudiantes en la solución de problemas y ayudar a atenuar la tortura creativa que tendrán que superar para resolver los motivos de consultas, los constituirán en los objetivos teóricos y empíricos, materializándolos en un análisis teórico y en propuestas de actuación concreta necesariamente multidimensionales y sinérgicas. En palabras de Vygotsky, ambas dimensiones la intelectual y la emocional, resultan por igual necesarias para el acto creador"; o sea, ambos, "sentimiento y pensamiento", "mueven la creación humana". La solución de problemas por hombres y mujeres es una actividad cognitiva compleja y de múltiples facetas que pone en acción capacidades y competencias cognitivas, psicológicas.

Inspirados en las ideas de Shoenfeld (1989) para el estudio del comportamiento de los estudiantes en la solución de problemas y apoyados en la descripción de Brady (1991), entre los recursos y las variables psicológicas están:

Variables afectivas y motivacionales, al darles prioridad en la discusión, se ha querido asumir una posición deliberadamente disonante de lo que es la práctica corriente: ignorar o escamotear el papel motor de la vertiente afectiva en el aprendizaje y en la resolución de problemas.

Recursos cognitivos específicos, están relacionados con los contenidos, la lógica, la estructura y los procesos característicos del dominio en cuestión.

Recursos cognitivos generales, corresponden a estrategias y técnicas generales en la solución de problemas - las heurísticas de Polya (1973), por ejemplo – o sea, a procedimientos que pueden ser utilizados en la resolución de cualquier problema, sin que importe el contenido específico en juego.

Recursos cognitivos interpersonales, en esta categoría inferimos el caso particular de los estilos cognitivos, como variable diferenciadora del comportamiento individual, y el desarrollo cognitivo del estudiante (Ramiro, 2010).

Recursos metacognitivos, son los componentes responsables del control y la gestión de todos los recursos cognitivos, en interacción dialéctica con las variables afectivas y motivacionales (Osses, 2008); aparecen asociados a toda una diversidad de desigualdades (metacognición, autorregulación, auto monitorización, control ejecutivo, etc.). Se trata de una categoría de recursos que sólo últimamente ha merecido alguna atención (Brady, 1991; Schoenfeld, 1989).

La solución de problemas, junto con otras actividades psicológicas como la formación de imágenes y representaciones mentales (Josep, 2008), la compression del lenguaje, la elaboración de juicios morales o sociales y el análisis de la solución de problemas ha sido clave para la psicología cognitiva tanto en sus elaboraciones teóricas como a nivel de la investigación. En la literatura cognitiva el sujeto experimenta la necesidad de pensar y organiza su actividad cognoscitiva, cuando en el marco de sus vivencias cotidianas, encuentra que su falta de conocimiento se convierte en obstáculos para conseguir sus metas, (Nolla, 2006). La situación problemática se experimenta subjetivamente como una tensión o necesidad, la cual puede

entenderse como el origen de diversos procesos cognitivos y afectivos: estos procesos han sido objeto de estudio de la psicología y las ciencias cognitivas en conjunto (Zabalza M. , 2011).

Según Moreno (2007), las competencias profesionales en el ejercicio de la medicina son: La capacidad de un profesional de utilizar su buen juicio o sea de razonar para tomar decisiones; esto incluye el perfil profesional determinado por las aptitudes y rasgos de personalidad, los conocimientos, la habilidades y actitudes adquiridas en la formación y las desarrolladas en la práctica profesional.

Según Larios (2005), la competencia clínica, incluida la resolución de problemas en medicina, es un conjunto de atributos multidimensionales que hacen alusión a las habilidades clínicas, comprensión y conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que llevan a promover atención médica efectiva y eficiente para los pacientes. La solución de problemas y el juicio clínico, implica la aplicación del conocimiento relevantes, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de problemas de un paciente; habilidades técnicas que incluye la habilidad de usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y el manejo de pacientes.

Las prácticas clínicas deben apuntar a solucionar problemas desde las particularidades y diferencias de cada sujeto que consulta, considerando un abordaje transdisciplinar en donde confluyen diferentes componentes y factores que inciden en la aparición de los problemas y/o motivos de consulta, se requiere una transformación mental, comunicativa, metacognitiva, cognitiva y de formación en el ejerció de la práctica clínica, así como el replanteamiento de la relación médica con el paciente y la forma como se aborda al paciente.

El estudio del proceso mental que sigue el médico para la solución de problemas de salud del paciente no cabe dentro de una sola categoría de investigación. Por eso se ha estudiado este

proceso tomando modelos existentes y teorías desarrolladas en la literatura general de investigación. El estudio de la solución de problemas médicos se ha dado bajo el análisis de sistemas, se basa en los modelos matemáticos y considera como entrada los datos clínicos y como salida las decisiones sobre el diagnóstico, pero no describe cómo interviene el juicio humano en el proceso de solución de problemas; y el seguimiento de huellas cómo método, se caracteriza, por tener la habilidad para hacer juicios y tomar decisiones (Bastién, 2010; Simon, 1979); este enfoque intenta describir el proceso mental que emplea el individuo con experiencia cuando hace juicios, toma de decisiones o resuelve problemas; es decir, el pensamiento humano y la solución de problemas son vistos como una serie de operaciones que pueden ser descritas mediante la propia reflexión del profesional sobre el proceso que sigue durante la realización del diagnóstico (Elstein A. S., 1978).

Con el fin de establecer estas operaciones mentales se han realizado recientemente varias investigaciones, tales como la observación (Barrow H. y Bennettt. K, 1972), sobre diagnósticos realizados por estudiantes de postgrado de neurología, los estudios de diagnóstico en cirugía de Dudley (1970), y el Medical Inquiry Project de Elstein (1972) y sus colaboradores, con un grupo de médicos generales con experiencia. De estos estudios se concluyó que en el proceso de solución de problemas la hipótesis de diagnóstico se genera al comienzo y con una limitada información disponible. La hipótesis sirve de guía para solicitar nueva información. El enfoque seguido para la solución de problemas es específico para el tipo de problema médico o caso examinado. El error más común es la “sobre interpretación”; el acopio de conocimientos médicos y la experiencia sirven de base a la competencia clínica.

La revisión de las investigaciones realizadas sugiere que la mayoría de los enfoques para la solucionar problemas contienen la formulación del problema, la recolección de información, la

prueba de hipótesis y elaboración de conclusiones. Estas investigaciones han servido de base para adelantar otros estudios con el fin de determinar qué métodos de enseñanza son más propios para desarrollar en el estudiante de postgrado la habilidad para solucionar problemas.

La salud – enfermedad como proceso social: la visión de la epistemología feminista

El propósito de incluir la epistemología feminista en esta investigación amplía la comprensión de la salud – enfermedad produciendo un cambio en los enfoques conceptuales, preguntas y métodos. La perspectiva feminista influye en los riesgos de mortalidad y morbilidad debido a las diferencias en exposición y en vulnerabilidad; en la gravedad y las consecuencias de la enfermedad; en el acceso a los recursos para la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud de las mujeres; en la experiencia y las consecuencias de la salud, y en las respuestas del sector de salud (Rathgeber, 1993).

La conceptualización de la OMS sobre el concepto de salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”, esto permite comprender la salud desde el equilibrio biológico como sistema de valores como noción que los sujetos usan para interpretar la relaciones con el orden social. Actualmente la salud se entiende como un recurso para la vida, en el cual estar sano es la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales.

Dentro del proceso salud-enfermedad de los sujetos, se busca el bienestar, sensación y percepción placentera y agradable, que garantiza una sobrevivencia digna. En toda sociedad se debe reconocer a la mujer como un ser integral, por tanto, debe haber una visión totalizante de ella, que trasciende la mirada del cuerpo femenino como reproductor biológico a un sujeto con

múltiples papeles y con las diferencias de género asignado por la cultura. Las diferencias que le han impuesto características específicas en cuanto a sus condiciones de vida y salud, esto requiere de una visión integral de la mujer que implica entre otras las prácticas de vida saludable (Orem, 2009).

Para conocer el estado de salud de los sujetos es necesario estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura. De acuerdo con Mariano (2001), la salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Vergara, 2007). Esta concepción de la salud está centrada en las relaciones que se establecen en el proceso social de producción como determinantes de las desigualdades en el estado de salud de las personas, grupos sociales y comunidades. Se utiliza la categoría de condiciones de vida para explicar el proceso de salud - enfermedad desde la perspectiva estructural. Dentro de los factores que inciden en la salud están las desigualdades sociales como por ejemplo el nivel socioeconómico y la mortalidad.

Desde la epistemología feminista, se concibe la salud como un proceso social en el que se produce y se reproduce la vitalidad humana colectiva e individual que contienen dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, de comportamiento, y sanitarias, a través de las cuales se determinan el nivel y las expresiones del estado de salud de las mujeres y hombre y de la población.

Urge la creación y desarrollo de nuevos espacios de reflexión y de análisis que permitan la emergencia de nuevos paradigmas, maneras de entender un mundo complejo y en proceso de

transformación acelerada que rompan con las lógicas rígidas y los monólogos de las disciplinas, que permitan las articulación con los actores sociales reales y, abran discursos racionales renovados y nuevas perspectivas de acción por su habilidad para redefinir, re conceptualizar los problemas y para cuestionar las practicas prevalecientes (Goude, 1998).

Son numerosos los trabajos que emprenden este camino; una breve reseña de algunos de entre los que se encuentran disponibles en nuestro medio bastará como indicativo. Así por ejemplo, Sánchez (1999) propone un análisis del discurso médico contenido en el popular e influyente Tratado de Ginecología de Botella de 1993 de consulta corriente en las facultades de medicina españolas, cuyos términos no han cambiado sustantivamente en sucesivas reediciones desde los 40. La autora pone en evidencia allí: una construcción semántica esencialista de la categoría "mujer" a través de la sinonimia problemática de los términos hembra, feminidad, materno, muchacha, mujer y reproductora; una permanente confusión entre las dimensiones anatómicas, fisiológicas y comportamentales de la sexualidad femenina; una explicación del desarrollo somático y psicológico de una feminidad constituida para siempre en la pubertad, basada en las hormonas; la naturalización biológica del carácter activo e inductor del cromosoma masculino; la existencia de una activa "glándula masculina " (testículo) frente a un desarrollo pasivo del ovario en ausencia de inducción genética ".

La posibilidad de teorizar sobre las desigualdades de género surgió en este siglo, sólo después de que algunas mujeres pudieron acceder a condiciones de mayor educación – en algunos casos- de mayor igualdad, lo cual a su vez constituyó las precondiciones necesarias para dar paso a esta nueva conciencia académica (Lerner, 1989). Esta explicación ha estado también sujeta a debate, en ocasiones desde puntos de vista que no necesariamente coinciden con el anterior. Por ejemplo, a diferencia de lo propuesto por Smith (2000), se ha sugerido que fueron

las "limitaciones autoimpuestas de las epistemologías marxistas funcionalistas/ relativistas y empiristas", esto impidió el "descubrimiento de estos asuntos " (Harding, 1996).

En consecuencia, se hace necesario - de acuerdo con Harding – es una revolución epistemológica que permita desechar tales limitaciones. La autora critíca aquellas epistemologías y señala que se necesita de un mayor análisis histórico para desarrollar las epistemologías feministas, que, en sus propias palabras, deberá ser "analíticamente imparcial y epistémicamente no relativista (Harding, citado por Cruz, 2013)

La producción de la nueva forma feminista de conocer y pensar no se refiere únicamente a la idea de teorizar acerca de las desigualdades de género (Smith, 2000). Lejos de ello, la idea central es que la actual racionalidad médica está completamente sesgada genéricamente, dominada por una perspectiva y un modo de pensar masculino. Esto es, todos los conceptos existentes, las categorías y los métodos científicos reflejan primariamente una manera masculina de mirar y entender el mundo (Duran, 1999).

Como ha señalado Fee (1978) citado por Rosser (1998), "cabe esperar que una sociedad sexista produzca una ciencia sexista". De acuerdo a este punto de vista, junto con el movimiento de liberación de las mujeres deberá surgir una manera alternativa de pensar, observar y explicar el mundo. Esta idea constituye una extensión lógica de la sociología marxista del conocimiento. En otras palabras, si la producción del conocimiento científico está tan estrechamente vinculada con la estructura social predominante, un cambio en la estructura social de una en la que las mujeres son oprimidas a otra en que no lo son, podría, en última instancia, resultar en la emergencia de un nuevo tipo de conocimiento.

Cuando se habla de la posibilidad de una nueva ciencia feminista, no se hace referencia a un tipo de conocimiento que sólo las mujeres, por ser mujeres, pueden producir. Es decir, el

análisis de este problema no debe centrarse al nivel de los individuos sino al nivel de la estructura social. En efecto, lo que se está proponiendo es que una nueva estructura social, sin dominación de género, dará lugar a formas de conocimiento, aquí llamadas feministas, que antes permanecían suprimidas o reprimidas, pues tal supresión es una condición esencial de la dominación de género. En síntesis, se presume que el nuevo conocimiento del feminismo será resultado, no del sexo de los académicos, sino del orden social prevaleciente, y de la consecuente perspectiva epistemológica que las y los académicos puedan adoptar, independientemente de que se trate de hombres o mujeres.

Hombre y mujeres enferman de manera diferente, esta convicción diferencial, a pesar de las revisiones meta-analíticas que muestran su inconsistencia, asume que la salud de las mujeres se focaliza en la salud reproductiva. El peso de esta creencia es tan grande que un considerable número de problemas de las mujeres se derivan de atención a la mujer (Valls-Llobet., 2000). Otro tipo de síntomas no es tomado en consideración, por este motivo las reiteradas demandas de atención médica, se prescriben analgésicos o ansiolíticos, que psicologizan y medicalizan la demanda de atención sanitaria. Existe evidencia de la prescripción de altas dosis de tranquilizantes como práctica habitual, incluso sin que se haya realizado ninguna exploración previa (Ashton, 1991).

A modo de ejemplo se tiene la menopausia, aunque no es una enfermedad sino un cambio fisiológico ligado a un proceso biológico de envejecimiento, frecuentemente se medicaliza. Aunque algunas mujeres pueden referir estados de malestar, se generaliza, cómo resultado de los intereses de la industria farmacéutica, y se medicaliza a muchas mujeres. Bernis (2001), afirma que la investigación recientemente ha supuesto una constante mejora en el conocimiento del proceso "normal" de este envejecimiento reproductor, y contribuido a cambiar su comprensión y

gran medida, tomar distancia de la terapia hormonal (Bronberger, 1997). Algunos malestares asociados al síndrome menopaúsico son debidos a otras causas, concretamente muchos síntomas depresivos y comportamentales se deben a sucesos vitales y que coinciden con la transición menopaúsica (Burin, 1990).

Para el caso de la menopausia se puede ver el impacto del climaterio en la calidad de vida de las mujeres (Blumel, 1998). Se propone que las investigaciones futuras tengan que incluir sistemáticamente los distintos dominios que pueden verse afectados en la vida de la mujer de mediana edad en las sociedades. Es necesario fortalecer la formación, enfatizando en los procesos éticos y de compromiso social, ya que el ejercicio de la profesión médica se encuentra en una crisis de valores como consecuencia de los cambios políticos administrativos que se han llevado a cabo en muchos países del mundo (Blumel, 1998).

El manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia

Se incluye este apartado porque es el propósito central de la tesis, proponer un manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, implica no solo tener en cuenta el motivo de consulta sino también incluir otros síntomas y signos que inicialmente no refiere la paciente como también los aspectos psicosociales, psico afectivos, culturales; con una lectura integral, de calidad y con calidez humana para la paciente. Se trata de generar estrategias de atención a las pacientes con una dinámica más incluyente para todas las esferas que hacen parte de la cotidianidad del ser humano.

Normalmente durante la consulta se hace un manejo de la causa por la cual consulta la paciente sin mirar otros aspectos que afectan la calidad de vida de las pacientes. En el manejo integral de la paciente además de tratar la causa por la cual consulta la paciente, es también importante preguntar por los factores de riesgo para la enfermedad como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular, cáncer de seno, obesidad, y los riesgos psicosociales y sexuales. Solicitar los exámenes como la mamografía, densitometría ósea, ecografía pélvica transvaginal, y exámenes de laboratorio como la glicemia, el perfil lipídico, TSH, con la idea de descartar o confirmar otras enfermedades concomitantes que tenga la paciente para hacer prevención o tratar a tiempo antes de que afecten su calidad de vida.

Desde el punto de vista del médico es importante tener claro el concepto de lo que es el manejo integral del proceso biológico en el climaterio y la menopausia. Algunas mujeres consultan por el interés de control y prevención (población asintomática), otras lo hacen para el manejo de sus síntomas menopáusicos, y en un porcentaje elevado para el tratamiento de sus

enfermedades (población sintomática o clínicamente enferma). El enfoque de la paciente en climaterio debe hacerse en tal forma que se evalúe y oriente integralmente, para ello es necesaria la participación de médicos que tengan amplios conocimientos del proceso del envejecimiento, capacitados en el manejo de este grupo de pacientes, en el concepto Bio-psico-social, motivados por los programas de prevención. Además, deben tener el concepto de trabajo interdisciplinario con profesionales afines, Psicólogos, Nutricionistas, Terapistas de familia, Geriatras, Gerontólogos, Endocrinólogos, Internistas, entre otras.

El manejo integral de la paciente en el climaterio y la menopausia implica prevenir la enfermedad y para esto ha de incluir todo el organismo y no reducirse a su aparato genital, por este motivo debe ser llevado adelante tanto por el médico de atención primaria como por el especialista en ginecología. Se debe informar a las pacientes sobre las diferentes técnicas que es posible realizar, con sus riesgos, sus valores predictivos y su balance costo/beneficio, así mismo, promover la educación sanitaria en lo que a prevención primaria de las patologías más frecuentes se refiere. Actuando en esta doble vertiente, se asegura una prevención más efectiva y eficaz de las patologías más prevalentes en este grupo etáreo (Sturdee, 2011; Monterrosa, 2010).

Uno de los ejes que se consideran relevantes en el manejo integral de la paciente, es fomentar el autocuidado, esto es la capacidad humana de los individuos para realizar acciones, cuyo propósito es cuidar de sí mismos y otros. Considerando un conjunto de prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, auto-conocimiento y auto expresión de aspectos que favorecen el desarrollo integral (Sturdee, 2011).

En el II consenso cubano sobre climaterio y menopausia, se hace referencia a la atención integral; que debe tener como objetivos el lograr la atención integral personalizada y humanista de la mujer de edad mediana en todos los niveles del sistema nacional de salud (Sarduy, 2010).

En el artículo “el logro de la madurez femenina: la experiencia del Climaterio en grupo de mujeres” (Pellicer, 2011), se partió de reconocer las experiencia del climaterio como un proceso holístico de un grupo de mujeres entre 45 y 55 años; los autores midieron la escala de calidad de vida en la menopausia, los resultados mostraron que las mujeres encuentran aspectos tanto positivos como negativos y neutrales, cuya balanza configura que su paso por esta etapa sea de crecimiento o de decadencia. Se plantea como reflexión el eliminar tabúes y conceptos erróneos y ofrecer una educación para la salud que fomente el correcto autocuidado, donde se minimice la tendencia predominante de medicalizar este periodo y se observe desde una perspectiva holística ya que todos los aspectos configurarán su vivencia (Ipinza, 2009). El climaterio y la menopausia son procesos naturales y normales en la vida de las mujeres; por tal motivo, deben erradicarse los mecanismos socioculturales que conforman mitos y estereotipos opresores y discriminatorios, respecto a estas dos etapas vitales. Es necesario acabar con los roles patriarcales y construir otros nuevos para enfrentar esta etapa positivamente.

Así, el reto inicial de renovar la capacidad reflexiva no sólo de la medicina, la ginecología y la psicología, sino también de otras ciencias de la salud con el fin de instaurar nuevas vertientes en la significación y atención de las mujeres en edad mediana que experimentan el cese menstrual. Como destino final de estos nuevos referentes se vislumbra el desafío de construir una propuesta de atención de la edad mediana que contextualice de forma precisa sus particularidades y procesos, entre ellos la menopausia, les quite de antiguas nominaciones y conceptualizaciones de anormalidad e inscriba la posibilidad de disfrute de la naturalidad de la vida y sus ciclos.

La práctica clínica

En este apartado se reflexiona acerca de una práctica clínica más humanizada, enmarcada en el manejo integral de la paciente, construyendo un discurso posibilitador durante la relación médico-paciente, con miras a fortalecer la calidad de vida de las mujeres que asisten a consulta. El propósito de este capítulo es reflexionar sobre la práctica clínica, la ley 100 y su incidencia en la relación médico –paciente. El desempeño en la práctica clínica implica la adquisición de conocimientos de contenidos, habilidades, destrezas y una práctica reflexiva.

El aprendizaje realizado en la experiencia práctica, se conoce como aprendizaje no verbal (Stimmel, 1976), que en el caso del estudiante se refiere a las habilidades y destrezas que adquiere por observar y convivir con un investigador, biomédico, socio-médico o clínico que, sin una conciencia objetiva del hecho, sirve como modelo formativo de que se debe ser, hacer y pensar como un experto, un profesional y un científico dedicado a conocer lo desconocido o a explicar lo conocido (Byrne, 1994); introducir al estudiante de medicina en la investigación tiene como ventaja permitirle adquirir una mentalidad científica que lo capacite para la discusión diagnóstica y terapéutica sobre una base objetiva (Leighton, 1981). Uno de los objetivos de la educación médica es proporcionar a los estudiantes de postgrado la oportunidad de aprender habilidades clínicas en la comunicación con los pacientes.

Una parte importante del tiempo que emplean los estudiantes de medicina en su formación especialmente en el área clínica, corresponde a actividades prácticas alrededor de las

pacientes en las cuales se enfrentan a casos clínicos reales. Se supone que en ellas se realizará una intervención pedagógica óptima que permita a los estudiantes la aproximación directa y participativa a la solución de los problemas que más frecuentemente enfrentarán dentro de su propia vivencia profesional, es decir, a su desempeño auténtico como médico (Escobar H. D., 2010). A partir del contacto directo con pacientes, de sus conocimientos previos, de lecturas críticas y reflexivas y de la guía y estímulo por parte de docentes, instructores o pares con un nivel más avanzado de formación, podría estructurar su comprensión médica dentro de una perspectiva pedagógica – activa.

En el campo de la educación, la práctica clínica, destaca factores al docente: habilidades específicas como mantener el interés, sostener la participación, estimular la productividad y dirigir el aporte personal; dominio de la estrategia de enseñanza aprendizaje. Para Bulger (2007), los aspectos afectivos, formar y reforzar a los estudiantes, perseverancia, esfuerzo y autocrítica, búsqueda permanente del por qué y los que se refieren al grupo de estudiantes, como son número, participación, expresión de opiniones, puntos de vista y juicios críticos, logro de tareas en común, capacidad de iniciativa y decisión (Regan -Simith, 1999).

De estos factores que los teóricos refieren como componentes importantes se deduce que el razonamiento médico es un proceso progresivo en el tiempo y que se va afianzado de acuerdo con el ejercicio mental que tanto paciente como estudiante de postgrado ponen en su práctica cotidiana para ir hilvanando procesos mentales que les permitan adentrarse y reconocer, cada uno en sí mismo, sus procesos metacognitivos, sus rasgos de personalidad, reconociendo las variables y los componentes del contexto, poniendo en juego sus conocimientos previos, cada uno desde su bagaje conceptual y profesional. En este orden de ideas, se puede deducir que la resolución de problemas en la práctica clínica, es un proceso generativo en continúa construcción que conecta

los diferentes ejes en los cuales se desenvuelve el sujeto con sus particularidades y sobre los cuales se crean y se recrean los problemas y/o motivos de consulta (Núñez-Cortés, 2008).

La relación médico paciente

En esta sección se propone una disertación acerca del contexto clínico de atención, las condiciones laborales para los médicos y su impacto en la relación médico paciente. La intervención no reposa sólo sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del médico tratante. También sobre su capacidad de escucha de aspectos psicosociales, su integración con los aspectos biológicos y su capacidad para crear las condiciones del encuentro en el que la persona que consulta pueda expresar sus experiencias y participar en las decisiones. Así como favorecer una relación integral entre el médico con la paciente.

Se han descrito distintos modelos de relación clínica en función de la distribución del poder y responsabilidad del médico y la paciente; el tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica. Además, esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo; sin embargo, cualquiera que sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es cifrado en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones. Esto se asocia a una nueva visión del paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial donde la paciente tiene un rol protagónico (Simon P. G., 2001).

Desde la perspectiva del sistema sanitario se han identificado cuatro protagonistas (médico, enfermo, pagador e industria) y cuatro lógicas de funcionamiento diversas, todas ellas necesarias y potencialmente conflictivas. En líneas generales, el médico se rige por la lógica del cuidado, a la que corresponde el valor de la acción benefactora y la evitación de la maleficencia. La lógica del paciente –enfermo- es la lógica de la necesidad, a la que corresponden los valores

de la inmediatez o accesibilidad y de la calidad de los cuidados. El tercero, pagador gobierna su actuación mediante la lógica del rendimiento, basada en los valores de la eficiencia, de la viabilidad y la sostenibilidad. Por último, la industria sanitaria sigue la lógica de la rentabilidad, propia del libre mercado, y también la lógica de la innovación, siendo sus valores la efectividad y la ganancia (Baca, 2006).

El resultado es un sistema sanitario complejo, que debe integrar y armonizar la heterogeneidad y conflictividad de tales lógicas y valores; junto a lo anterior, o cómo resultado de ello, cabe añadir un cambio aún más influyente y decisivo, apreciable desde la perspectiva médica, ética y jurídica: la transformación del significado del fin o bien propio de la medicina y de las profesiones asistenciales, así como de la relación clínica: la salud.

Para Jovell (2006), abordar la relación médico-paciente consiste en delimitar su contexto y estructura conceptual, reconociendo sus complejidades, explorando sus diversos fenómenos, sus transiciones sanitarias que exigen un replanteamiento demográfico, como el incremento y envejecimiento de la población. Epidemiológicos, como la aparición de nuevas enfermedades y el aumento de las enfermedades crónicas.

Científicos y tecnológicos, como el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías diagnósticas o terapéuticas y de la genética. Sociales y culturales, como la medicalización de la sociedad, la sacralización de la ciencia y la subsiguiente construcción de desmesuradas –y poco informadas y realistas- expectativas sobre la potencialidad terapéutica de la medicina y otras profesiones asistenciales. Económicas, como el aumento de costos y la insuficiencia de recursos e inversión en salud para satisfacer tales expectativas, alimentadas por la conversión de la salud en otro bien de consumo y por la adopción de un perfil de consumidor o cliente de servicios de salud por parte del ciudadano.

Otros factores que han incidido en la transformación en la relación médico-paciente son la constitucionalización y la globalización, cuya importancia aumenta en las capacidades, los funcionamientos seguros y los derechos. En la relación médico-paciente se da una interacción comunicativa en la cual se da una relación con otra persona para transmitir información, ser – un sujeto capaz de comunicar a otros sujetos los mensajes que quiere transmitir, relacionarse - un sujeto con otro para manifestar o compartir sus ideas y sentimientos, las dos primeras están claramente presentes en el establecimiento de la relación clínica. La tercera es más discutida, porque hay profesionales que dirían que no comparten sus ideas ni sentimientos con los pacientes (Shipman, 2010).

La Ley 100 está afectando la atención de los pacientes. En la práctica clínica un médico debe atender de cuatro a seis citas en una hora, 15 minutos en promedio para cada paciente. En este tiempo es difícil hacer un examen detallado y un diagnóstico preciso. La medicina se está despersonalizando; un médico con sobrecarga y muchas horas de trabajo encima pierde capacidad de reacción, se vuelve apático y en ocasiones atiende mal al paciente para cumplir con la cuota laboral.

La ley 100 y su incidencia en la relación médico-paciente

Antecedentes de la ley 100.

Con esta reflexión se ahonda en los factores determinantes que inciden en la relación médico-paciente y que tiene que afrontar nuevas situaciones conflictivas debido a que la racionalidad ética ha sido desbordada por la racionalidad económica. En este sentido es necesario

conciliar la más humana de las ciencias, la medicina con las más fría e impersonal de las ciencias sociales, la economía.

Desde antes de los años sesenta las personas de clases sociales medias y altas asistían a consultorios, clínicas o a seguros privados; los trabajadores asalariados acudían al seguro obligatorio ya fuera del sector privado o público, y los pobres desde siempre han acudido a la caridad ya sea por un lado la proporcionada por el Estado a través de una precaria y limitada asistencia pública y por el otro lado la caridad del sector privado que por razones religiosas y tradicionales ofrecían la llamada beneficencia; el fortalecimiento del estado excluyente, clientelista y patrimonialista se afianza posteriormente durante el periodo del Frente Nacional, donde se asume la salud como una inversión pública por pacto político nacional en 1957 (Roldán, 2001).

Lo Anterior demuestra que en Colombia las garantías de la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, no construyeron ciudadanía en el sistema de salud, debido a que posteriormente en 1970 el Ministerio de Salud articula tres subsectores en salud (el oficial, el de seguridad social y el privado) que divide a la población de acuerdo a su nivel socioeconómico, (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

Con menos garantías en 1977 al reformarse el I.S.S. se inclina aún más la balanza a la imperecedera inequidad, contando con que en los ochentas se consolida el Sistema Nacional de Salud, según los mandamientos políticos jalonados por los intereses del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Desencadenándose por consecuencias en los 90's el sistema de protección social acuñado en la ley 100. En pocas palabras, se puede decir que la gradual configuración y efectividad del concepto de Derecho a la salud en el sistema Colombiano de seguridad social en salud, en ningún momento ha sido aplicado adecuadamente conforme con la

declaración de los derechos humanos promulgados hace más de medio siglo, conforme con el estado social de Derecho como la organización política en Colombia y conforme con la Convención Americana sobre los Derechos Humanos donde la salud se garantiza preservándose por medidas sanitarias y por estrategias que resuelven el acceso a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia medida para fortalecer la dinámica de los recursos públicos y los de la comunidad. Lo dicho parece desvanecerse en la atención que se le ha dado a logros de la constitución del 91 como el aseguramiento por derecho irrenunciable, el cual se limita al deber de los ciudadanos de "procurar" y "cuidar" la salud como el producto de la evolución histórica de la seguridad social en Colombia (Palomino, 1999).

Se defiende la atención en salud, desde la concepción de los derechos humanos, creando un sistema con una visión gerencial, en donde se crean relaciones jerárquicas, por cuanto existen unas entidades prestadoras de los servicios de salud, que paradójicamente son empresas privadas, esto ha generado una marcada competencia por acaparar la población usuaria del servicio, sin que esto se vea reflejado en la calidad del servicio que se ofrece. Abordar la salud desde empresas prestadoras de servicios desmejoró la calidad del servicio y afectó notablemente el ejercicio profesional. Convertir la salud en una empresa, ha llevado a una deshumanización de la medicina, controvirtiendo los principios del juramento hipocrático (Patiño, 1998). La deficiente remuneración económica ha generado paros hospitalarios, médicos sin salario durante meses, la falta de insumos, usuarios que no reciben atención médica oportuna, brotes de enfermedades antes controladas (Valencia, 1999).

Por otro lado Patiño (2011), plantea que el surgimiento desmedido de facultades de medicina, sin los requerimientos mínimos, ha llevado a que egresen profesionales poco calificados, esto constituye una irresponsabilidad del Ministerio de Educación, contrario a la

sobrepoblación de médicos existe un déficit de enfermeras, que afecta notablemente la calidad de los servicios que se prestan. Un problema que ha surgido y que afecta directamente la imagen de la medicina es la proliferación de demandas legales, esto ha conducido a que la profesión médica se convierta en una "medicina defensiva" (Patiño, 1998). La falta de investigación sobre cómo se ha modificado la forma como los usuarios perciben la práctica clínica, la calidad de los servicios, las entidades prestadoras de los servicios y la salud como derecho inalienable de la población, ha generado que la situación que se ha venido generando desde la implantación de la ley 100 quede oculta y no se creen las estrategias para mejorarla (Shipman, 2010).

La rotación de médicos al igual que la rotación de los usuarios ha generado un sobre costo en la práctica clínica, porque el manejo de información, por parte de las entidades prestadoras, no se ha hecho juiciosamente sino que aún en las empresas más sofisticadas no se han creado bases de datos para tener un registro confiable que devele el historial y los procedimientos a los cuales se han sometido los usuarios, esto trae como consecuencia la repetición de exámenes, o el olvido de las valoraciones clínicas ya realizadas, retraso en los tratamientos y procedimientos quirúrgicos de los usuarios, todo esto requiere que se reconsidere las concepciones epistemológicas sobre las que descansan los lineamientos de la ley 100 del 1993 (Patiño, 2001). Se demanda un trabajo mancomunado entre las Universidades y las entidades prestadoras de los servicios, para reorientar los principios sobre los cuales se está manteniendo una falsa imagen de la salud-enfermedad y de la forma como la defienden los derechos de los usuarios.

Estas reflexiones fundamentan la estructura del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico-paciente desde la estrategia didáctica del aprendizaje basado en problemas (ABP), porque se busca partir de los componentes del

problema tanto a nivel de la práctica clínica, como los elementos que se gestan en la enseñanza de la medicina. Estructurar dos ejes que contemplan la formación humana de los estudiantes de postgrado, llevándolos a la praxis en la resolución de problemas en la práctica clínica desde el ejercicio profesional, esto implica reconocer y comprender el surgimiento del problema que fundamenta la presente investigación, incluir las relaciones humanas, los componentes éticos, económicos, políticos y sociales sobre los cuales se desarrolla la práctica clínica y el ejercicio de los estudiantes de postgrado, es tener una mirada holística e incluyente de cómo se conectan los problemas / motivos de consulta de los pacientes con la estructura del sistema de salud sobre el cual se crea el contexto de solución (Patiño, 2011).

La comunicación en la relación médico paciente

El éxito de cualquier proceso de interacción como una entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación médico-paciente. Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico, y por lo tanto la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica; es por esta razón que se aborda en esta sección, porque constituye uno de los ejes centrales para promover la formación integral de los estudiantes de postgrado y además incide directamente en la práctica clínica y por ende en la relación médico paciente.

En el marco de la relación médico-paciente, la comunicación asumida en este sentido, actúa como una forma independiente de actividad del sujeto, cuyo resultado es la propia relación con otra persona, o personas. Es decir, ocurre un intercambio humano intenso y profundo pues se asocian emociones y vivencias muy diversas que evidencian la complejidad de las personalidades interactuantes en cuyo entorno se forman y autotransforman los seres humanos,

es por ello que una práctica en salud de excelencia no puede desatender estos elementos, que por otra parte son consustanciales al método clínico aun cuando no siempre éste se desarrolla con la dimensión humana que lo caracteriza y que ha distinguido a la práctica médica (Rizo, 2011).

Para Bohórquez (2004), la comunicación médico-paciente como método científico tiene un carácter empírico-experimental (Bernard, 1994), hipotético-deductivo, riguroso, sistemático, estandarizado y verificable que conduce al proceder profesional hacia una actitud cognitiva dialéctica y exploratoria muy valiosa, pero que dentro de los parámetros clásicos aún vigentes se suele centrar en lo orgánico, dando menor valor a los fenómenos psíquicos, culturales, espirituales y sociales que son frecuentemente excluidos del análisis clínico; surge así un primer obstáculo, desafortunadamente frecuente, de la relación médico-paciente.

Para Escobar (2006), centrarse en los problemas anatómicos y fisiológicos, desatendiendo las demás dimensiones del sujeto, que, si bien permite asegurar una eficaz apreciación de los trastornos orgánicos, ignora o subvalora aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, la sociedad y la cultura que permiten contextualizar y percibir fenómenos relacionados con el origen de la enfermedad, las estrategias terapéuticas y su prevención.

Los procesos cognitivos en el ABP

El propósito de esta sección es mirar el aporte del ABP en la construcción de conocimiento de los procesos cognitivos desde la apropiación de saberes en el seminario con el ABP y puesto en acción durante la práctica clínica.

El ABP es un procedimiento motivador que desarrolla el interés cognitivo hacia el aprendizaje, en esta investigación se profundizó los procesos cognitivos de los estudiantes de postgrado presentes en el aula de clase y en la práctica clínica. La consolidación de un módulo estructurado con el ABP brinda las herramientas a futuros profesionales de la salud. Promoviendo la formación integral del estudiante de postgrado y replicando los procesos cognitivos en la práctica clínica, en la relación médico-paciente y con ello en el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

De acuerdo con lo anterior, es necesario actuar sobre el proceso de construcción del conocimiento para tratar de transformarlo, dirigido a dotar al estudiante de postgrado de saberes, habilidades, actitudes y destrezas, sobre la base de criterios que racionalicen la adquisición de los diversos tipos de aprendizajes y hagan posibles tales acciones en múltiples grado de complejidad, de modo que el profesor lleve una información que genere nuevos procesos mentales en la adquisición del conocimiento durante el intercambio de saberes (Garcia, 2015).

Para Chica (2010), se considera el aprendizaje como una construcción que se produce a partir de desequilibrios o conflictos cognoscitivos que modifican los esquemas de conocimiento del sujeto. Los principios del aprendizaje de este paradigma, postulan que éste se produce de adentro hacia afuera, el aprendizaje se concibe como los esquemas de reconstrucción de los

esquemas de conocimiento del sujeto a partir de las experiencias que este tiene con objetos-interactividad y con las personas –intersubjetividad – en situaciones de interacción que sean significativas de acuerdo con su nivel de desarrollo y los contextos sociales que le dan sentido, de lo complejo a lo simple; en esta perspectiva, el sujeto despliega siempre toda la compleja gama de conocimientos que posee para interactuar en las situaciones globales de la vida, - lo complejo-aprendiendo en el curso de la experiencia los conocimientos más específicos – simples y abstractos (Chica, 2010). El sujeto está en interacción con el mundo, el cual es una totalidad no dividida; con esas totalidades del mundo, el sujeto tiene interacciones y experiencias específicas, que producen modificaciones, también específicas, pero integrativas, en sus esquemas de conocimientos (Negret, 1992).

La metacognición en la enseñanza de la medicina

En esta investigación se abordan nociones y herramientas metacognitivas que han mostrado ser útiles al aprendizaje, tanto en lo que respecta a su evaluación como a su fomento, particularmente en educación superior. La metacognición concierne, al conocimiento de los propios procesos cognitivos y sus resultados, con la posibilidad de controlarlos y regularlos en beneficio del propio aprendizaje. Es en este sentido que para esta investigación es importante copilar las epistemologías cognitivas de los estudiantes de postgrado acerca de la resolución del motivo de consulta y de todas las estrategias cognitivas que usan.

La **metacognición** es el conocimiento del conocimiento, es importante implementar estrategias metacognitivas que permitan hacer más efectivo el aprendizaje. Para Flavell (1976), la metacognición se refiere al conocimiento que uno tiene sobre los propios o productos cognitivos o sobre cualquier cosa relacionada con ellos, es decir, las propiedades de la información o los datos relevantes para el aprendizaje; por ejemplo, estoy implicado en metacognición (meta memoria, meta aprendizaje, meta atención, metalenguaje, etc.; sí me doy cuenta de que tengo más problemas al aprender A que al aprender B, sí me ocurre que debo comprobar C antes de aceptarlo como un hecho" (Flavell J. , 1976).

La metacognición se refiere, entre otras cosas, al control y la orquestación y regulación subsiguiente de estos procesos. Argumenta Lacón (2008) que la metacognición tiene que ver con el monitoreo activo y la regulación del proceso cognitivo; representa el sistema "*de control ejecutivo*". El proceso metacognitivo es relevante en los trabajos sobre los estilos cognitivos y las

estrategias de enseñanza, en tanto que el individuo deba tener conciencia de sus razonamientos o de su proceso de aprendizaje.

Para Peronard (2005), la didáctica de la metacognición, sugiere algunos principios generales que deberían presidir una didáctica de inspiración metacognitiva, enseñar a los estudiantes a conocerse mejor como aprendices, esto supone ayudarlo a identificar sus dificultades, habilidades y preferencias en el momento de aprender, con una doble finalidad de conseguir un mejor ajuste entre sus expectativas de éxito y los resultados obtenidos; facilitar la posibilidad de que adapten las tareas escolares a sus propias características, es decir ayudarle a construir su propia identidad o autoimagen cognitiva.

Según Alterio (2010), enseñar a los estudiantes a reflexionar sobre su propia manera de aprender, guiarlos para que analicen las decisiones regulativas que toman durante la planificación, monitoreo y valoren sus actuaciones cuando realizan una tarea, es decir, enseñarles a que mejoren la regulación de los procesos cognitivos implicados; enseñar a los estudiantes a establecer con ellos mismos un diálogo consciente cuando aprenden, ayudarles a identificar el propósito de aprendizaje, reconocer las intenciones de quien propone la tarea para ajustarse mejor a las expectativas, demandas y activar sus conocimientos previos sobre los contenidos tratados con el fin de conseguir la elaboración de relaciones sustanciales con la nueva información, logrando un aprendizaje más significativo (Peronard, 2005).

El aprendizaje basado en problemas (ABP en adelante) se basa en el paradigma constructivista que centra su proceder en la acción del estudiante, donde éste es el que realiza su propio aprendizaje (Barrows H. , 1996). Según el estado del arte ha sido desarrollado mayormente en el ambiente de la educación formal superior en carreras como medicina y en estudios de recursividad (Guevara, 2010).

La influencia de la metacognición y del constructivismo en el ABP son innegables, puesto que las bases de la cualidad contienen el principio básico de la creación del aprendizaje por el propio estudiante de postgrado, donde el descubrimiento es uno de los pilares de su motivación con la que aprende y aprehende el entorno de manera conceptual y concreta.

Rué (2007), menciona que la metacognición se refiere a la actividad mental centrada en el propio funcionamiento psicológico; es conciencia y regulación del mundo interior, en oposición a las actividades centradas en la información proporcionada por el mundo exterior. El concepto de metacognición se atribuye a Flavell (1976), quien lo interpreta como el conocimiento y la dirección del pensamiento y de la conducta.

En un estudio realizado por Naigeboren de Guzmán y De Nacusse, (2004) titulado "Estrategias de aprendizaje y procesos metacognitivos en alumnos universitarios", en el que participaron 170 estudiantes de las carreras de psicología y ciencias de la educación, sobre las estrategias de aprendizaje que utilizan y sus procesos metacognitivos, se desarrolló una experiencia de aprendizaje innovadora para mejorar estos procesos en la Universidad.

El objetivo fue desarrollar experiencias innovadoras de aprendizaje con estudiantes universitarios que les permiten realizar procesos metacognitivos, reflexionando sobre sus propios procesos de aprendizaje y lograr una mayor autonomía y creatividad. Con grupos heterogéneos de estudiantes se desarrolló un curso taller sobre estrategias de aprendizaje, y metacognición, utilizando diferentes cursos reconocieron sus habilidades y sus dificultades de aprendizaje en algunas materias, realizaron procesos metacognitivos y analizaron las condiciones para aprender de manera significativa.

Se evidencia la necesidad de abordar esta temática en la Universidad, con estudiantes de diferentes cursos, para ayudarlos a mejorar su rendimiento académico. Orientar a los estudiantes

a reflexionar sobre sus propias estrategias de aprendizaje, favorece el aprendizaje significativo, la memorización comprensiva, el juicio y la autonomía con estudiantes y como futuros profesionales. El estudio se apoyó en los objetivos como desarrollar experiencias innovadoras de aprendizaje con estudiantes universitarios que favorezcan el desarrollo de procesos metacognitivos, en base a la reflexión sobre sus procesos de aprendizaje, y tendiendo al logro de mayor autonomía y creatividad. La metodología partió de un diagnóstico de la situación actual en base a una muestra de 170 estudiantes de los cursos iniciales de las carreras de ciencias de la educación y psicología de la UNT y se compararon los resultados. Se elaboraron dos instrumentos, un cuestionario semiestructurado de estrategias de aprendizaje y una prueba de razonamiento.

Se llegó a la conclusión que en ambas carreras se utilizan estrategias de aprendizaje similares: en general estos estudiantes estudian solos o en grupo según las circunstancias, planifican los estudios, organizan su tiempo, necesitan la orientación del profesor y utilizan predominantemente estrategias simples. Los resultados arrojaron que los estudiantes de diferentes cursos de medicina, enfermería, kinesiología y bioquímica, reconocieron sus habilidades y sus dificultades de aprendizaje en algunas materias, realizaron procesos metacognitivos y analizaron las condiciones para aprender de manera significativa.

Lograr memorizar comprensivamente, ejercer juicio crítico y establecer relaciones múltiples. Como conclusiones se evidencia la necesidad de abordar esta temática en la Universidad, con estudiantes de diferentes cursos, para ayudarlos a mejorar su rendimiento académico. Orientar a los estudiantes a reflexionar sobre sus propias estrategias de aprendizaje, favorece el aprendizaje significativo, la memorización comprensiva, el juicio crítico y la autonomía como estudiantes y como futuros profesionales. El curso taller estaba originariamente

dirigido a estudiantes de 1 y 2 año de las carreras de ciencias de salud. Sin embargo, se inscribieron especialmente y realizaron el curso estudiantes avanzados, especialmente de 4 y 5 año de las carreras antes mencionadas. Los estudiantes participantes manifestaron en una encuesta de opinión realizada al finalizar el curso, la necesidad de profundizar sobre esta temática, para fortalecer sus estrategias de aprendizaje y sus procesos metacognitivos.

Este estudio es interesante porque indaga sobre los procesos metacognitivos de los profesionales de la salud como la medicina y otras disciplinas afines a la salud, con el propósito de mejorar su rendimiento académico.

En opinión de Flavell (1976), un individuo con experiencias metacognitivas es consciente de sus puntos fuertes y débiles, analiza sus ideas conductas y las de los demás, examina su atención ante el estudio, conoce la importancia de acomodar sus estrategias de la tarea y, en consecuencias, elije la técnica que mejor se adapte a su propio estilo de aprendizaje.

Brown (1980) citado en Sanz de Acevedo (2010), refiere que la metacognición encierra tres componentes esenciales:

1. Conciencia de los propios procesos mentales, de los contenidos, de la creencia y de las motivaciones.
2. Conocimiento de las propias capacidades cognitivas y afectivas y de cómo se relacionan entre sí (conocer la cognitivos).
3. Regulación de la mente y de la conducta, que se refleja en los planes que se hacen antes de iniciar una actividad, lo ajustes que se llevan a cabo durante el trabajo y la revisión que se realizan después de finalizarlo.

Rué (2007) en sus ejemplos de la competencia metacognitiva en diferentes áreas de conocimiento, presenta las de ciencias de la salud. El sujeto reflexiona sobre la secuencia de las

competencias cognitivas utilizadas en un diagnóstico médico, exponiendo detalladamente ejemplos concretos sobre cómo se han empleado y precisando los puntos fuertes y débiles manifestados en esa actividad, con la finalidad de ejecutar las tareas profesionales de manera más consciente y responsable.

Dentro de las investigaciones referidas a los procesos metacognitivos y de autorregulación en la resolución de problemas en física, están "Una estrategia metacognitiva y de autorregulación en la resolución" (Suárez, 2009). Se planteó un estudio cuyo propósito fue el diseño de estrategias curriculares de evaluación del aprendizaje con énfasis en proceso metacognitivos y de autorregulación en el aprendizaje de la física y en su evaluación.

En ese trabajo se enfatizó en la adquisición de la autonomía en el aprendizaje, según Cudmani (2003), el aprendizaje de las ciencias no puede limitarse a realizar cambios hacia paradigmas preestablecidos y seleccionados por el docente, sino que debe intentar desarrollar estrategias que permitan al estudiante modificar sus paradigmas, sus esquemas interpretativos en forma autónoma, autogenerada, cada vez requieren las situaciones problémicas a las que se enfrenta.. En algún momento él (el estudiante) deberá desarrollar sus propias estrategias para detectar y enfrentar estos conflictos. Será necesario que adquiera la capacidad de cuestionarse, de detectar lagunas, incoherencias, contradicciones, paradojas en su estructura cognitiva.

La meta de esta investigación fue el análisis, diseño y posterior aplicación de una estrategia de evaluación del aprendizaje con énfasis en procesos metacognitivos y las estrategias de Aprendizaje basado en Resolución de Problemas (ABP).

Dentro de los estudios de evaluación del propio aprendizaje referidos en esta investigación se sustentan en los planteamientos teóricos de psicogenética de Piaget, de aprendizaje significativo de Ausubel (1976) y el enfoque histórico cultural con la teoría de la

actividad y la teoría de formación por etapas de las acciones mentales de Vigotsky (1996) y otros. Todas estas cuestiones fueron tratadas con mayor profundidad en los trabajos sobre evaluación de Raya (2001) y Colombo de Cudmani (2003) cuyos consensos más importantes pueden resumirse en los siguientes:

1. Aprendizaje se entiende como una construcción (reconstrucción y construcción) de significados.
2. La concepción del conocimiento científico se entiende como un proceso abierto, dinámico, en permanente construcción.
3. Se valora la importancia para el aprendizaje del grado de desarrollo de la estructura cognoscitiva de los estudiantes.
4. Se considera la importancia de tener en cuenta lo que "ya sabe "(ideas previas, preconcepciones).
5. La necesidad de considerar la complejidad del campo cognitivo, el que no se reduce a lo conceptual sino, que se integra como modos de razonamientos, estrategias de aprendizajes, fines, valores, intereses, concepciones epistemológicas y ontológicas.
6. El reconocimiento de la dimensión social, al entender el conocimiento científico como construcción social y valorizando la búsqueda de concepto, el trabajo grupal, la comunicación entre otros.
7. Los conceptos y proposiciones adquieren significados más objetivos y precisos dentro de un contexto lógico, epistemológico o psicológico. Los enunciados observables usan siempre el contexto de alguna teoría, explica o no.

Cabe destacar que estos consensos han sido seleccionados como marco referencial por el proyecto de Investigación, "Transferencia de resultados de investigación en la superación de

dificultades en el aprendizaje de conceptos y procedimientos en ciencia y tecnología" del Consejo de Investigación de la Universidad nacional de Tucumán, dentro del cual se integra esta indagación.

Según Campanario, Cuerva, Moya, Otero (2000), los conceptos de metacognición y autorregulación están íntimamente relacionados, es importante diferenciarlos, el primer término se refiere al grado de conocimiento que el estudiante tiene sobre sí mismo, sobre los requerimientos de la tarea y sobre el propio proceso de aprendizaje que se está produciendo, supone que posea una buena dosis de conciencia y de reflexión respecto a esos aspectos: la autorregulación supone una actividad de planificación y supervisión revisión de la tarea para lograr superar las dificultades de aprendizaje que ya ha detectado.

La metacognición en la resolución de problemas

El docente de ciencias utiliza recursos, que tal vez ya le sean conocidos, pero ahora rescatando y poniendo énfasis en el desarrollo de capacidades que favorezcan la metacognición y la autorregulación (proceso que se inicia en el propio individuo que consiste en una revisión global y sistemático de sus procesos de aprendizaje) y para que esto sea posible deben ser compatibles o incidir en algunos de los siguientes aspectos (Campanario, 2000) :

1. Conocimiento o control de propio conocimiento (conocimiento espontáneo y científico) o procesos cognitivos (estrategias de pensamientos y estrategias de aprendizaje).

2. Autorregulación cognitiva, incluyendo el control del estado actual de la propia comprensión.

3. Detección y análisis explicito, por el propio estudiante, de las barreras u obstáculos epistemológicos que frenan el aprendizaje.

4. Desarrollo de la capacidad de detectar cuestiones referidas a la estructura, producción y organización del conocimiento, incluyendo las relaciones entre partes aparentemente diferenciadas de u área determinada.

Utilizando problemas tradiciones, que se usan habitualmente, se consigue la mayoría de las veces que los estudiantes desarrollen una metodología superficial y mecánica lo que puede conducirlos a obtener una solución incorrecta. El objetivo de esta mecánica consiste en hacer reflexionar a los estudiantes sobre los errores que cometen cuando se enfrentan a los problemas de una manera mecanicista y superficial. Al estar presente la reflexión sobre sus propios aprendizajes el estudiante aprende a aprender y desarrolla capacidades metacognitivas.

Las habilidades metacognitivas tienen un papel importante en la resolución de problemas ya que ayudan según Davidson y Sterberg (1998) a:

1. Codificar estratégicamente la naturaleza del problema y obtener una representación mental de sus elementos.
2. Seleccionar las estrategias adecuadas para la consecución del objetivo
3. Identificar los obstáculos que impiden y dificultan el progreso.

Para Roberts (1993), "el hecho de conocer la propia cognición no indicia que automáticamente se utilice procesos metacognitivos". Una persona puede ser consciente de que no entiende un problema, pero no llevar a cabo ninguna estrategia para superar su dificultad. Hay una dependencia entre el conocimiento de la metacognición y la aplicación de la metacognición.

Se observan dos aspectos relacionados con la metacognición que permiten una resolución más acertada de un problema como es la verbalización a lo largo de la resolución del problema y las experiencias metacognitivas.

En cuanto a la verbalización, se ha probado que puede favorecer los mecanismos metacognitivos ya que permite ser más consciente de las estrategias de resolución, de las dificultades del problema y la monitorización del proceso.

Para Flavell (1977), las experiencias metacognitivas están altamente relacionadas con la resolución de problemas; son los sentimientos y sensaciones que experimenta el sujeto al inicio, durante o al final de la resolución de un problema. Estas pueden afectar los objetivos del problema, al conocimiento metacognitivo y a las estrategias utilizadas durante el proceso de resolución.

El ABP provoca conflictos cognitivos en los estudiantes (relacionado con la propuesta de Piaget, en el sentido de lograr que el individuo entre en conflicto cognitivo que se convierta en el motor afectivo indispensable para alcanzar aprendizajes significativos a través de buscar respuestas, plantear interrogantes, investigar, descubrir, y por supuesto, aprender). De esta manera se vincula el ABP con la metacognición, ya que esta capacidad lleva al estudiante a monitorear la propia conducta de aprendizaje, esto implica estar enterado de la manera cómo se analizan los problemas y de si los resultados obtenidos tienen sentido.

En la estrategia didáctica del ABP se busca que el tutor oriente a los estudiantes hacia la aplicación de tres componentes necesarios que constituyen las estrategias metacognitivas como es el desarrollo de un plan de acción; el monitoreo del plan de acción y la evaluación del plan de acción. Para promover la continua monitorización de los procesos mecognitivos cada estudiante se plantea preguntas antes de iniciar el proceso como: ¿Cuáles de mis conocimientos y

experiencias previas me ayudan a esta nueva tarea de aprendizaje?; ¿en qué dirección me lleva mi razonamiento?; ¿qué me conviene hacer primero?; ¿de cuánto tiempo dispongo de esta tarea? También se plantean preguntas después de iniciar el plan de acción como: ¿qué estoy haciendo?; ¿estoy en el camino correcto?; ¿cómo debo avanzar?; ¿qué información es importante para recordar?; ¿qué necesito hacer si no entiendo?

Se plantea preguntas después de ejecutado el plan de acción como: ¿Cómo debe funcionar mi aprendizaje?; ¿el trayecto de mi aprendizaje produjo más o menos lo esperado?; ¿qué estrategia hubiera sido mejor que la que elegí?; ¿cómo podría aplicar esta línea de razonamiento a otros problemas?; ¿qué debo hacer para llenar los huecos en mis conocimientos?, Desde la reflexión constante el estudiante puede preguntarse sobre la construcción de su propio conocimiento. La presentación de casos clínicos que provocan conflictos cognitivos, la comprensión de los motivos de consulta, el proceso de investigación y las posibles soluciones en la aplicación del ABP, exigen la utilización de estrategias metacognitivas. La reflexión sobre los propios juicios es la vía para aprender a aprender. En este contexto juegan un papel fundamental los miembros del equipo y el tutor; ante el cuestionamiento y razonamiento de los miembros del equipo, el estudiante es inducido a utilizar las estrategias metacognitivas para mejorar su razonamiento. El facilitador debe tener presente que su función no es dar información, sino ayudar a que el estudiante razone de manera crítica y orientándolo para que haga uso de la metacognición.

La formación de los profesionales en medicina

De acuerdo con el objetivo central de esta investigación, es relevante investigar sobre la formación en salud de los estudiantes de postgrado. A partir de esto se genera conocimiento para

que las facultades de Medicina desarrollen un modelo de formación multiprofesional, con base a problemas en grupos pequeños, de tal forma que se continúe proponiendo investigaciones desde diferentes aristas de las esferas humanas y de la salud con el propósito de contribuir a la efectividad del proceso de formación de los profesionales en salud.

La formación es uno de los pilares fundamentales de la preparación de los estudiantes universitarios para un ejercicio ciudadano y profesional exitoso. Esta consideración adquiere especial relevancia cuando se trata de la formación de los médicos, profesionales responsables del ciudadano de la salud y de la vida de los seres humanos, hecho que implica una mayor responsabilidad frente a la comunidad médica y a la sociedad en general. Uno de los objetivos de la educación médica está orientado a la formación de profesionales preparados para servir a "los propósitos fundamentales de la medicina" incluyendo el mantenimiento de la salud, el alivio del sufrimiento, la curación de la enfermedad, el control de la perdida innecesaria de vidas y el acompañamiento durante el tránsito hacia una muerte digna, acciones que se encuentran enmarcadas en las cláusulas del "contrato social" que se establece, en forma tácita o expresa, entre el médico que ejerce su profesión y la comunidad que demanda sus servicios (Quintana, 2003).

En el mismo sentido Wojtczak (2006), afirma que "la medicina es un cometido moral, una profesión cuyos miembros comulgan con una serie de principios válidos desde el inicio de sus actividades, como el respeto hacia los demás, la empatía, la compasión, la honestidad, la integridad, el altruismo y la excelencia profesional" y hace énfasis en el hecho de que estos principios constituyen las "raíces del profesionalismo médico y las bases del contrato colectivo con la sociedad, que tradicionalmente ha hecho de la medicina algo diferente de otras profesiones u ocupaciones" (Wojtczak, 2006; p. 142).

Desde el punto de vista legal la formación se encuentra consagrada como un principio de la educación universitaria en Colombia, en el artículo 1. de la Ley 30 de 1992, el cual establece que la educación superior es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral y tiene por objeto el pleno desarrollo de los estudiantes y su formación académica o profesional y está categorizada en el artículo 6 de la misma Ley, como uno de los objetivos de la educación superior y de las instituciones educativas que tiene la misión de prestar dicho servicio (Angulo, 2007).

La formación es un elemento constitutivo de la condición humana que tiene lugar en cada persona a partir de un proceso mediante el cual se adopta una determinada forma, y ese proceso es el propio de la vida; 'nos educamos al existir"; sin embargo, para completar el proceso de formación desde las vivencias personales "se necesitaría que cada ser recorriera en su vida el acumulado de humanidad y esto sería imposible, por ello, las sociedades han delegado en la institución educativa la tarea de contribuir al proceso de formación" (Campo, 1999, pág. 28). De acuerdo con Campo una educación encaminada a la formación asume al individuo "como una persona íntegra, como totalidad, es una educación que reconoce la existencia de múltiples dimensiones humanas en constante interrelación, no por partes, sino en permanente despliegue, presentes siempre en todos los ámbitos de la existencia"; es una educación que reconoce que en cualquier actividad educativa está implicada la persona como un todo (Pérez, 2011, pág. 150).

Delors (1996), en el informe de la UNESCO, añade que la educación tiene la misión de permitir a todos, sin excepción, hacer fructificar los talentos y capacidades de creación, esto implica que cada uno pueda responsabilizarse de sí mismo y realizar su proyecto personal, en otras palabras, el compromiso de optimizar las capacidades del sujeto para garantizar la construcción exitosa de un proyecto de vida personal y de un proyecto de sociedad que permita

responder en forma adecuada a las necesidades y expectativas del colectivo al que pertenece. Para lograr el impacto que se quiere en la formación de los educandos en medicina, se requiere una formación docente que se dirija hacia la excelencia pedagógica y luego una permanente actualización presente en los educadores universitarios, en quienes resulta importante la adquisición de una sólida formación académica, orientada hacia la búsqueda de conocimiento, formación y vinculación con la investigación.

Plantea Villarroel (2008), que, en Latinoamérica, las Universidades se clasifican en de investigación, formadoras de profesionales, formadoras de técnicos y formadoras de cuasi-profesionales; sin embargo, hay un componente común a todas ellas y es la docencia, esencia y elemento fundamental. De acuerdo con Blanco (2010), se plantea que existen tres modelos ideales de Universidad Investigadora, cuya misión fundamental es la generación de conocimiento. La productora de profesionales, cuya misión es la formación de profesores que contribuyan con el desarrollo socio-económico del país, y una Universidad docente cuya misión es la formación de los seres humanos entrenados en el arte de pensar, criticar, y el discutir académico, quienes, mediante una formación del conocimiento científico, tecnológico, humanístico y artístico, sean capaces de convertirse en asiduos críticos de la sociedad (Blanco, 2010).

La formación del médico - como la de los otros profesionales de la salud- no puede ser comprendida hoy aislada de la estructura actual de la sociedad y del sistema sanitario que ésta se haya dado. En consecuencia, la formación del médico debe incluir además de conocimientos científicos y habilidades técnicas, el desarrollo profesional de una actitud muy positiva con respecto a su función social. La sociedad actual está pendiente, con atención y exigencia, no sólo de la actuación técnica y ética de los profesionales de la salud, sino de todo aquello que afecta a

la calidad y fiabilidad de la formación que recibieron en su día y que deben seguir recibiendo, para ser competentes y mantenerse como tales.

Dentro de los niveles de formación que un estudiante de medicina adquiere durante su vida académica, esta formación es hoy un proceso complejo que consta de tres secuencias: Pregraduada, que culmina con un título de médico general; posgraduada, que termina con la titulación de especialista, y continuada, que no tiene fin en un médico, éticamente responsable con sí mismo y con la sociedad. La formación pregraduada se desarrolla en el ámbito de la universidad y bajo la responsabilidad directa de sus facultades de medicina, en las que los estudiantes – tras rotar, en lo que atañe a las enseñanzas clínicas, por los hospitales asociados a la Universidad correspondiente.

Para Pera (1997), la formación postgraduada es la que convierte al recién graduado en un especialista, se desarrolla en los hospitales acreditados para la docencia- la mayoría del Sistema Nacional de la Salud- aunque culmine formalmente con el título de especialista. La formación médica especializada adquiere una sólida y eficiente formación médica especializada, comparado con la normativa y las recomendaciones del país de origen.

El aprendizaje durante la educación y formación médica universitaria exige la profundización en la construcción de conocimientos sobre la base de las necesidades de estudiantes, docentes, médicos egresados, miembros del equipo de salud, instituciones asistenciales, pero o más importante, en la administración del conocimiento a la población en general. Venturelli (2003) expresa que la educación y la formación de recursos humanos de cualquier nivel deberán integrarse. En la formación médica, particularmente, se deben potenciar los valores éticos dentro de una constante, que proporcione a docentes y estudiantes, junto con el conocimiento teórico del comportamiento biológico, psicológico y social del ser humano, las

herramientas necesarias para analizar y dar soluciones a los problemas que se presentan en el proceso salud-enfermedad.

Dentro de este contexto, se encuentra el docente universitario quien debe poseer una serie de características para ejercer su función y las cuales tendrían que adquirirse durante su formación, dado que en este nivel educativo él es un mediador, a través del cual los estudiantes son artífices de su propio aprendizaje, mediante la investigación, lo que impondría esta última como eje de la formación docente. Sobre este aspecto, Roggi (1999) expresa que, en América Latina respecto al eje de formación e investigación, en el docente, existe una gran desorientación y de hecho no hay ningún país que haya logrado que los centros de formación docente realicen o reciban investigación docente, de tal manera que puedan desarrollar sus tareas de formación en relación con el conocimiento logrado del fenómeno educativo y del funcionamiento del sistema.

Para Ortega (2006), el discurso pedagógico sobre la formación no puede limitarse al ámbito de las solas formas de participación desde la educación; debe trascender el marco de las estrategias para preguntarse por otras cuestiones indispensables en la reflexión pedagógica: participar "en qué sociedad" ¿para qué?, sólo después de responder a estas preguntas tiene sentido la cuestión; ¿cómo participar?, compartimos la opinión de bastantes pedagogos que afirman que padecemos una grave carencia de un marco teórico en la educación para la ciudadanía que se extiende a todo el discurso de la educación social.

Se constata que se ha puesto interés en el desarrollo de estrategias o procedimientos didácticos que, en la reflexión teórica sobre el modelo de sociedad, sobre el para qué; y si no tiene claro el modelo de sociedad, en el que necesariamente se inscribe la acción educativa, las estrategias didácticas corren el riesgo de la contradicción permanente o de la inoportunidad. No

es posible plantearse siquiera la necesidad de educar ciudadanos sin hacerse una pregunta clave ¿para qué sociedad?

Referencias al estudio de Obstetricia y Ginecología

Con el ánimo de conocer los estudios que se han realizado en el campo de Ginecología y Obstetricia, en el área del climaterio y menopausia se referencian algunas investigaciones que no incluyen el ABP, con ello se busca demostrar la necesidad de incluir el ABP en las investigaciones de Ginecología y Obstetricia. Esta es una forma de resaltar la relevancia de desarrollar e incluir la estrategia metodológica del ABP en la enseñanza de la medicina.

Desde los estudios revisados de Hoffmann (2006), Quintana (2008), Hvas (2004) y Martin (2005), se percibe que no se ha hecho un análisis profundo desde la estrategia didáctica del ABP en la enseñanza de la Ginecología y Obstetricia, razón de más para estructurar una propuesta que vincule la formación, la relación médico-paciente, la formación de los estudiantes de postgrado en los aspectos cognitivo, metacognitivo y comunicativo alrededor del nodo problémico del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

Dentro de los estudios desarrollados en Ginecología y Obstetricia se encuentran: “Conocimiento y actitud de los docentes de la Clínica Obstetricia y Ginecológica sobre la Bioética en la relación médico-paciente” (Alterio G. P., 2005). Este estudio se fundamentó en el paradigma cualitativo de la investigación, desarrollado a partir del uso del método etnográfico con un enfoque descriptivo del entorno. La población fue de 10 docentes del Decanato de Medicina de U.C.L.A., quienes dictan la asignatura Clínica Obstétrica y Ginecológica I.

Incluyeron 16 pacientes hospitalizadas en los diferentes servicios de obstetricia y ginecología que habían sido atendidas por el grupo de docentes en estudio.

El abordaje de esta investigación se diferencia del anterior porque se centra en la metodología cualitativa, con aplicación del método etnográfico, sin tomar el ABP. Es interesante destacar los hallazgos emergentes de las voces de las pacientes y de los docentes, por cuanto muestran la práctica clínica desde un enfoque interaccional, esto permitió realizar una lectura contextual y relacional de la salud, conociendo las dos ópticas, la de los usuarios y los prestadores. Es destacable también, el enfoque desde la bioética por que se convierten en el fundamento sobre el cual se desarrollan los procesos en la práctica clínica. El aporte más significativo de este estudio se centra en el contexto universitario donde se desarrolla, en el marco de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Se abordan tímidamente los procesos de enseñanza aprendizaje de los profesionales de la salud, como son los conocimientos previos de la bioética y su aplicación en el ejercicio profesional, estableciendo diferencias con los principios morales y valorativos del ejercicio profesional. Estas diferencias permiten afianzar y fundamentar esta investigación, ya que es interesante visualizar como se aplican y afianzan los conocimientos en bioética, en la consulta desde la perspectiva cualitativa y que diferencias se plasmarían en la observación desde la estrategia didáctica del ABP, con algunos elementos significativos de la bioética.

El estudio de Colmenares (2002) tuvo como finalidad formular un programa de capacitación pedagógica para la enseñanza de la asignatura Ginecología y Obstetricia II del Decanato de la Escuela de Medicinas de la UCLA. El estudio fue descriptivo y exploratorio, se efectúo una investigación de campo cuyos sujetos de estudio o población la conformaron 17 docentes de la asignatura Ginecología y Obstetricia II para el periodo 2001 – 2002, 30

estudiantes que ya habían cursado la asignatura ginecología y obstetricia II para el periodo 2001-2002 y 4 coordinadores del área para el mismo periodo. Se diseñaron y aplicaron 3 instrumentos previo establecimiento de las categorías de análisis (cuestionarios para docentes y estudiantes y entrevista semi-estructurada para los coordinadores) a fin de obtener sus opiniones acerca del proceso instructivo en la materia. Los instrumentos fueron sometidos previamente a juicio de expertos y prueba piloto a fin de conocer su validez y confiabilidad. Los datos se procesaron, tabularon y graficaron. Los resultados revelaron importante información acerca del proceso instructivo, que conjuntamente con las bases teóricas y la propia visión de la autora de la investigación proporcionaron el insumo para la elaboración del programa de capacitación pedagógica para la enseñanza de la asignatura de Ginecología y Obstetricia II.

Colmenares (2002) parte de considerar la educación médica como un proceso dinámico, continuo e infinito en sus posibilidades, influenciado por determinantes históricos. Destacando que existen universidades que han involucrado cambios, como la inclusión de la ABP en el currículo de medicina, como la de Venezuela, las escuelas de Medicina, han venido desarrollando un trabajo cooperativo y articulado, con el propósito de gestar un proceso de desarrollo de la educación médica, en forma progresiva, iniciándose así, una identificación del desarrollo histórico de la educación médica Venezolana, sus tendencias y retos más resaltantes ante las nuevas realidades sociales y sanitarias. Partiendo de estas experiencias, la autora señala la necesidad de variar la metodología de enseñanza, introduciendo para ello el método de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), el cual se pueda definir como una estrategia didáctica que promueva la discusión, la comprensión, el razonamiento y el espíritu del trabajo.

Puntualiza la autora que a la introducción de este método (ABP) por el departamento de Educación Médica del Decanato de medicina de la UCLA ha sido un gran esfuerzo y un excelente aporte para mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura.

Finalmente se propone el programa que incluye, entre otros, el enfoque de la enseñanza que le sirve de base, su fundamentación, objetivos generales, objetivos terminales, objetivos específicos, contenidos, estrategias didácticas y evaluación. Entre otras recomendaciones se solicita que el programa propuesto sea incluido como un insumo de los cursos de Capacitación Pedagógica de Medicina y particularmente del Departamento de Educación Médica.

Referencias al estudio de menopausia y climaterio

En esta sección se incluyen algunos estudios que se han realizado sobre climaterio y menopausia, el propósito fue conocer las investigaciones que se han hecho y determinar si en algunas de ellas se han abordado con la metodología ABP.

Dentro de la literatura relacionada con modelos de atención de la menopausia se encuentra: Modelo de atención a la mujer Climatérica (MACLI), (Manzano, 1998). El modelo partió de la descripción conceptual del significado del climaterio, la perimenopausia y posmenopausia. Los autores justificaron el modelo desde la necesidad de estudiar y brindar una especial atención a la mujer climatérica, particularmente por que la población femenina comprendida entre los 45 y los 59 años representa el 8% de la población general, con tendencia al aumento dada la transición demográfica que caracteriza el país; otro punto que destacaron es que la aplicación del modelo ayuda a prevenir las diversas enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis.

El grupo investigador concluyó que la aplicación del modelo es viable siempre que exista el equipo mínimo de profesionales capacitados para ello. La inclusión de los factores médicos-sociales en la consulta clínica eleva la calidad del diagnóstico y favorece la calidad del manejo terapéutico; los documentos sobre los cuales se apoyaron los autores de la investigación versan principalmente sobre la menopausia, el síndrome climatérico, vejez.

Desde la literatura consultada se encuentra que no se ha diseñado un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia desde la estrategia didáctica del ABP para la enseñanza de la medicina que fomente la formación y el desarrollo humano. Es por esto que se plantea esta investigación, y su aporte más importante radica en diseñar, implementar y evaluar un módulo que fomente la formación de los estudiantes de postgrados, se tiene previsto el abordaje multidisciplinario, incluyendo la relación médico-paciente, las dinámicas que se tejen en la consulta, para conocer de primera mano las expectativas con las que llegan las pacientes al programa de atención de climaterio y menopausia.

De igual forma, se profundizará en las percepciones que tienen las pacientes acerca de los futuros Especialistas en Obstetricia y Ginecología, como también se evidenciará las impresiones de los estudiantes de postgrado sobre las pacientes que están atendiendo con el objeto de mejorar las prácticas médicas.

Desde los estudios revisados para los propósitos de esta tesis doctoral entre los que se incluyen los de Hoffmann (2006), Quintana (2008), Hvas (2004) y Martin (2005), se percibe que no se ha hecho un análisis profundo desde la estrategia didáctica del ABP en la enseñanza de la Ginecología y Obstetricia, razón de más para estructurar una propuesta que vincule la formación, la relación médico-paciente, la formación de los estudiantes de postgrados en los aspectos

cognitivo, metacognitivo y comunicativo alrededor del nodo problémico del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

La investigación sobre el ABP en educación en salud

En esta sección se analizaron, mediante la revisión de artículos científicos sobre el tema, los resultados obtenidos tras la aplicación del enfoque del ABP como un modelo de enseñanza /aprendizaje. El propósito es conocer algunas investigaciones y saber cuáles han sido sus aportes a la educación salud.

Lee (2002) de la Universidad de Mc Master, centro académico que se puede considerar como pionero en el mundo en la implementación total de ABP, realizó una revisión de 30 años de experiencia con el sistema. Su experiencia indica que para los alumnos la exposición temprana a casos clínicos y pacientes favorece un mejor aprendizaje por encontrar utilidad inmediata del conocimiento; igualmente, el auto-análisis constante dentro del proceso facilita la adquisición de habilidades para el auto-aprendizaje y la formación para un estudio continuado. Estas razones hacen que sus estudiantes se encuentren más satisfechos, y sientan el entorno de aprendizaje muy adecuado.

Dahle (2002), reseña cómo durante los últimos 15 años se ha implementado ABP en la facultad de medicina, y que la integración vertical entre ciencias básicas y clínicas ha estimulado un aprendizaje más profundo y una mejor comprensión de los principios biomédicos. La integración, según Lee (2002) produce una mejor habilidad para aplicar los principios de las ciencias básicas dentro del contexto clínico y favorece la integración de los estudiantes más jóvenes dentro de programas de investigación.

Finucane (1998), presenta en un artículo de revisión sobre las facultades de medicina australianas, cómo para el año 2000 más del 50% de los médicos australianos se habían graduado de programas con currículos basados en ABP. Muestra como ventajas que, a partir de la creación de un ambiente amable entre docentes y estudiantes se estimula y se hace grato el aprendizaje; y se desarrollan mejores habilidades de auto-aprendizaje y el interés por el estudio continuado.

Khoo (2001) en Singapur, indica que profesores y alumnos se han adaptado y consideran que existe una mejoría en el proceso de aprendizaje desde la introducción del ABP en sus escuelas de medicina. Las fuentes anteriores muestran la tendencia general a creer que el ABP genera un entorno amable que mejora la capacidad de aprender, y el mejor desarrollo de la tolerancia y capacidad de empatía, como lo demuestran Holm (1999), en su investigación prospectiva aleatorizada con 240 alumnos de la facultad de medicina, utilizando análisis de varianza de manejo de los datos.

Un segundo aspecto importante en la evaluación del método son los resultados obtenidos por estudiantes en pruebas de acreditación "U.S National Board of Medical Examination", llamados actualmente USMLE y sus correspondientes exámenes canadienses; con relación a estos exámenes Albanese (1993) hizo una revisión de la literatura publicada entre 1972 y 1992 en estados Unidos y Canadá. Vernon (1993) hizo un metanálisis de la literatura en ingles publicada hasta 1992 y Menin (1993) realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Todos estos estudios muestran consistentemente que los resultados obtenidos por los estudiantes de medicina programas con ABP, en la parte I "Ciencias Básicas" eran inferiores a los de estudiantes de escuelas tradicionales, contrarios a los obtenidos en las partes II y III "que miden la capacidad clínica" en donde los resultados son iguales o superiores.

Algunos aspectos negativos que se encontraron anotados en la literatura sobre ABP en medicina los plantea Finucane (1998) como las dificultades que representa en la puesta en práctica del método como la necesidad de una gran disponibilidad de computadores, una fuerte formación de docentes y la mayor demanda de tiempo por parte de éstos durante la formación de los estudiantes; aspectos que dan la sensación de un mayor costo en el funcionamiento de la una escuela de medicina.

Según Lifschitz (2010), la aplicación del ABP para la enseñanza de la microbiología en estudiantes de medicina, partió de la premisa que el ABP es uno de los métodos de enseñanza-aprendizaje frecuentemente utilizado en las situaciones de educación superior en los últimos años, pero su aplicación aún no abarca todos los ámbitos de la Medicina. Dicho estudio tuvo como objetivos evaluar el método ABP en la enseñanza de la microbiología en comparación con los métodos tradicionales basados en talleres y seminarios. Se realizó en la cátedra de Microbiología, parasitología e inmunología de la de la facultad de medicina de la Universidad Nacional del Noreste, Corrientes, Argentina; con el total de alumnos de asignatura que se dividieron en un grupo control (a quienes se aplicó la enseñanza tradicional) y un grupo experimental (con quienes se trabajó con la técnica del ABP).

Los alumnos de ambos grupos fueron evaluados individualmente a través de un cuestionario de opciones múltiples y grupalmente mediante una encuesta de opinión, los resultados mostraron que no se observó diferencia significativa en cuanto a los conocimientos adquiridos en ambos grupos. El Grupo de ABP mostró mayor compromiso y motivación para desarrollar la actividad asignada, pero esa diferencia no fue estadísticamente significativa. Con el fin de comparar los resultados obtenidos se formaron dos grupos cuyos integrantes seleccionados en base una lista ordenada alfabéticamente. El grupo control estuvo formado por los primeros 90

estudiantes de la lista, quienes cursaron la asignatura siguiendo el esquema tradicional (talleres y seminarios), durante cuatro clases semanales los estudiantes participaron de actividades de seminarios y talleres según la forma tradicional de dictado de la asignatura.

La técnica del ABP se aplicó a un segundo grupo de 99 estudiantes, la estrategia del ABP se desarrolló en cuatro sesiones semanales de 120 minutos cada una. El problema presentado se diseñó a partir de los resultados de un trabajo de investigación en el área de la microbiología clínica (Domingues, 1995), el cual se adecua para generar múltiples hipótesis, estimular el pensamiento creativo, requerir de conocimientos previos, dirigir al estudiante hacia objetivos curriculares definidos, estimular la búsqueda de información y no precisar niveles excepcionales de conocimientos clínicos o razonamientos complicados (Wood, 2003).

Los resultados obtenidos con el cuestionario individual, del cual se desprende que no existió diferencia estadísticamente significativa entre el total de aprobados y no aprobados de ambos grupos. Igual consideración puede hacerse entre los promedios de calificaciones obtenidos en cada categoría, lo que evidencia que los conocimientos adquiridos fueron similares entre el grupo de estudiantes. Los autores finalizan agregando que los resultados obtenidos, pueden afirmarse que el ABP constituye una opción más en el proceso de enseñanza – aprendizaje de la microbiología, en la que los estudiantes se sienten más involucrados que en otras estrategias.

En el artículo titulado Aprendizaje basado en problemas: Seminario integrado en el grado de enfermería, se describe la práctica del ABP, integrando la teoría y la práctica, el aprendizaje colaborativo y la relevancia de los tutores. Hace referencia a la formación universitaria, presenta y analiza las experiencias del alumnado en el desarrollo de un seminario integrado, mediante la metodología ABP Granero (2011). La experiencia se realiza en

asignaturas en enfermería de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Almería en España. El objetivo fue conocer el significado que los estudiantes participantes en un seminario integrado atribuyen al ABP como metodología de enseñanza-aprendizaje.

El estudio se basa en la teoría fundamentada de datos que emplea el método inductivo para descubrir teorías, conceptos e hipótesis, partiendo directamente de los datos. La integración teoría-práctica, el aprendizaje colaborativo y la relevancia de los tutores, son los aspectos más valorados, aunque también surgen opiniones discrepantes sobre su utilidad en la adquisición de ciertas competencias.

La experiencia es altamente positiva, pero se requiere una planificación más profunda, previa a la puesta en práctica de nuevas metodologías de enseñanza y evaluación como el ABP. Este estudio partió del interés por reducir la brecha teoría-practica en los estudiantes de la facultad de ciencias; tras definir el problema, se organizaron subgrupos (2-3 estudiantes) para la búsqueda de información, análisis e interpretación de la misma. Contaron la tutoría de expertos, que consistió en que en la primera semana los estudiantes consulten dudas que presenta el caso; en la segunda sección: el profesor plantea cada cuestión (problema) al hilo del caso y elije al azar a un estudiante para que presente su respuesta individual, aunque el trabajo haya sido grupal; posteriormente intervinieron todos los estudiantes ampliando y matizando esa respuesta. La sesión finaliza con una autoevaluación en la que cada estudiante evalúa su aporte individual, el trabajo del grupo, el trabajo del profesor y a la metodología ABP.

Los resultados se basaron en un muestreo teórico a un total de 18 estudiantes, distribuidos en 14 mujeres y 4 hombres. Las categorías sobre las cuales se basó el análisis son: aprendizaje cooperativo , teoría – práctica y crítica a la metodología, finalmente llegaron a concluir que la metodología ABP a través del seminario integrado, es valorada positivamente por la mayoría de

estudiantes, significando para ellos una oportunidad de aprendizaje aplicable a la práctica; las responsabilidad en el auto aprendizaje, junto al rol facilitador de los tutores son entendidas por los estudiantes como los elementos claves para la adquisición de competencias a través del ABP; también surgieron críticas como que el ABP tiene serias limitaciones derivadas, esencialmente de la descoordinación, la sobrecarga de trabajo y el solapamiento con metodologías tradicionales; y puntualizan que la experiencia evidenció la necesidad de una planificación más profunda, previa a la puesta en práctica de nuevas metodologías de enseñanza y evaluación como el ABP, una transición sostenida desde los métodos tradicionales que conduzca más a su complemento que a su sustitución.

Urrutia (2011) concibió el ABP como un método de enseñanza para ser aplicado en diferentes disciplinas, entre ellas la medicina, en varias universidades lo adaptaron, entre ellas, La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La Facultad de medicina del (UNAM) implantó esta innovadora metodología en la enseñanza de la medicina debido a su tendencia al modelo de práctica centrada en el paciente. Esta estrategia educativa desarrolla diversas habilidades en los estudiantes, como el aprendizaje activo y significativo, la búsqueda y selección de información, el análisis y síntesis de los datos, la lógica de pensamiento para la detección y solución de problemas, entre otros.

El objetivo de este trabajo fue evaluar los procesos pedagógicos y cognitivo mediante el pensamiento crítico de los estudiantes, y el significado de las experiencias de los estudiantes y profesores que experimentaron el ABP; además, se consideraron variables de estrategias de estudio y autorregulación en el estudiante.

Los resultados arrojaron que, en lo relacionado al proceso pedagógico, el ABP fue percibido de manera diferente entre los profesores y estudiantes, e influyó en estos últimos de

forma positiva y significativa, en la percepción para resolver y motivación para lograr un buen desempeño académico y en algunos procesos cognitivos. Estos resultados implican que el ABP en una estrategia didáctica útil en el proceso de enseñanza- aprendizaje y evidentemente, los procesos pedagógicos y otras variables pueden potencialmente influir en los resultados.

En este trabajo se apoyó en que el ABP es un método de aprendizaje en el que grupos pequeños de estudiantes cooperaban unos con otros, se autodirigían, eran interdependientes, se autoevaluaban y en donde el eje de trabajo era un problema. El modelo se ha utilizado en diferentes medios y ha sufrido algunas modificaciones metodológicas de acuerdo con los diferentes sitios en que se ha implementado (Markham, 1995). El método partió de que las sesiones de ABP se realizan una vez a la semana durante cuatro horas con el fin de ejercitar las soluciones de problemas, a través de un caso (realizado y validado por profesores de la misma facultad de medicina), los casos son plateados por el profesor y la motivación de los estudiantes están en la solución de éste. Durante la siguiente sesión, se revisa la información que obtuvieron los estudiantes y con la participación de todos se llega a la solución, en el semestre se revisan cuatro casos.

Para evaluar los procesos desarrollados se convoca a un grupo de profesores expertos en ABP, los cuales discutieron criterios de evaluación, basado en los procesos cognitivos y pedagógicos de los estudiantes y la opinión experiencia de los actores (estudiantes y profesores). Hicieron evaluación cualitativa a partir de la conformación de grupos focales, y entrevistas colectivas con profesores y estudiantes, con la previa elaboración de una guía de entrevista con los mismos temas, pero diferenciada para profesores y para los estudiantes.

Los procesos pedagógicos y cognitivos en los estudiantes se evaluaron utilizando dos instrumentos, un inventario de estrategias de estudio y autorregulación (IEEA). Según Castañeda

(1999) este instrumento fue construido a partir de la investigación en aprendizaje y cognición. En esta investigación los ítems fueron diseñados para que el estudiante autoevaluara sus estrategias de estudio y autorregulación en la actividad cognitiva, constructiva y autorregulada que se requiere durante el aprendizaje universitario (Castañeda S. , 2003). El otro instrumento fue diseñado por la dirección General de Orientación y servicios educativos (DGOSE) de la UNAM, y tiene como objetivo obtener un conocimiento de las características psicológicas, educativas y sociales de los estudiantes. Se evalúan las habilidades al resolver problemas que involucran el uso del razonamiento abstracto, así como habilidades en el uso del lenguaje, manejo de analogías y comprensión de textos.

La muestra estuvo constituida por estudiantes de tercer año de la carrera de médico cirujano y que hubieran contestado los dos instrumentos considerados en este estudio. Los estudiantes fueron divididos en dos grupos: El grupo 1 que son los estudiantes que en sus dos años cursados en la carrera de médico cirujano se les hubiera impartido ABP como actividad extra. El grupo 2 que incluyó a los estudiantes que no se les hubieran aplicado ABP, pareando la muestra con la misma proporción de sexos y con promedio igual que el del grupo 1.

Los resultados cualitativos expresados sobre el uso del ABP reflejan que se integra el conocimiento, se relacionan las áreas básicas con las clínicas, se fomenta el trabajo en equipo, la búsqueda y selección de información, se mejoran los hábitos de estudio y se fomenta el autoaprendizaje. Entre los aspectos negativos, los estudiantes expresaron que el ABP no está integrado con las materias del plan de estudio, los objetivos y contenidos temáticos se vuelven difusos y parecen fortuitos. Añadieron que lo ideal sería incluir el ABP en las asignaturas como estrategia didáctica para reforzar los temas vistos en clase; de esta manera, los profesores y estudiantes tendrían mayor motivación en llevar a cabo la técnica y sería mucho más

significativo el aprendizaje, tanto de los temas abordados como del esfuerzo procedimental característico del pensamiento crítico.

En los relatos, tanto de profesores como de estudiantes, se expresó la gran diversidad de modalidades que adquiere el ABP dependiendo de quién modere la sesión. Esto erosiona las potencialidades del método, el éxito del ABP depende del tutor que lo imparte, y se constituye en una limitación pedagógica.

De acuerdo con las experiencias, los estudiantes manifestaron que el ABP es el método que se practica en la clínica, de tal manera que todos los estudiantes lo adquieren al llegar a los ciclos clínicos. En cuanto a lo que refieren los profesores y estudiantes denotan que no es suficiente aprender con ABP como método; ya que además de aprender procedimientos, buscan fortalecer los conocimientos.

En cuanto a los resultados cuantitativos, se observan diferencias significativas en las estrategias de recuperación en tareas, en el procesamiento convergente, esto es que el estudiante que no realiza ABP es mejor memorizando; en la regulación de la eficacia, tiene la capacidad de evaluar continuamente sus estrategias de aprendizaje y modifica aquellas que no funciona, mostrando más compromiso con su autoaprendizaje.

El grupo de ABP deposita el éxito de sus estrategias en sí mismo y no en aspectos externos de sus estrategias en sí mismo y no en aspectos externos como profesores, escuela, etc.; de acuerdo con los resultados los estudiantes formados con el ABP se mostraron más autónomos, como más independencias en su aprendizaje y buscan más información; tiene mayor motivación académica y en la percepción para resolver problemas comparados con otros grupos que no llevaron a cabo esta estrategia.

En un estudio realizado por Carrera (2009), se partió de la necesidad de innovar en educación médica y medir los resultados de la enseñanza. Apoyándose en la premisa de que la metodología de la enseñanza de la anestesiología es un campo de investigación poco explorado. Tuvo como objetivo comparar la eficiencia del aprendizaje basado en la discusión de casos/problema con el método de enseñanza tradicional basado en la clase magistral en la enseñanza de tres temas de Anestesiología enmarcados, retrospectivamente, en tres programas diferentes de formación: soporte vital básico (pregrado), valoración pre-anestésica (post-grado) y embolismo aéreo intraoperatorio (formación médica continuada).

La población incluyó 68 estudiantes de medicina, 54 estudiantes de postgrado de anestesiología y 52 anestesiólogos expertos. Los alumnos quedaron randomizados (los estudios randomizados son un diseño experimental, en que una población se distribuye en 2 o más grupos para ser sometidos a distintas intervenciones (Miller, 2011) para recibir una clase magistral o una sesión de discusión de casos/problema del mismo tiempo de duración. Los objetivos fueron definidos con antelación y eran los mismos para ambos grupos. Los profesores eran expertos en el tema y en la metodología docente. Los estudios incluyeron una evaluación antes de la enseñanza (pre) y otra inmediatamente después (post). Las evaluaciones se basaron en situaciones clínicas hipotéticas que cumplían los objetivos docentes. Se realizó una prueba piloto previa a cada estudio; las variables de la evaluación fueron diferentes campos del conocimiento que medían habilidades cognitivas e integrativas. Cada campo incluía un número determinado de ítems sobre los que se contabilizó el número total de respuestas correctas. Las evaluaciones fueron puntuadas por dos evaluaciones diferentes a los dos profesores.

En el estudio se consideró que el porcentaje de estudiantes que mejoraron sus puntuaciones en cada campo fuese superior al 50%. En los resultados lograron demostrar que

ambos métodos mejoraron de forma similar los campos del conocimiento analizados. La eficacia de la clase magistral y el aprendizaje basado en la discusión casos/ problema fue similar en términos de mejoría inmediata de la adquisición de conocimientos, la capacidad de aplicar el conocimiento para la solución de problemas, el diseño y metodología aplicados permitió una valoración objetiva de las habilidades cognitivas e integrativas para los temas poblacionales de estudiantes y contextos estudiados. El método tradicional de clase magistral y el aprendizaje basado en la discusión de casos / problema favorecen por igual las habilidades relacionadas con la aplicación práctica del conocimiento.

Los dos métodos no son excluyentes entre sí, ambos tienen su propio lugar en la enseñanza de la Anestesiología. Tanto la clase magistral como el aprendizaje basado en la discusión de casos/problema son estrategias apropiadas y útiles para la formación en Anestesiología. La decisión de que método adoptar depende de múltiples factores externos al proceso de enseñanza difíciles de controlar. La demostración de viabilidad y eficacia de los métodos docentes puede ayudar a su incorporación en los programas de formación.

En una investigación realizada por Navarro (2009) consideraron el ABP como una técnica de aprendizaje centrada en el estudiante que fomenta capacidades deductivas, constructivas, de razonamiento entre los estudiantes y con principios de educación del adulto, para un aprendizaje significativo y desarrollo de competencias genéricas como: Instrumentales, interpersonales, y sistémicas (Tunnin Educacional Structures in Europe, 2003).

Esta investigación tuvo como objetivo interpretar la importancia de los tutores en el ABP durante un módulo de gestión e investigación en salud I; desarrollado en un grupo pequeño multiprofesional, con metodología ABP impartido a estudiantes de primer año de las carreras de

enfermería, kinesiología, medicina, nutrición, obstetricia y tecnología médica de la facultad de medicina de la Universidad de la Frontera.

Es una investigación educativa desde el paradigma cualitativo con enfoque fenomenológico, hermenéutico (Taylor, 1990), a través de un estudio intrínseco de caso (Stake, 1999), es decir comprensión de la conducta humana en un marco de referencia particular, el estudio intrínseco de casos permite profundizar la comprensión del significado que tiene para los docentes el ABP multiprofesional.

La población en estudio fueron los tutores que participaron en esta actividad educativa en 2006; la muestra fue de tipo no probabilístico conformada por 8 maestros que participaron en un módulo mediante ABP, quienes aceptaron su participación mediante la firma de un consentimiento informado, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos

Las técnicas para la recolección de la información fueron entrevistas en profundidad, guiadas por un facilitador; como técnicas de registro de información se emplearon notas de campo y grabaciones magnetofónicas, realizándose transcripciones literales con el objetivo de recoger las palabras exactas de los informantes; las transcripciones fueron devueltas a los participantes para su revisión y aprobación. El análisis de la información fue el comparaciones constantes de Glaser y Strauss (2001), en el que identificaron 662 unidades de significado agrupadas en 29 categorías descriptivas, con 8 categorías emergentes de un proceso de razonamiento inductivo, que en la práctica se convirtió en método generativo, constructivo e inductivo en el que combinaron la codificación inductiva de categorías con la comparación constante de ellas, como herramienta computacional se utilizó el Atlas Ti.

El análisis cualitativo secuencial y cruce de información lo hicieron generando 4 dominios: competencias entre los estudiantes, competencias docentes, aprendizaje centrado en el

estudiante y proceso de evaluación. Las conclusiones demostraron que el ABP multiprofesional contribuye al desarrollo de competencias genéricas en los futuros profesionales de la salud, entre las que estas multidisciplinario, trabajo, capacidad crítica y habilidades sociales.

En la discusión los autores plantean que los resultaos del estudio evidenciaron que el ABP multiprofesional contribuye al desarrollo de las competencias genéricas de los futuros profesionales de la salud, planteadas tanto por Tunning (2003) como la Universidad de la Frontera (Altieri, 2007).

Por otro lado, los autores afirmaron que el estudiantado con esta estrategia didáctica se desarrolla la capacidad crítica al realizar un aprendizaje activo, significativo, integrado y colaborativo a través de la construcción de conocimiento en forma conjunta. Los docentes destacaron que con el trabajo multiprofesional se establecen relaciones de horizontalidad y colaboración comprendiendo el rol de las otras profesiones de la salud. Finalmente, mostraron que con esta experiencia educativa transformaron la facultad de medicina en una comunidad de aprendizaje, tanto académicos como estudiantes aprenden reflexionando a partir de sus propias acciones.

Formulación de la pregunta problema

¿En qué medida es posible contribuir a la formación de los estudiantes de postgrado de Obstetricia y Ginecología que estén cursando la materia de climaterio y menopausia, en los aspectos cognitivo, metacognitivo y comunicativo y la relación médico-paciente con el desarrollo en el aula de un módulo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del ABP frente al seminario tradicional?

Metodología

El diseño de esta investigación puso a prueba la hipótesis que establece que el módulo sobre el manejo integral del paciente y relación médico-paciente, fundamentado desde la estrategia didáctica del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), enriquece y fortalece el rendimiento académico y la formación en los aspectos cognitivos, comunicativos y metacognitivos de los estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología de una Universidad Colombiana. Hipótesis que se puso a prueba mediante un diseño mixto que contiene un componente cuasiexperiemental, en el que la medición es una escala de conocimientos que mide el rendimiento académico y una segunda parte cualitativa para evaluar el impacto de la intervención sobre la relación médico-paciente. Desde lo cualitativo, se evaluó particularmente el impacto del aprendizaje basado en problemas sobre la valoración de los residentes en su entrenamiento como ginecoobstetras y se evaluó la práctica clínica durante la relación médico-paciente evaluando la satisfacción de la paciente.

Como señala Bericat (1998), una investigación con dos estructuras metodológicas paralelas de complementación entre lo cualitativo y cuantitativo, se basa en el deseo de contar con dos imágenes distintas del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia. Dado que cada método ofrece, por su propia naturaleza, una imagen distinta, que revelan aspectos diferentes, y es a partir de esto, que se puede ampliar el conocimiento del manejo del climaterio y la menopausia, de la relación médico-paciente, la formación de los estudiantes de postgrado de Obstetricia y Ginecología, ahondando en el conocimiento de la salud de la mujer en la edad madura.

Para Páramo (2006), Bonilla y Rodríguez (1997) y Cook y Reichardt (1986), la conveniencia de usar conjuntamente la información cuantitativa y cualitativa, está en el uso combinado de técnicas de recolección y análisis de información que aumenta su validez, y contribuye además a la solución de problemas, cuando se trata de investigación orientada a la transformación de la realidad.

Según Creswell (2007) y Di Silvestre (2008) los cinco propósitos de una investigación mixta son: a). Triangulación, es decir búsqueda de la convergencia y la corroboración de los resultados sobre un mismo fenómeno.

b). Complementario, que examina las diferencias facetas de un fenómeno, búsqueda de elaboración, ilustración, mejora y aclaración de las conclusiones.

c). Iniciación, el descubrimiento de paradojas, contradicciones, nuevas perspectivas.

d). Desarrollo, utilizando diversos métodos de forma secuencial de manera que los resultados del primer método de informar el uso del segundo método.

e) Expansión, métodos mixtos añadiendo amplitud y alcance a una investigación.

La investigación se desarrolló en el contexto de la consulta y del aula de clase, con el fin de buscar la interacción entre: estudiante de postgrado-docente-paciente-conocimientos-práctica clínica.

Población

La muestra de participantes del estudio estuvo conformada por 8 estudiantes que iniciaban la especialización en Ginecología y Obstetricia, muestra que se dividió en dos grupos, un grupo de 4 estudiantes que a los que se les aplicó el módulo y otro grupo de 4 estudiantes que se mantuvieron con la metodología tradicional.

A continuación, se ilustra la consolidación de la muestra:

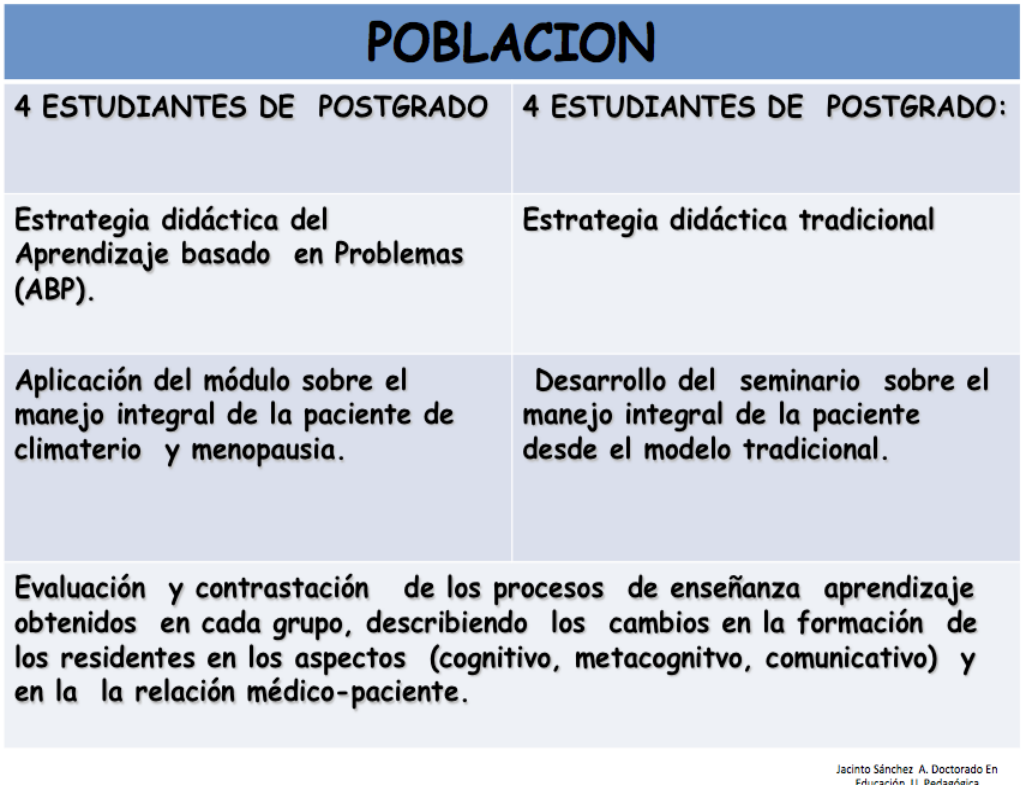


Figura 2. Consolidación de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

La muestra estuvo constituida por médicos cirujanos, que en la actualidad son estudiantes de postgrado que se encuentran cursando el segundo año de la especialidad de ginecología y obstetricia. Se tomaron las pacientes que asisten a consulta de climaterio y menopausia, entre las edades de 45 y 55 años, que pertenecen al sistema de seguridad social y asisten al hospital Engativá. Las consultas se realizaron dos veces por semana y fueron atendidas por un estudiante de postgrado rotante y un docente, la participación de cada uno fue voluntaria, previo conocimiento y firma de autorización del consentimiento informado.

La asignatura se ubicó en el segundo año de estar cursando la especialidad y del segundo semestre del año 2012 del plan de estudios vigente con los estudiantes de postgrado con una edad

promedio entre 22 y 25 años de edad. Con el fin de comparar los resultados obtenidos se formarán dos grupos cuyos integrantes serán seleccionados aleatoriamente.

El escenario, tanto su aspecto físico, tamaño, localización (en este caso tanto del Hospital en general como de los consultorios). Las entrevistas video-grabadas para esta investigación fueron realizadas en un día laborable corriente, entre los días lunes, miércoles y jueves en el horario de 1:30 pm. A 6:00 pm., tiempo durante el cual se desarrollaba la consulta de climaterio y menopausia en el Hospital de Engativá.

Los participantes, fueron descritos en aspecto, número, roles, (estudiantes de postgrado, docente, paciente, acompañante). Las actividades e interacciones, que sucede, la secuencia que se desarrolla durante el proceso de atención (la paciente tiene asignado un turno de vista, el estudiante de postgrado la llama por su nombre en la puerta del consultorio, se saludan y comienza la conversación). Se ha dicho que antes que proponer una secuencia pregunta-respuesta se estimula el uso de un cierto tiempo para que la paciente narre su motivo de consulta libremente. Además, aunque se supone que el estudiante de postgrado pregunta y la paciente responde, en ocasiones esta polaridad, se altera y entonces estos roles cambian: la paciente pregunta y el estudiante de postgrado responde. La frecuencia y duración, en general un médico en Atención Primaria tiene unos 15 a 20 minutos para cada consulta, pero suelen durar un poco más, su periodicidad generalmente está acordada entre médico y paciente, o son solicitadas a necesidad de éste.

Diseño metodológico

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo mixta: Primero se propuso conocer cómo se enseña Medicina en el Departamento de Obstetricia y Ginecología en una Universidad Colombiana ,

luego se propuso una aproximación cuasiexperiemental con una valoración tanto cuantitativa como cualitativa del módulo denominado "Manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, fundamentado en la estratega didáctica del ABP", a partir de una comparación entre la estrategia didáctica tradicional y la estrategia didáctica del ABP. Y tercero describir los procesos cognitivos, metacognitivos y de comunicación delos residentes de Obstetricia y Ginecología. Dicho proceso se ilustra en la siguiente figura:

Figura 3. Proceso de la investigación. Fuente: Elaboración propia.

Se inició la investigación con cuestionarios y grupo focal que se les aplicó a los profesores del departamento de Obstetricia y Ginecología de la facultad de Medicina de la Universidad para indagar como es la enseñanza y aprendizaje y las prácticas de la medicina en el departamento y luego se siguió con el nodo problémico del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia a partir de una comparación entre dos grupos, uno de control y otro

experimental. Al primer grupo se observó y evaluó con la estrategia didáctica tradicional y para el segundo grupo se diseñó, aplicó y evaluó un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia fundamentado sobre la estrategia didáctica del Aprendizaje Basado en Problemas, profundizando los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos, durante la relación médico-paciente (Maninng, 1997). Como complemento de la información cuantitativa tomada para poner a prueba la hipótesis se tomaron datos de tipo cualitativo como complemento de las primeras observaciones del diseño cuasi-experimental.

Para la realización del estudio cuasiexperiemental se construyeron inicialmente un cuestionario de 35 preguntas sobre temas de climaterio y menopausia y se les aplicó a los dos grupos (a los del seminario tradicional y a los del grupo de ABP), aplicadas como pretest, posteriormente luego de la implementación del módulo, se hicieron 35 preguntas diferentes a las del pre test, los cuales fueron diseñados con el marco conceptual del seminario tradicional y del módulo de ABP. Estas preguntas tuvieron como objetivo evaluar el nivel de conocimientos referentes a los mismos contenidos pero con un abordaje diferente de la preguntas, planteados desde un abordaje analítico y reflexivo de casos clínicos con la estrategia didáctica ABP.

Al grupo experimental se le aplicó el módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia construido bajo los lineamientos del ABP y al otro grupo se observó la forma convencional cómo se desarrolla el seminario de la asignatura denominada “Endocrinología Ginecológica de Climaterio y Menopausia". El grupo control estuvo formado por los 4 estudiantes de postgrado, quienes cursaron la asignatura siguiendo el esquema tradicional (talleres y seminarios), está conformado por 2 mujeres y 2 hombres, durante cuatro clases semanales.

La técnica del ABP se aplicó al grupo experimental de 4 estudiantes de postgrado integrado por 2 mujeres y 2 hombres. La estrategia didáctica del ABP se desarrolló durante 4 sesiones semanales. El problema y/o motivo de consulta se seleccionó de los motivos de consulta más frecuentes por los cuales las pacientes asisten a consulta de climaterio y menopausia. El cual se adecuó para generar múltiples hipótesis, estimular el pensamiento creativo, dirigir al estudiante de postgrado hacia objetivos curriculares definidos, estimular la búsqueda de información y precisar niveles excepcionales de conocimientos o razonamiento clínico más elaborados (Branda L. , 2004).

En el siguiente cuadro se sintetiza el diseño de la presente investigación que responde al objetivo 2. Se plantean los dos procesos que se llevaron a cabo con los dos grupos, uno al cual se observó desde la aproximación tradicional es decir cómo se han venido enseñando el curso de endocrinología ginecológica del climaterio y la menopausia, y el otro grupo al cual se aplicó el módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del ABP.

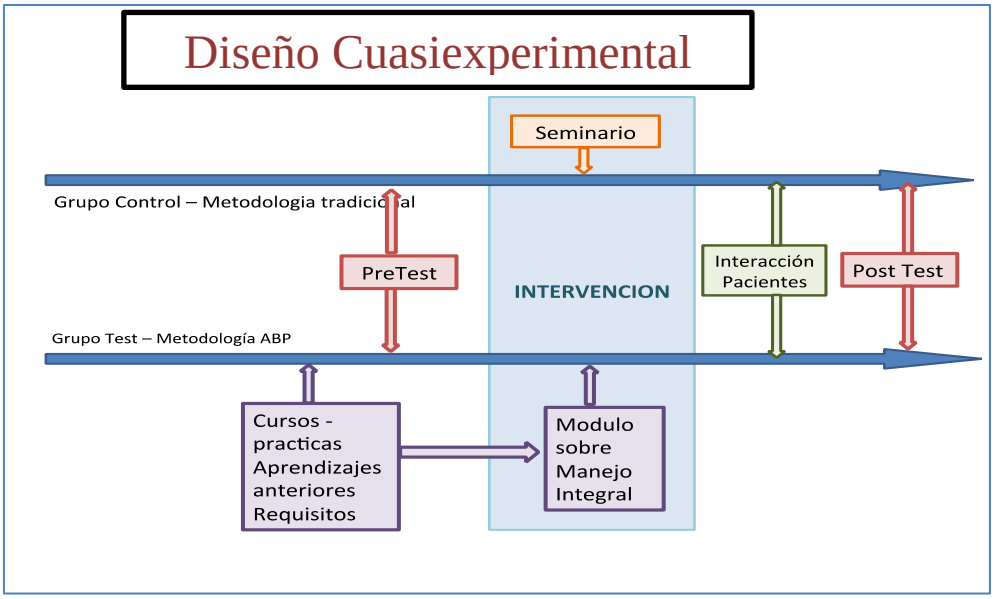


Figura 4. Diseño de la investigación. Fuente: Elaboración propia.

Luego se hizo análisis de contenido, categorización, análisis de información y re-categorización para la comprensión del tema objeto de análisis (Bogdan, 1992), a partir de coincidencias y discrepancias, consensos o ausencia de respuestas, todo esto dio como resultado el análisis obtenido de las respuestas. El establecimiento de las relaciones, conexiones e interacciones entre los diferentes conceptos y procesos que ayuden a la comprensión de los conceptos guía. Este proceso dio lugar a una relevancia teórica de los datos luego de comprobar su claridad, replicabilidad y operacionalidad que eran los proceso, los conceptos y las dinámicas que se movilizaron en el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

Procedimiento

Para dar cumplimiento al primer objetivo se partió de un pilotaje que consistió en tomar como referente un instrumento utilizado en una investigación para medir la usabilidad de los dispositivos electrónicos y el aprendizaje en una población de estudiantes, docentes y estudiantes de postgrado de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Este instrumento fue modificado con componentes concernientes a esta investigación como son los saberes, los procesos cognitivos, metacognitivos, comunicativos y de razonamiento clínico.

Se utilizó la triangulación de métodos y técnicas como instrumentos como la entrevista, guiones de observación, encuestas y documentos escritos (relatorías). Esto acompañado de una secuencia de procesos que mostraron los procesos de enseñanza aprendizaje. En la triangulación de datos se utilizó una variedad de datos para realizar el estudio, proveniente de diferentes fuentes de información.

Para dar cumplimiento el segundo Objetivo se combinaron técnicas como entrevistas semi-estructurada, guiones de observación, encuestas de satisfacción. Se aplicaron a los dos

grupos tradicional y ABP, durante la realización de los seminarios. El modelo que se empleó se define como una entrevista no directiva (Patton, 1982), que se caracterizó por ser flexible y dinámica. Una vez recogida la información obtenida de las diferentes fuentes, docentes, estudiantes de postgrado; se procedió a su unificación, análisis, triangulación, reflexiones al respecto.

El procesamiento de la información se realizó en forma constante desde las primeras observaciones se tuvo en cuenta los elementos formulados por Taylor (1990), así: (a) descubrimiento en progreso, se buscó temas emergentes examinando repetidamente los datos, en este caso los videos, la relectura de las entrevistas. (b) La codificación, que es un modo sistemático de desarrollar, refinar los datos y buscar categorías que den cuenta de la información obtenida. (c) Se analizó e interpretó los datos en el contexto en que fueron recogidos con el propósito de evaluar su plausibilidad, reconociendo que se debe hacer un trabajo más intensivo en la búsqueda de nueva información desde la perspectiva no sólo del estudiante de postgrado sino del docente y de la paciente que asiste a consulta.

La propuesta de hacer las clases de climaterio y menopausia tomando como base la metodología de aprendizaje basado en problemas, partió de una charla liderada por un experto quien explicó y utilizó la técnica con del ABP en un seminario, partió de un tema cualquiera de medicina. En esta charla se mostraron los recursos didácticos y pedagógicos sobre los que se apoya el ABP, se contó con la participación de otros docentes, y el investigador estuvo en calidad de observador externo, atento a las reacciones que generaba en los asistentes el proponer una estrategia metodológica a la clase magistral en medicina.

El propósito central de esta charla sobre el tema de ABP fue hacer énfasis en el cambio de los roles de los docentes y los estudiantes de postgrado, para dinamizar las clases de

climaterio y menopausia. En un principio se puede decir que hubo un escepticismo por parte de algunos docentes y mientras que los estudiantes de postgrado también estaban renuentes a cambiar su rol.

La receptividad de los estudiantes de postgrado respecto a la metodología del ABP como nueva herramienta de aprendizaje se veía disminuida posiblemente debido a los modelos de aprendizaje tradicionales que están firmemente arraigados en el sistema de enseñanza y que por lo tanto requiere posiblemente tiempos de ejecución o proyectos de implementación de mayor extensión con un nivel mayor de profundidad y aplicación no sólo en una materia sino en otras. Sin embargo, al final del pilotaje se observó un incremento progresivo en la actitud, motivación, disposición, e intereses de explorar el ABP como estrategia metodológica para la enseñanza no sólo del climaterio y la menopausia sino de la medicina en general.

Las **categorías centrales** se establecieron desde los objetivos y el propósito de la investigación: manejo integral de la paciente, razonamiento clínico, trabajo cooperativo, motivación, autoaprendizaje, comunicación, la relación médico-paciente, procesos cognitivos y metacognitivos, todo encaminado a proponer un manejo integral de la paciente de climaterio de menopausia.

Para llegar a las conceptualizaciones se hizo la aplicación de las encuestas y diligenciamiento de los guiones de observación, refinamiento de las entrevistas, puntualizando aspectos de las categorías que apuntan a dinamizar la relación médico paciente y la formación integral de los estudiantes de postgrado. Entre ellos se cruzaron las observaciones de los videos, las respuestas en las encuestas y las respuestas en las entrevistas. Se cruza información cualitativa y cuantitativa con el ánimo de tener diversos referentes de información desde

diferentes caras del mismo fenómeno de observación y referidas por los docentes, estudiantes de postgrado y pacientes.

Convocar las voces de los actores centrales de la investigación como son los docentes y los estudiantes de postgrado, permitió reconocer procesos grupales e individuales en el contexto del aula de clase y de la consulta.

A nivel de grupo: Para ambos grupos el tradicional y el grupo de ABP se ahondó en categorías como, la comunicación, compartir ideas, extrapolar componentes del caso clínico y conectarlos adecuadamente a la teoría y los referentes conceptuales y procedimentales. Relaciones interpersonales, compatibilidad de estilos de aprendizaje, actitud receptiva y de escucha a los planteamientos de sus interlocutores. Respecto, actitud de escucha, dialogo amigable y colaborativo con los pares. Trabajo en equipo, disposición y apertura para apoyar los procesos del grupo, actitud de investigación constante con miras a dinamizar y completar el trabajo colaborativo. Colaboración entre pares esto se vio reflejado en el diseño y elaboración conjunta de mapas conceptuales que representaban todo el abordaje de un caso clínico en el que se visibilizaba el manejo integral de la paciente, con una apropiación de los conocimientos del tema, expresado en el planteamiento de hipótesis, el razonamiento clínico, la toma de decisiones, los conocimientos previos.

A nivel individual: Para ambos grupos profundizó en aspectos como, los procesos cognitivos con un formato de preguntas, metacognitivos con un formato de preguntas; autoaprendizaje, con la participación activa en el aula de clase; motivación actitud del estudiante de postgrado frente al tema que se estaba desarrollando en el aula de clase; investigación, nivel de consulta, preparación y documentación de la temática a discutir; comunicación, forma y contenido que estructura el mensaje a comunicar, uso de terminología y vocabulario acorde a su

interlocutor y al nivel de la disertación; responsabilidad, cumplimiento en el manejo de tiempo y entrega de trabajos escritos, y en el trabajo colaborativo; receptividad, actitud de escucha, atención a los aportes de los interlocutores.

A nivel de interacción: Para ambos grupos se evaluó la relación médico-paciente, apoyada en un guión de observación de la consulta y en un guión de comunicación. Se tuvo encuentra la percepción que tiene el observador sobre cómo se desarrolla la consulta, como siente la narrativa del estudiante de postgrado, y como siente la narrativa de la paciente, en aras a comprender la interacción entre los saberes de la paciente frente a su dolencia y a los saberes conceptuales y disciplinares de los estudiantes de postgrado. En este aspecto se tuvo en cuenta la satisfacción de la paciente frente a como se sintió en consulta y con qué imagen se va de lo que paso en la consulta médica.

Con relación al manejo integral de la paciente: Se mostró aspectos como lectura explicativa y comprensiva del síntoma, pasando de lo biológico y fisiológico a lo contextual y relacional, esto se traduce en que el estudiante de postgrado indague en la historia que narra la paciente acerca de su motivo de consulta, aspectos relacionados como su afectividad, calidad de vida, sexualidad, experiencia familiar y demás componentes que puedan dar luces para comprender la aparición del síntoma. Para lograr este abordaje se propuso una entrevista flexible y adaptada a las necesidades y particularidades de quien asiste a consulta. En este aspecto, cobró valor el tipo de lenguaje que se utilizó, la empatía que establece el estudiante de postgrado con la paciente. Aspectos como saludar y mirar a los ojos a la paciente definen la naturaleza de la relación y abordaje que se haga del motivo de consulta, poder preguntarse y resolver dicha pregunta de por qué la paciente busca ayuda en un profesional de la salud.

Para conocer que pasa en el aula de clase se partió de la pregunta *¿qué pasa en el aula de clase?,* se realizó un registro video gráfico de los seminarios de climaterio y menopausia, se tomó como nodo las oleadas de calor, y se desarrolló la clase con la metodología ABP, teniendo en cuenta:

- Trabajo colaborativo
- Auto aprendizaje
- Motivación
- Diseño y elaboración de mapas conceptuales
- Procesos mentales: Planteamiento de hipótesis, razonamiento clínico, comprensión y explicación del motivo de consulta desde una lectura relacional e interaccional.
- Conexión de la teoría y la practica (conexión entre las ciencias básicas y ciencias clínicas y conceptos clínicos manejados en medicina)

Para conocer que pasa en la práctica clínica se partió de la pregunta *¿qué pasa en la práctica clínica?,* se evidenció que los aprendizajes en la clase de climaterio y menopausia era aplicados en la consulta con la paciente, se hicieron observaciones de las consultas, se les preguntó a las pacientes su nivel de satisfacción con el profesional que las atendió.

Relación médico paciente: comunicación

Comprensión del síntoma y/o problema: desde una lectura relacional y contextual, trascendiendo del motivo de la consulta referido por la paciente al planteamiento de hipótesis y construcción mental y lógica de una explicación que combinara los conocimientos de las ciencias básicas con las clínicas.

Resolución del motivo de consulta: manejo de síntomas, lecturas y relecturas de las posibles explicaciones que sustenta la aparición del síntoma.

Satisfacción de la paciente: Trato afable y humanizado del estudiante de postgrado con la paciente, reconociendo sus particularidades, como idiosincrasia, cultura, lenguaje, religión, raza etnia, etc.

A continuación, se ilustra el plan del diseño de la investigación:

Aprendizaje Basado en Problemas en la formación de los Residentes de Obstetricia y Ginecología			
1. Objetivos Generales. Presentar una propuesta educativa con el modulo del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia construido a partir del modelo			
2. Comparar el módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia fundamentado desde el ABP con la educación tradicional.			
	Objetivo No. 1	Objetivo No. 2	Objetivo No. 3
Objetivos específicos	• Identificar los procesos de enseñanza – aprendizaje que están promoviendo la formación de los residentes en el área de obstetricia y ginecología de una Universidad	• Diseñar, implementar y evaluar un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico - paciente con los estudiantes de postgrado con la estrategia didáctica del ABP y comprarlas con la estrategia didáctica tradicional que utilizan los profesores y residentes en el semestre de ginecología a través de una intervención en el aula y en el consultorio médico.	• Describir los resultados de la aplicación del módulo, los cambios en la formación (aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos) de los residentes de obstetricia y ginecología en el tema del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación medico - paciente, luego de la aplicación de módulo construido desde la estrategia didáctica del ABP .
Preguntas Orientadoras	• ¿Cómo se promueve la formación de los residentes, desde la estrategia didáctica del ABP en la especialidad de obstetricia y ginecología?	• Qué competencias contribuye a desarrollar la aplicación del ABP en los residentes de Obstetricia y ginecología?	• Cuáles son los aportes del ABP a la formación profesional de los residentes de obstetricia y ginecología.
	• ¿Cómo se lleva a cabo la práctica clínica desde la malla curricular y desde las prácticas educativas in situ?	• Cómo se fortalece la práctica clínica, favoreciendo la forma como se comunican los residentes y las pacientes desde el diseño, validación, aplicación y evaluación de un módulo del manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del ABP ?	• Cómo se favorecen en los residentes de obstetricia y ginecología los procesos comunicativos, metacognitivos y cognitivos con el diseño, aplicación, evaluación y validación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia y la relación médico-paciente con los fundamentos teóricos de la estrategia didáctica centrado ABP.
Instrumentos	Encuesta para estudio de uso de informacion en el aprendizaje y enseñanza (anexo 1.)	Guion de observacion de una clase de postgrado ginecologia y observación (anexo 4)	Escala para medir estrategia cognitivas y de control de aprendizaje (anexo 6)
	Preguntas sobre cómo se desarrolla la práctica clínic dirigida a residentes (anexo 2)	Guion de Observación Consulta Médica. (anexo 5)	Escala para medir la metacomprension en los procesos metacognitivos. (anexo 7)
	Entrevista con los docentes para establecer como se da la enseñanza de la medicina (anexo 3).	Esquema Basico Del Informe (anexo 9)	Guion de observación relación medico-paciente entrevista Comunicación (anexo 8)
		Encuesta de satisfacción a pacientes en obstetricia y ginecología (anexo 12 a, 12b, 12c y 12d.)	
Población	Residentes Docentes	Residentes Docente Pacientes	Residentes

Figura 5. Plan de diseño de investigación. Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con Gutiérrez (1995), se plantean los siguientes pasos y criterios: A nivel disciplinar: Observación de clases basada en un guión de observación (ver anexo 3). A nivel de Práctica Clínica: Observación de una consulta médica fundamentada en un guión de observación

(ver anexo 4); Desarrollo de una secuencia de clases, diseñadas por el equipo de investigación, en la que se aplicarán los instrumentos para la recolección de datos (Cornejo, 2011).

La ***evaluación*** consta de una prueba inicial y una al finalizar el proceso del ABP con el instrumento "Evaluación Formativa y Sumativa de la sesión tutorial de Aprendizaje Basado en Problemas Utilizando un Sistema de Rúbricas de Referencia" (Elizondo, 2004), (Ver anexo 10)

El ABP constituyen una metodología de aprendizaje en la cual el punto de partida es el nodo problémico sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia en el cual el problema y/o motivo de consulta le permitirá al estudiante de postgrado identificar necesidades para comprender el problema y/o motivo de consulta. Retomando a Branda (2004) identificar los principios que sustentan el conocimiento y cumplir con los objetivos de aprendizaje relacionados con el programa curricular de la especialidad de obstetricia y ginecología. Se demuestra la efectividad, aplicabilidad y versatilidad de la estrategia didáctica del ABP en la relación médico-paciente y en la formación de los estudiantes de postgrado en el área de climaterio y menopausia.

Aspectos conceptuales se demostrar cuando se copile gráficamente, teóricamente, verbalmente los procedimientos, cognitivos, metacognitivos y comunicativos que desarrollan los estudiantes de postgrado al resolver un motivo de consulta. Transformando su praxis profesional en una práctica clínica más humanizada que refleje procesos saludables y mejoras en la calidad de vida en las pacientes que hacen parte del contexto clínico.

Técnicas de recolección de información

Según Ragín (2007), la técnica de recolección de datos se refiere a los diferentes métodos que emplean los investigadores para recoger pruebas empíricas de una manera sistemática. Incluye la observación, las entrevistas (...), el uso de los archivos históricos y otras técnicas (Ragin., 2007). Según Valles Martínez (2007), en la obra Métodos y Técnicas Cualitativas de

Investigación en Ciencias Sociales publicada en 1999, se recogen distintas técnicas que cuentan con un grado de similitud con la tipología anterior.

Para esta investigación se usaron las siguientes técnicas de recolección:

O**bservación:** se hicieron **r**egistros en el guión de observación de la consulta, guión de observación de la clase. Durante la observación se logró detectar cómo es el actuar de los estudiantes de postgrado y los docentes en su contexto natural, como es la consulta médica y la clase (Gutierrez, 1995).

Grupos focales con los docentes: se hizo sobre los procesos de enseñanza en la facultad de medicina de la Universidad Nacional. La información emergente se recopiló utilizando la interacción e influencia del grupo y la libertad de puntos de vista sin perjuicios del investigador. De igual forma se pudo evidenciar las diferencias de opinión y contradicciones entre los docentes, aspectos que ayudaron a consolidar las diferentes directrices que fundamentan la educación, los procesos de enseñanza –aprendizaje, resolución de problemas en la facultad de medicina, particularmente en el área de climaterio y menopausia (Bonilla y Rodríguez, 1997).

Entrevista: se realizaron entrevistas individuales que giraron en torno a un guión de preguntas que brindó la oportunidad de profundizar algunas categorías, obtener información de diversa información (Gutierrez, 1995).

Encuesta: se utilizó para obtener información de los estudiantes de postgrado y los docentes que participaron en la investigación, proporcionado por ellos mismos, opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias (Bonilla y Rodríguez, 1997).

Cuestionario: método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio y que el sujeto investigado llena por sí mismo (Gutierrez, 1995).

En esta investigación, el proceso de recolección de información, métodos, técnicas, instrumentos y las fuentes de las mismas se combinaron, cada uno de ellos, se relacionaron con los objetivos y preguntas de investigación con el propósito de mostrar la estructura general de la misma.

La construcción de los instrumentos se fundamentó el diseño de la investigación y la creación del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, partió de los planteamientos del ABP como método que fortalece el proceso de investigación formativa, multidisciplinaria y universal en la educación superior (Torres, 2005). Entre ellas las entrevistas de pregunta abierta, a partir de las cuales se harán categorías de análisis y secuencialmente se continuará con el análisis de las categorías.

Para un acercamiento cuasi-experimental al grupo control (tradicional) y al experimental (ABP) se realizó un pre test y post test en el que se evaluó el rendimiento académico antes y después de la implementación del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia construido con la estrategia metodológica del ABP para el grupo experimental. Mientras al grupo control se evaluó en la clase tradicional.

En la aproximación cualitativa que busca responder al objetivo 2 se utilizaron los siguientes instrumentos : Guión de observación de un clase de Postgrado de Ginecología y Obstetricia (ver anexo 4); aprendizaje basado en problemas en la formación de estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología(ver anexo 8); encuestas de satisfacción de atención a pacientes en Obstetricia y Ginecología (ver anexo 12); guión de observación de una consulta médica (ver anexo 5); escala para medir estrategias cognitivas y de control de aprendizaje (ver anexo 6); escalas para medir la metacognición en los procesos metacognitivos, (ver anexo 7);

evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de endocrinología ginecología – climaterio y menopausia; (ver anexos 12 y 13.1).

La observación de la consulta y de la clase (seminario), se toma como una forma de recoger información mediante la aplicación de los formatos guía - guión de Observación de una clase y guión de Observación de una consulta, organizado a partir de las actividades observadas (relación, conocimientos, procedimientos, habilidades comunicativas, entre otros indicadores) se busca establecer:

¿Cómo se lleva a cabo la práctica clínica desde la malla curricular y desde las prácticas educativas in situ?

¿Cuáles son los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos que desarrollan los estudiantes de postgrado de Obstetricia y Ginecología para la solución del motivo de consulta y/o problema de las pacientes que asisten a consulta de climaterio y menopausia?

¿Cómo es la práctica clínica de los estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología y cómo incide en el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y en la relación médico-paciente?

Con la observación de la consulta y de la clase se permite las conexiones que se dan en las representaciones con las practicas relacionales y comunicativas que suceden en la consulta de climaterio y menopausia y en la clase de Endocrinología ginecológica del climaterio y menopausia. Se busca esclarecer y registrar las prácticas que los docentes, estudiantes de postgrado y pacientes dicen que hacen y por otro lado que es lo que en realidad hacen. Para De Iglesia (2003), conocer y analizar la articulación que se establece entre las representaciones y prácticas sociales es el elemento fundamental para poder diseñar políticas y programas de salud, de atención primaria y propuestas curriculares con enfoque didácticos distintos como ABP.

En consonancia con esto, como resultado de la observación de las clases, se hizo un registro descriptivo de las observaciones de forma secuencial, apoyado en grabaciones. Posteriormente se elaboró una interpretación de lo que pasaba en el aula de clase. El informe final fue el resultado de un documento que dio los fundamentos teóricos del módulo construido a partir de la estrategia didáctica del ABP replicables en la enseñanza de la medicina y ciencias de la salud.

Se registraron las observaciones de 5 sesiones con la modalidad de observación no participante. Esto se hizo durante la aplicación y evaluación del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, metodológicamente se ubica en el segundo objetivo de la investigación, durante la implementación del módulo. Se hizo un. registro secuencial de clases elaborados retrospectivamente por los estudiantes de postgrado implementadas con la estrategia didáctica del ABP, producciones individuales y grupales elaboradas por los estudiantes de postgrado durante el desarrollo del módulo, Ramírez (2009).

Acercarse a la realidad, con el fin de obtener información en profundidad sobre la relación médico-paciente, sobre la interacción docentes – estudiantes de postgrado. Se acude al registro de las observaciones por que el dato registrado tiene, en este caso, un valor diferente al resultado de la observación del cómo y cuándo otros realizan una acción. Y no tan solo es importante la percepción del dato a través del cuerpo del investigador sino, sobre todo, comprobar cómo cambia radicalmente la relación que se mantiene con los sujetos o con el grupo de estudio cuando se efectúa la misma actividad que los “otros”.

La **evaluación** del módulo sobre el manejo integral de la paciente, prueba evaluadora de la situación inicial de los estudiantes de postgrado en relación con la aprobación de contenidos disciplinares específicos seleccionados para tal fin; prueba evaluadora de los aprendizajes

logrados por los grupos de estudiantes de postgrado en relación con los contenidos disciplinares específicos desarrollados; los problemas del curso de Endocrinología Ginecológica de Climaterio y Menopausia.

La rigurosidad se garantizará utilizando los criterios de rigor credibilidad “reflejará y captará” el conjunto de los significados de las personas investigadas, es decir, habla del “valor de veracidad de los resultados”. Triangulación por el investigador, comprobación con los participantes, dependencia (réplica paso a paso que evidencia el trabajo realizado. Transferibilidad que corresponde a la recogida abundante de información descriptiva hasta la saturación de los datos y desarrollo de las descripciones minuciosas (Navarro N. I., 2009).

Se usó la triangulación, que es “la aplicación de diferentes miradas en la visión de un mismo fenómeno”; se aplicó a los datos, a los investigadores, a los métodos. Desde los planteamientos de Bericat (1998) la triangulación, se hace con los resultados obtenidos tanto cualitativos como cuantitativos con esto se busca tener ópticas distintas sobre el Manejo Integral de la Paciente de climaterio y menopausia. Con esta estrategia se reforzó la validez de los resultados; ya que cuando se obtienen una idéntica o similar imagen de la realidad social, la confianza en la veracidad de los datos y de la imagen que representan se incrementa (Navarro N. I., 2009).

Instrumentos

El diseño y adaptación de instrumentos, se dio sobre la base de las categorías: relación médico-paciente, aspectos cognitivos, aspectos metacognitivos y aspectos comunicativos; estas categorías fueron consideradas significativas en la construcción de conocimiento en un grupo denominado (ABP) frente a otro grupo, sin ABP (tradicional). Los dos grupos cursaban la asignatura endocrinología ginecológica de climaterio y menopausia en el segundo año de la

especialidad de Ginecología y Obstetricia. La validación de los instrumentos se hizo a partir de la aplicación de un pilotaje aplicado a un grupo de docentes de facultad de medicina de la Universidad. A partir de esto, se hicieron los ajustes pertinentes y se consolidaron como los instrumentos para aplicar en esta investigación.

Encuesta para estudio de uso de información en el aprendizaje y enseñanza

Este instrumento fue tomado de Pinzón (2010), Surveying information visualization Usage in Faculty and students of the medicine school at the National University of Colombia. Houston TX. School Health Information Sciences Health Science Center – University of Texas at Houston. Seguidamente se hizo una adaptación de acuerdo a los objetivos y a las preguntas, posteriormente se hizo una validación de las preguntas con los profesores y los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. (Ver anexo 1)

El estudio realizado entre estudiantes de postgrado, y profesores resaltó las diferencias y relaciones entre el nivel de experiencia de los usuarios y las diferentes formas de representación de información, siendo estas entre el texto, imágenes, diagramas. Incluyendo también las diferentes metodologías personalizadas de aprendizaje seleccionadas por los individuos, que se utilizan para resumir esas informaciones (Myneni, 2011).

Aunque los resultados iniciales no fueron significativos, se demostró que los estudiantes cuentan con mayor variabilidad de selección de métodos de estudios y aprendizaje comparados con los estudiantes de postgrado y profesores. Así mismo, aún cuando los métodos de estudio son menos utilizados por estos dos últimos grupos. A pesar de que disponen de mejores niveles de aprendizaje de nuevos conocimientos que los estudiantes, (Pinzón, 2010).

Los anexos 2 y 3, tienen el propósito de explorar temas como la práctica clínica y la enseñanza de la medicina. Su diseño partió de los objetivos de la investigación, paralelamente se consultaron tesis que se desarrollaron bajo metodología cualitativa. El anexo 2, tiene preguntas sobre cómo se desarrolla la práctica clínica dirigida a estudiantes de postgrado, fue tomado de Escobar (2006). Posteriormente se hizo una adaptación y una validación con los profesores y estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Entrevista con los docentes para establecer cómo se da la enseñanza de la medicina

Este instrumento fue tomado de Cordón (2008) posterior a su adaptación se hizo la validación con los estudiantes y profesores de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia (ver anexo 3).

Para el cumplimiento del segundo Objetivo se utilizaron los siguientes instrumentos:

El diseño de los Guiones para observación de la clase de postgrado y de una consulta médica (anexos 4 y 5). Se apoyaron en el documento publicado por (Instituto Central de Ciencias Pedagógicas, 2004) y tuvo como propósito diseñar una guía de observación que permitiera evaluar la calidad del desarrollo de la clase de enseñanza y el desarrollo de la consulta médica; se partió de interrogantes, cómo se desarrolla estas actividades pedagógicas y asistenciales, cómo es el actuar del estudiante de postgrado y del docente en cada uno de los contextos.

Ha sido elaborada bajo los lineamientos del enfoque-sistémico-estructural, tomando como base las guías de observación a clases concebidas por el Instituto Central de Ciencias Pedagógicas (ICCP).

Guión de observación de una clase de postgrado ginecología y obstetricia (anexo 4). Fue tomado de cuadernos de investigación educativa Vol. 1. No. 9 (2001). y se adaptó de acuerdos a

las preguntas y objetivos de investigación y se validó con los profesores y estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Se utilizo una escala de Likert (1. Nunca. 2. casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Casi siempre, 5 siempre. Se saco la media y se realizó la prueba de T-Student). Posteriormente se representó en una gráfica los hallazgos obtenidos.

Luego en la consulta médica de climaterio y menopausia se aplicó el formato del guión de observación consulta médica, (anexo 5), este instrumento fue tomado de Análisis crítico de género del discurso médico sobre la andropausia y menopausia en un hospital universitario (Escobar, 2006) Seguidamente se hizo una adaptación de acuerdo al propósito de esta investigación cotejado con los objetivos. Se evalúo el contenido, la forma y la resolución del problema. En el contenido se categorizó en Negocia, choca, critica y acepta: si o no. En la forma y en la resolución de problema se utilizó una escala de Likert; 1. Nunca, 2. A veces, 3. Casi siempre, 4. Siempre (Brown, 1980).

Guión de observación relación médico-paciente entrevista comunicación, escala estándar CICAA

Este instrumento fue tomado de Manual de utilización, Grupo Comunicación y Salud, (Ruiz., 2006).

Es un instrumento diseñado para valorar la relación clínica (RC), desarrollada entre un médico tratante y una paciente. Según Ruiz y col. (2001), esta escala es el resultado de numerosas investigaciones y experiencia para evaluar la comunicación clínica. En esta escala definieron 10 habilidades estratégicas: recibir, escuchar, empatizar, cerrar, preguntar, integrar, comprobar, negociar, informar y motivar (ver anexo 8).

Para su validez participaron 23 expertos en comunicación y salud (19 médicos, 3 enfermeras y una psicóloga) realizando varias evaluaciones cualitativas del cuestionario a partir de las cuales se fueron haciendo los ajustes, en la selección de las entrevistas procedimentales fueron video grabadas con objetivos de comunicación clínica (Ruiz R. &., 2006). Esta escala es el instrumento de evaluación del programa oficial de medicina familiar en el seno del Ministerio de Sanidad y Consumo y de Educación, Comisión Nacional de la Especialidad de medicina de familia y comunitaria (Ruiz R. , 2005). Se utilizó una escala de Likert (1. Nunca, 2. Algunas veces ,3. Casi siempre, 4. Siempre) para su evaluación.

Esquema Básico del Informe (anexo 9). Este instrumento fue tomado Cuadernos Didácticos. Unidades didácticas e Investigación en el aula. Un modelo para el trabajo colaborativo entre profesores (Area, 1993). El diseño de este instrumento bajo los parámetros desarrollados por Área (1993), partió de los lineamientos para elaborar un informe de una materia y su objetivo es comunicar por escrito tanto el proceso que se ha seguido para planificar, desarrollar y evaluar dicha unidad, como la descripción y valoración de los productos y resultados obtenidos, como son el diseño curricular de la unidad, materiales empleados, dificultades y logros, etc. Este instrumento es un documento escrito a través del cual se reconstruye, revisa y analiza el proceso y los productos desarrollados en torno a la experiencia que ha supuesto elaborar la unidad didáctica (Area, 1992).

Es fundamental una tarea de autoevaluación individual del profesor, así como de la totalidad del equipo que persigue dos propósitos: (a) que el profesor y el equipo tomen conciencia, reflexionen y valoren cuál ha sido su proceso de trabajo y consecuencias del mismo; y (b) comuniquen a otros profesionales educativos su experiencia pedagógica (Area, 1991).

Hoja de consentimiento de la paciente para observar y grabar la consulta de climaterio y menopausia

Este instrumento (ver anexo 10) fue tomado de los formatos para consentimiento informado (Mondragon, 2002).

Se utilizó el instrumento titulado "Evaluación del aprendizaje basado en problemas" (Elizondo, 2004). Este instrumento fue creado por la escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey (ver anexo 12ª, 12b,12c,12d), y se utiliza como metodología de enseñanza – aprendizaje del aprendizaje basado en problemas, según Elizondo (2004), partió de los objetivos: (1). Desarrollar las habilidades de razonamiento y juicio clínico; (2). Fomentar el estudio auto-dirigido; (3). Promover el trabajo en equipo; (4). Sentar bases de conocimiento para la práctica médica; y (5). Comportamiento Profesional. La Escuela de Medicina han venido trabajando para lograr que la evaluación en dichas sesiones sea válida (Davis M. &., 1999), tuvo como objetivo desarrollar un sistema de evaluación basado en criterios de referencia para evaluar la sesión tutorial en un curso que utiliza la metodología ABP y que incluyera la evaluación por parte del tutor, la co-evaluación y la auto-evaluación, para mantener la congruencia entre el método de evaluación y la metodología de enseñanza aprendizaje.

Se hizo una evaluación antes y después de la aplicación del módulo. En un primer momento fue el tutor quién evaluó el ABP realizado por el estudiante de postgrado. Las dimensiones que se evaluaron fuero: la aplicación de la base de conocimientos; las habilidades de razonamiento clínico y la toma de decisiones; el aprendizaje Auto-dirigido (auto-estudio); el trabajo colaborativo y actitudes de la discusión y profesionales. Según Elizondo (2004), con la información anterior se definieron el desarrollo de tres listas de criterios, (1) Lista de criterios para la evaluación del alumno por parte del tutor; (2) Lista de criterios para la auto-evaluación y

(3) Lista de criterios para la co-evaluación. Se utilizó una escala de Likert Escala de likert: no desarrollada (1), escasamente desarrollada (2), medianamente desarrollada (3), desarrollada (4), bien desarrollada (5) muy bien desarrollada (6). Se saco la media y se aplicó la T de students.

Encuesta de satisfacción de atención a pacientes en obstetricia y ginecología

Este instrumento (ver anexo 11) fue tomado de Pregúntele al paciente: un instrumento evaluador de las competencias de los estudiantes en la rotación de Ginecología y Obstetricia, Educación médica (Hernández, 2004). Se utilizó una escala de Likert (1. nunca, 2. casi nunca, 3. Alguna veces, 4. Casi siempre, 5. Siempre. Se sacó la media y se le aplicó la t. students.)

Este instrumento se basó en el documento evaluación por parte de pacientes: diseñado por Weaver (1993), su validación consistió en la aplicación de la encuesta a pacientes atendidas por diez estudiantes que cursaron la rotación de Ginecología y Obstetricia I, en el año 2002. Las pacientes fueron atendidas en el Hospital San José Tec. de Monterrey o en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de Garza García, Nuevo León.

La encuesta fue aplicada inmediatamente después a la atención, por un profesor o un estudiante distinto al que ofreció la atención. Esta encuesta arroja aspectos en lo referente a: la habilidad del estudiante de postgrado para establecer una buena relación con las pacientes, tanto del medio privado como del medio público. Para Hernández (2004), este instrumento fue validado y reconocido como una herramienta útil de evaluación de los componentes esenciales para las competencias relacionadas con el desempeño en el sistema de salud y profesionalismo, además es importante destacar que con este instrumento se logra que el paciente sea quien directamente califique la actuación de su médico tratante.

Para dar cumplimiento al tercer objetivo se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala para medir estrategias cognitivas y de control de aprendizaje

Este instrumento (ver anexo 6) fue validado con estudiantes universitarios de las Universidades de Almería y Universidad de Granada en España, fue diseñado para evaluar las estrategias de aprendizaje y ha sido muy utilizado en el ámbito hispanoparlante (Román., 1994).

Su validación se hizo a partir de sucesivos análisis factoriales exploratorios, el porcentaje de varianza explicada es considerable. La fiabilidad obtenida es aceptable y la validez externa sigue siendo potencial para discriminar los diferentes niveles de rendimiento de los estudiantes universitarios (De la Fuente, 2003). Este instrumento fue usado como recurso para indagar cualitativamente las estrategias cognitivas y de control de aprendizaje utilizadas por los estudiantes de postgrados durante sus procesos de aprendizaje y la resolución del motivo de consulta.

Escala para medir la meta-comprensión en los procesos metacognitivos.

Tomado de Jiménez., V., Puentes, A., (2009), Medición de Estrategias meta-cognitivas mediante la Escala de Conciencia lectora: ESCOLA, (ver anexo 7), este instrumento se utilizó cualitativamente para indagar los proceso metacognitivos de los estudiantes de postgrados, con el propósito de conocer de primera mano cómo se da la metacognición tanto en los proceso de aprendizaje como en la resolución del motivo de consulta.

Esta escala fue diseñada con la intención de que los estudiantes se acerquen a sus propios procesos y productos cognitivos y cualquier otra información relevante para el aprendizaje (Flavell, 1976; Flavell y Wellman, 1977; Megelkamp y Bannert, 2009). Así mismo, ofrece una

descripción precisa que incluye dos dimensiones relacionadas: el conocimiento y la regulación de la cognición. La primera al qué sabemos de ella y la segunda al cómo la regulamos.

ESCOLA es un instrumento elaborado para medir procesos metacognitivos durante la lectura, con dos objetivos. El primero, evaluar cómo los participantes se perciben a sí mismos como lectores y cuáles creen ellos son las mejores estrategias para resolver las dificultades que hipotéticamente encontrarán en el futuro. Para contestar la prueba los estudiantes deben reflexionar sobre aspectos tales como: a) Cuán eficaz es como lector (fortalezas / debilidades); b). Grado de dificultad de la tarea (fácil/difícil); c) armonización de la tarea y los recursos disponibles (cuenta con suficientes recursos para la tarea); d) cómo regula y controla el proceso lector (qué estrategias pone en funcionamiento); e) cómo evalúa el progreso y el producto de lectura (Mengelkamp, 2009).

La prueba incluye 56 ítems que representan "situaciones de lectura" con tres alternativas, ante los cuales el lector debe tomar partido. La alternativa seleccionada permite conocer "cómo los lectores se perciben" y "cómo creen que actuarían" ante los dilemas. Cada alternativa expresa un grado diferente de conciencia lectora. La prueba ha sido validada con muestras españolas y argentinas, compuestas por 684 estudiantes distribuidos así españoles 375 y 309 argentinos (Schraw, 2000).

A raíz de los resultados obtenidos en ESCOLA, además de identificar al estudiante con baja conciencia lectora, se pueden diseñar programas de intervención específico en estrategias metacognitivos en el área de la lectura. Actualmente no existe un producto de estas características. Psicólogos y educadores consideran que el entrenamiento metacognitivo es un aspecto crucial del desarrollo reflexivo, el autoaprendizaje y la construcción de conocimiento por parte de los profesores y los estudiantes.

Resultados generales correspondientes al primer objetivo: cómo se enseña la ginecología y la obstetricia.

Se partió del primer objetivo que consistió en identificar los procesos de enseñanza, aprendizaje que están promoviendo la formación de los residentes en el área de obstetricia y ginecología de una universidad. Se tomaron como preguntas de investigación: ¿cómo se

promueve la formación de los residentes, desde la estrategia didáctica del ABP en la especialidad de Obstetricia y Ginecología?; ¿cómo se lleva a cabo la práctica clínica desde la malla curricular y desde las prácticas educativas in situ?. Este objetivo de desarrolló a la luz de una encuesta para estudio de uso de información en el aprendizaje y enseñanza (ver anexos 1, 2 y 3), formato de entrevista sobre cómo se desarrolla la práctica clínica, formato de entrevista con los docentes para establecer cómo se da la enseñanza de la medicina.

Se hizo un análisis descriptivo a partir de encuestas y entrevistas a los docentes, para identificar los procesos de enseñanza aprendizaje que están promoviendo la formación de los estudiantes de postgrado en el área de obstetricia y ginecología de una universidad colombiana. Se presentan algunas reflexiones sobre la metodología de enseñanza en la especialidad de obstetricia y ginecología, el conocimiento del proceso de la enseñanza tanto de los recursos técnicos, en que se da, como de las cualidades humanas de quien enseña y de quien aprende.

Para direccionar esta reflexión, se les plantearon interrogantes, como: ¿qué es educar?, ¿cómo enseñan los profesores de ginecología?, ¿cómo evalúan los aprendizajes?, ¿cuáles son los objetivos de la enseñanza?, ¿cómo es la práctica clínica?, ¿cuáles son los conocimientos que se requiere para resolver un motivo de consulta, entre ellos, la triada docente-paciente-estudiante de postgrado, entre otros. Partiendo de estos cuestionamientos se describe la forma como se enseña medicina, utilizando las historias y narrativas de los docentes que tiene una experiencia docente entre 10 y 15 años. Se recopilan sus concepciones, experiencias y epistemologías sobre los procesos de enseñanza presentes en sus prácticas docentes (ver anexo 13.1).

Enseñanza de la medicina

Para los docentes del departamento de ginecología y obstetricia, el significado de que es *"educar"*: "Es transmitir conocimientos", "charla", "conferencia, "talleres". Se parte de lo que es

normal, después a lo que es la patogenia. Se puntualiza en la fisiopatología de la enfermedad y como se resuelve el motivo de consulta". Los estudiantes de postgrado están enfrentados a resolver problemas junto a los estudiantes en un contexto general. "Se enseña primero lo normal y luego lo patológico o la enfermedad". "Se muestran dos conceptos en la enseñanza de las áreas clínicas, es lo normal y lo anormal; salud – enfermedad/ patológico".

Durante sus reflexiones los docentes ahondaron en tópicos como la educación médica, el perfil del docente, el perfil del estudiante, la motivación del estudiante, las competencias y habilidades de un egresado en el área clínica, tales como aprendizajes en cirugía, relación médico paciente.

Con relación a la práctica clínica se plantearon algunas reflexiones de los estudiantes sobre el significado que la paciente pide durante la consulta antes de empezar a resolver el motivo de consulta, siempre hay que tener claro que es lo que quiere la paciente y tratar de ayudarla y resolverle su inquietud. Los intereses de los profesionales pueden ser diferentes a lo que ella realmente necesita. La paciente asiste a consulta médica buscando ayuda tiene una preocupación concreta. El estudiante de postgrado debe proponerle uno u otro tratamiento. Es la paciente la que ayuda a escoger de acuerdo a su sintomatología y afectación en su vida cotidiana.

El estudiante de postgrado tiene en cuenta la necesidad de la paciente pero no pone atención a la información correspondiente para determinar qué es lo que realmente necesita. Durante el motivo de consulta y enfermedad actual, es vital escuchar a la paciente y establecer un nivel de validez del motivo de consulta, esto orienta para hacer el abordaje inicial.

Los procesos de formación, desarrollar y promover en el estudiante la reflexión, para una formación en ética y valores, que armonice sus relaciones con los pacientes, colegas y personas relacionadas con su desempeño como profesional y ciudadano son los que se están promoviendo

en la carrera de medicina. La mayoría busca tener una buena relación con sus pacientes siendo esta respetuosa y amigable e intentan atenderlas de la mejor forma posible, aunque en ocasiones les falta un poco de compromiso. En palabras de los estudiantes de ginecología la formación Integral, es la técnica que facilita el estudiante el reconocer en sus pacientes la coexistencia de diferentes problemas y percibirlas en su totalidad, esto solo se logra cuando el estudiante se forma y tiene una educación y conocimientos en las diferentes áreas y el sentido de la relación médico paciente.

Es un objetivo de la carrera de medicina: ¿Promover en el estudiante una actitud investigativa, por medio de los diferentes componentes del currículo, en particular del componente flexible, para motivar, vincular y desarrollar en él una actitud crítica, un pensamiento creativo y hacerlo así intelectualmente más autónomo, usted como estudiante de postgrado cree que sí se logra? La mayoría de los estudiantes, intentan sacar el máximo provecho de las pacientes y al instaurar revisiones de temas y casos clínicos se plantean la posible opción de manejo las cuales al momento de un turno con las pacientes se pueden evaluar y se corrobora lo aprendido y si estuvo bien o no la conducta tomada por el estudiante y los argumentos para realizarlas.

Luego de la aplicación del módulo manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del ABP, se evidenció un cambio en las concepciones de los docentes sobre que es educar, como aprenden los estudiantes.

Es importante hacer un proceso de selección de los profesores de medicina, que tengan conocimientos disciplinares, pedagógicos, didácticos reconociendo siempre la importancia de la parte humana.

Procesos de ***enseñanza aprendizaje*** en el aula de clase,

Al estudiante hay que "enseñarle dos componentes adicionales: (1). ***La motivación*** que lo hace ser un médico", " que tiene que estudiar toda la vida", nunca se deja de estudiar. (2). ***Enseñar un contexto humano***, "los estudiantes se enfrentan a seres humanos, no se puede tener la misma consideración con un ingeniero que va a reparar una máquina"(ver anexo 13.1).

Como aprenden los estudiantes

El ***estudiante*** construye su conocimiento a partir de lo memorístico, la reflexión, la compresión, el aprendizaje significativo. Se direccionan los seminarios con preguntas. Se desarrolla un aprendizaje que incluye una parte teórica en el laboratorio, y otra práctica. Al estudiante se les enseña a ser autodidacta porque toda la vida tiene que estudiar. Aplican sus conocimientos previos y habilidades adquiridas en cirugía.

El ***docente*** que cambia su forma de enseñar porque constantemente está reflexionando y cambia su forma tradicional de dictar la clase, crea otras formas de construir el conocimiento, por ejemplo, dejar la clase magistral y pasar al seminario interactivo con el estudiante. Para el desarrollo de adquisición de destrezas y habilidades comunicativas en las primeras actividades clínicas, se propone que observen cómo se desarrollan la consulta clínica, posteriormente, se delegan progresivamente responsabilidades, en los residentes, se les deja actuar y les hacen la retroalimentación constante.

El ***docente*** explica, cuáles son las maniobras que tiene que hacer, lo dirige, puede haber estudiantes de postgrado que llegan con notas de cuaderno o con el libro cerrado. Los docentes que ha tenido formación pedagógica presentan ideas más abiertas y propositivas al cambio, que

los que se mantienen firmes a sus ideales tradicionales en la enseñanza de la medicina. De esta forma, hay un predominio de la enseñanza tradicional, apoyada en la clase magistral, en la cual el docente tiene la responsabilidad de presentar la temática acompañado de una presentación de power point. Es así como la evaluación de contenidos apunta a lo memorístico.

La evaluación se centra en exámenes escritos y orales, no hay proceso de autoevaluación ni coevaluación como lo propone el ABP, se mantiene una propuesta de evaluación de la memoria y de los aprendizajes extraídos de los libros, con poca opción a debatir sobre los resultados. A lo largo del conversatorio, los docentes se mantienen con sus ideas sobre los tres aspectos importantes para el aprendizaje como: memorizar, repetir y reflexionar. El mejor estudiante es el que repite, reflexiona, memoriza, el que entrena su memoria tiene más capacidad para cuestionarse.

Los médicos antiguos les ganan a los médicos modernos porque memorizan, comprenden, reflexionan y se cuestionan con más profundidad sobre cualquier diagnóstico. En este orden de ideas, se evidencia que la enseñanza sigue siendo tradicional.

A partir de estas entrevistas y del desarrollo de este objetivo se ratifica la importancia de proponer como estrategia didáctica y pedagógica un módulo sobre el manejo integral de la paciente con la estrategia metodológica del ABP en la enseñanza de la medicina, (ver anexo 13.1).

Resultados generales correspondientes al segundo objetivo: diseño, implementación y evaluación del módulo

En esta sección se muestra el desarrollo del segundo objetivo diseñar, implementar y evaluar un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico - paciente con los estudiantes de postgrado con la estrategia didáctica del ABP y compararlas con la estrategia didáctica tradicional (seminario)que utilizan los profesores y estudiantes de posgrado (estudiantes de postgrado) en el semestre de ginecología a través de una

intervención en el aula y en el consultorio médico. Con este objetivo se da respuesta a las preguntas, ¿qué competencias contribuye a desarrollar la aplicación del ABP en los residentes de obstetricia y ginecología? y ¿cómo se fortalece la práctica clínica, favoreciendo la forma como se comunican los estudiantes de postgrado (residentes) y las pacientes desde el diseño, validación, aplicación y evaluación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del ABP?.

Se partió de la comparación del rendimiento académico, se hizo un pretest con 35 preguntas a ambos grupos, (tradicional y ABP); las preguntas fueron sobre la temática de climaterio y menopausia.

Posteriormente se hizo un post test, con 35 preguntas, con casos clínicos referentes a la climaterio y menopausia.

En siguiente cuadro se ilustra el proceso propuesto.

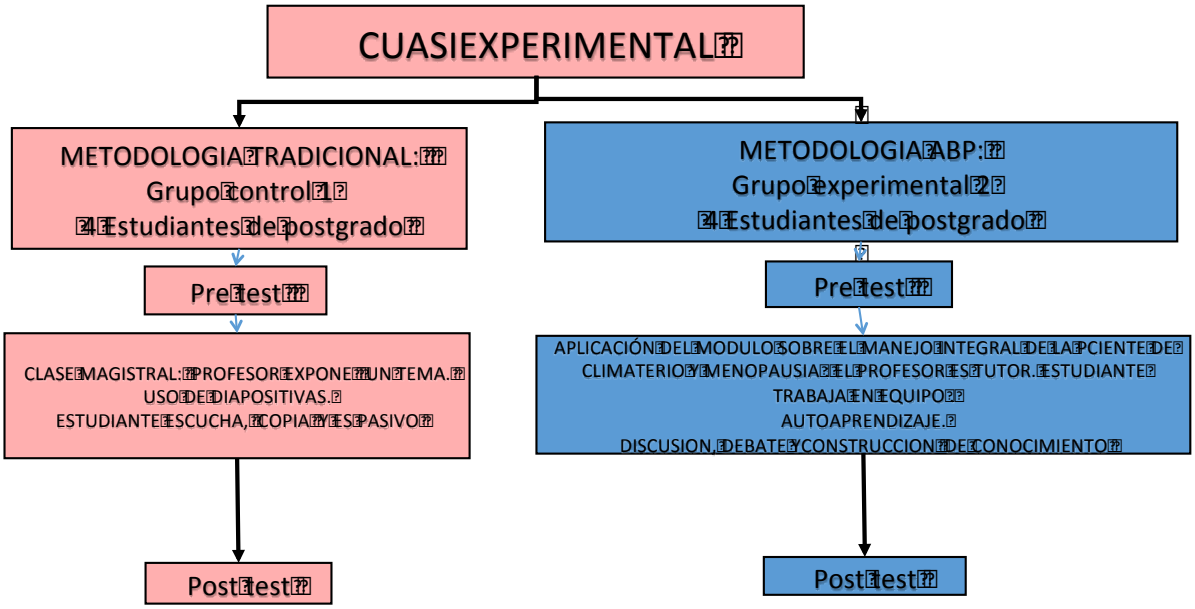


Figura 6. Fase Cuasi-experimental. Fuente: Elaboración propia.

En este objetivo se utilizaron como instrumentos, un guión de observación de una clase de postgrado de ginecología y obstetricia (ver anexo 4); guión de observación de una consulta médica, (anexo, 5); esquema básico del informe (ver anexo 9); encuesta de satisfacción a pacientes en obstetricia y ginecología (ver anexo 12); evaluación del ABP (ver anexos 12ª, 12b, 12c). Participaron los Estudiantes de postgrado (residentes), docentes y pacientes.

Para la comparación entre el modelo tradicional versus la estrategia didáctica del ABP se usaron los instrumentos: Guión de observación de una clase y de una consulta (anexo,4 y 5); encuesta de satisfacción de la paciente (ver anexo 12). En esta comparación se miró sí con la estrategia didáctica del ABP se fortalecían los aprendizajes de los estudiantes. A lo largo de la aplicación se demostró que no varían significativamente los aprendizajes entre las dos estrategias didácticas la tradicional y el ABP. Pero sí se reveló que los estudiantes formados con el ABP mejoran la comunicación en la relación médico – paciente; profundizan en el manejo integral de la paciente; muestran más interés en el trabajo colaborativo (Shipman, 2010), además, que logran representar sus ideas en mapas conceptuales. Desde este punto de vista la **intervención en el aula de clase** muestra cambios significativos en la relación médico-paciente, en la comunicación con la paciente, manejo transdisciplinar del motivo de consulta y/o problema (Escobar H. D., 2010).

Principios para el diseño del módulo con la estrategia del ABP

Ante la diversidad de propuestas existentes en el ámbito y la inexistencia de un cuerpo teórico sobre el uso de esta estrategia en situaciones aisladas, se vio la necesidad de una guía que orientara las decisiones sobre el diseño del módulo. Teniendo en cuenta que se trata de una aplicación particular del ABP. Se consideraron la estructuración de la secuencia didáctica y/o el

tipo y grado de ayuda que debe proporcionar al profesor. Y cómo debían planificarse la sesión de acuerdo a las características particulares de la situación.

Por ello se hizo un análisis de las circunstancias particulares en las que se iba a aplicar la experiencia, es decir, de las condiciones que definen las coordenadas del punto de partida y que indudablemente serian factores importantes del proceso de aprendizaje. Esto hace referencia a cuestiones tales como la materia de estudio, el nivel académico de los estudiantes de postgrado, el tamaño del grupo, el grado de autonomía en los hábitos de estudio, estrategias de aprendizaje y la disponibilidad de recursos materiales.

Dado que en el momento de diseñar el módulo no se conocía las características de los estudiantes de postgrado receptores, se trabajó con hipótesis basadas en mi experiencia docente de 25 años con estudiantes de postgrado que están cursando la residencia en ginecología y obstetricia, en la materia de endocrinología ginecológica (Hoffmann, 2006). De forma complementaria, al iniciar el curso se les pasó a los estudiantes de postgrado un cuestionario en el que se solicitaba información detallada sobre el manejo de la información y sobre el uso habitual de herramientas informáticas con diferentes propósitos. Los datos recogidos sirvieron para matizar las hipótesis iniciales y para adaptar, en la medida de lo posible, las tareas a las características particulares del grupo.

En el siguiente cuadro se ilustra el proceso propuesto para el diseño, implementación y evaluación del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

Figura 7. Modulo para el manejo integral del paciente. Fuente: Elaboración propia.

En cualquier caso, se trataba de crear el escenario para convertir el aula de clases en seminarios de aprendizaje en el que el estudiante de postgrado cambiara su rol pasivo a uno propositivo y activo que dinamizara las estrategias para el aprendizaje, proceso que requiere que tanto estudiantes de postgrado como docentes se involucren activamente en los procesos generados durante actividad académica.

Durante esta experiencia particularmente se encontraron que los estudiantes de postgrado llegan a la universidad con una larga experiencia en el sistema educativo y, como consecuencia, opiniones y creencias muy afianzadas con respecto a la enseñanza y al aprendizaje, a su función y a la del profesorado. Las preocupaciones que dificultan la inclusión de una estrategia didáctica diferente a la que se usa frecuentemente.

Para la consolidación del módulo se contó con la participación activa de un grupo de profesores que dieron sus opiniones y manifestaron sus inquietudes al respecto; sus aportes es el marco de referencia curricular y los objetivos educativos; la consolidación de problemas que serán usados en las reuniones tutoriales; compartieron los formatos y/o planillas en los cuales

llevan a cabo la organización de otras actividades, tales como conversatorios, estudio de caso clínico, entrenamiento para la adquisición de habilidades, lecturas suplementarias y evaluación de los estudiantes de postgrado, (ver anexo 17).

Paralelamente se observaron las clases con metodología tradicional, en las cuales la forma de compartir el conocimiento parte de una conferencia presentada en PowerPoint. Se expone un tema que contienen imágenes, datos estadísticos, procesos históricos descriptivos, muestran un barrido general de lo quirúrgico. Cabe destacar que en este tipo de metodología se pudo observar que la experticia del docente – expositor, y que está influenciado por toda su experiencia profesional y sus conocimientos académicos.

Como metodología complementaria se observó que no es sólo el docente el que dicta la conferencia, sino que el estudiante de postgrado encargado también lo hace, prepara su tema y lo expone, la calidad de su presentación refleja el nivel de investigación, análisis y preparación que el estudiante de postgrado dedica para desarrollar la temática. En este tipo de metodología se observó que los estudiantes de postgrado asumen una actitud de escucha con una postura receptiva a lo que su interlocutor está exponiendo, (ver anexo 15) .

Estrategia metodológica y organizativa del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia

La estrategia metodológica del aprendizaje basado en problemas es un método educativo centrado en el estudiante de postgrado, pretende que participen activamente, observen, estudien, discutan casos, emitan su diagnóstico interactuando directamente con el paciente y en el laboratorio, todo a través de la guía de su tutor que abandona su papel de autoridad y se convierte en promotor de aprendizaje significativo (Labardini, 2000), para esto, es importante que el tutor

maneje la dinámica de grupos, siendo esta habilidad una de las más difíciles de dominar (Dolmans, 2001).

Las circunstancias mencionadas aconsejaron el diseño de un módulo didáctico, (ver anexo 17), cuyas características fundamentales fueron las siguientes:

Se basó en un sentido amplio del **concepto de problema**, entendido éste como una situación de dificultad en la que falta el conocimiento necesario para resolverla. Este enfoque del problema se corresponde con lo que Branda (2009) define como la estrategia destinada no tanto a la resolución del problema sino a la potenciación del aprendizaje autónomo.

Formulación de Objetivos de Aprendizaje, las dudas e incertidumbres que tienen los estudiantes de postgrado son estructuradas por el profesor, pasan a ser parte de los objetivos de aprendizaje del siguiente paso; el tutor ayuda a los estudiantes de postgrado en la generación de objetivos de aprendizaje y cuida que estos objetivos cubran los objetivos educativos que el grupo de planeación elaboró en forma previa; el programa analítico del tutor sirve como final para asegurar la cobertura de todo el tema, (Tarazona., 2005).

El aprendizaje autodirigido, después de trabajar en el grupo tutorial, los estudiantes de postgrado pasan a estudiar por su cuenta, usando como guías los objetivos de aprendizaje, en tanto que se autodirigen a las fuentes de información que sean apropiadas, (Elizondo, 2004).

Los **aprendizajes que se fomentan son la adquisición de conocimientos, valores, actitudes y habilidades con base a problemas reales**; el desarrollo de la capacidad de aprender por cuenta propia; la capacidad de análisis, síntesis y evaluación; la capacidad de identificar y resolver problemas.

El **problema** que guiaba el módulo se presentó a los estudiantes de postgrado mediante un desglose en subproblemas que estructuran y guiaban (Greening., 1998) el desarrollo de la

temática, tomando como nodo el problema, que se convierte en el eje angular de los aprendizajes (Branda L. , 2004).

Se propuso la elaboración de mapas conceptuales que incluyeran la diagramación de ideas, inferencias, y conocimientos previos que permitieron hacer una lectura comprensiva y explicativa del problema. Con este proceso se hizo un abordaje multidimensional del motivo de consulta y/o problema, esto con miras a hacer un manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia (Hmelo., 2004).

Con esta estrategia didáctica se logró que todos los estudiantes de postgrado presentes en la sesión hicieran su aporte a la solución del problema, y se mostrara el aprendizaje colaborativo que emergía de la interacción de todos los autoaprendizajes de los participantes. Cabe destacar que dado el nivel de exigencia de los estudiantes de postgrado para preparar sus temas se logró tener sesiones enriquecidas con diferentes posturas y puntos de vista que nutrieron el contexto de aprendizaje, mostraron la convergencia de diferentes estilos para abordar el problema y/o motivo de consulta (Pease., 2011).

Evaluación pre y post del módulo de climaterio y menopausia con la estrategia didáctica frente el seminario tradicional

Se evaluó el rendimiento académico, se utilizó un guión de observación de la clase y del seminario, un guión de observación de la consulta clínica, encuesta de satisfacción de la paciente (ver anexo 12).

Rendimiento académico

Para mirar el impacto sobre el rendimiento académico de los seminarios de la forma tradicional frente al seminario en ABP se les aplicó un test de 35 preguntas antes de comenzar los seminarios y luego otro test de 35 preguntas sobre climaterio y menopausia después de

terminar los seminarios. El grupo de ABP fueron los estudiantes de postgrado R1, R2, R3, y R4 y los del grupo tradicional fueron los estudiantes de postgrado R5, R6, R7 y R8 como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Rendimiento académico.

RENDIMIENTO ACADEMICO				
		Antes	Después	Incremento / Mejoría
Aprendizaje Basado en Problemas	R1	46	82	36
	R2	56	68	12
	R3	56	84	28
	R4	66	88	22
Tradicional	R5	46	76	30
	R6	56	60	4
	R7	60	80	20
	R8	63	82	19

Metodología de análisis

Se utilizó la prueba estadística t de student para analizar las diferencias de las medias de los resultados antes y después de realizar las implementaciones de los métodos tradicional y ABP. Valores con $p < 0.05$ fueron considerados como estadísticamente significativos. El análisis de los resultados se hizo con el Stata® (versión 11.0) software package (Stata Corp., College Station, TX).

Para ambos métodos, tradicional y ABP se observó una diferencia significativa entre los resultados de las medias obtenidas antes y después de la intervención. En el caso del método

tradicional se observó ($X_{TRADantes}$ = 56.3; IC 95% 44.4 – 68.0) y ($X_{TRADdespués}$ = 74.5; IC 95% 58.6 – 90.4) con una significancia estadística dada por un valor de (p = 0.0261), ver tabla 1. De igual manera con el método ABP se obtuvo una diferencia significativa con los resultados de las medias antes ($X_{ABPantes}$ = 56.0; IC 95% 43.0 – 68.9) y después de la intervención con resultados de medias más altos en comparación con el método tradicional ($X_{ABPdespués}$ = 80.5; IC 95% 66.6 – 94.3), ver tabla 2. Sin embargo, al comparar los resultados de las medias después de implementar las dos metodologías no se observó diferencias significativas entre los dos resultados ($X_{ABPdespués}$ = 80.5; IC 95% 66.6 – 94.3) y ($X_{TRADdespués}$ = 74.5; IC 95% 58.6 – 90.4) con un valor de (p =0.3997), ver tabla 3.

Resultados de comparación de medias antes y después de la implementación de la estrategia tradicional.

Cuando se implementó el seminario tradicional los estudiantes que realizaron mostraron un mayor **rendimiento académico** en una forma significativa

Tabla 2. Aplicación del seminario tradicional.

APLICACIÓN DEL SEMINARIO TRADICIONAL						
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ANTES	4	56.25	3.70	7.41	44.45	68.04
DESPUES	4	74.5	4.99	9.98	58.61	90.38
COMBINADO	8	65.37	4.49	12.70	54.75	75.99
DIFERENCIA		-18,25	6.21		-36,456	-3,03
PRUEBA T STUDENTS		T=<0.02				

Resultados de comparación de medias antes y después de la implementación del método ABP

Cuando se implementó el módulo con ABP los estudiantes que lo realizaron mostraron un mayor **rendimiento académico** de forma muy significativa

Tabla 3. Aplicación del seminario ABP.

APLICACIÓN DEL SEMINARIO ABP						
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ANTES	4	55	4.08	8.16	43.56	68.99
DESPUES	4	85.6	4.34	8.64	66.55	94.34
COMBINADO	8	68.25	5.39	15.24	66.55	80.99
DIFERENCIA		-24,5	5.96		-39,06	-9,9
PRUEBA T STUDENS		T >= 0.006				

Resultados de comparación de medias después de la implementación de la estrategia tradicional y ABP

Cuando se comparó el rendimiento académico después de la realización de los seminarios de ABP y tradicional no hubo diferencia significativa, aunque los del grupo del ABP tuvo mayor rendimiento Académico.

Tabla 4. Resultados.

RESULTAOS DE MEDIAS DESPUES DE LA IMPELMENTACION DEL ABP Y SEMINARIO TRADICIONAL					
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	4	80.5	4.34	8.69	66.65 34.34
TRADICIONAL	4	74.5	4.99	9.98	58.61 90.38
COMBINADO	8	77.5	3.36	9.24	69.77 85.22
DIFERENCIA			6 6.62		-10,2 22.20
PRUEBA DE T STUDENTS		T>=0.39			

Interpretación cualitativa

Para continuar con el análisis de la información se hizo una aproximación cualitativa, a partir del guión de observación de una clase de post grado, guión de observación de una consulta y la encuesta de la satisfacción de la paciente.

Guión de observación de una clase de posgrado de ginecología y obstetricia

Se utilizó una escala likert: nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4), siempre (5)

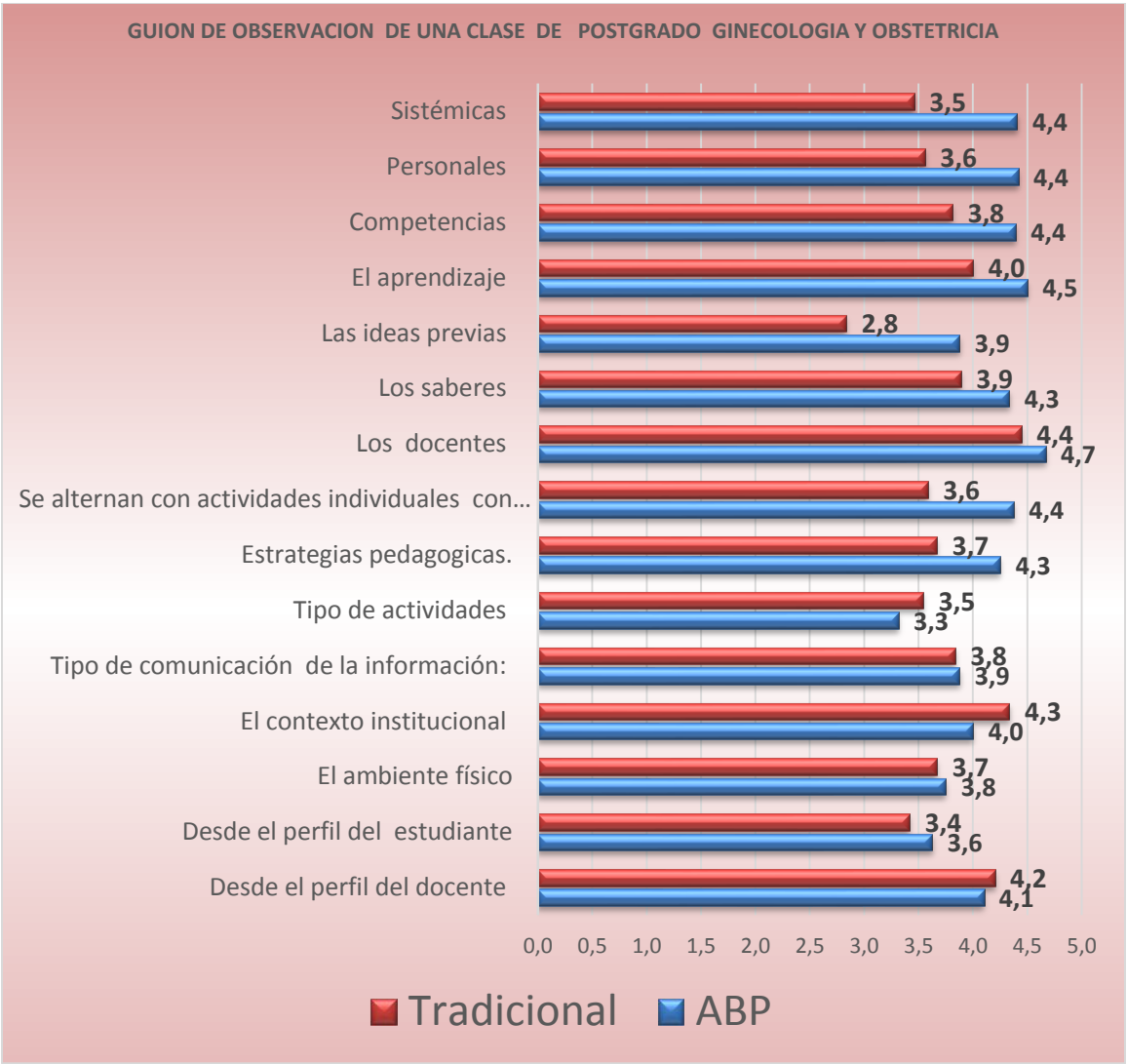


Figura 8. Guión de observación de una clase de postgrado. Fuente: Elaboración propia.

Durante la observación de una clase de postgrado, se evidenció que son los estudiantes del ABP puntuan mas alto en las preguntas que hacen alusión a lo sistémico como razonamiento crítico, reflexividad, liderazgo, tener motivación e iniciativa, en estas preguntas se observó una diferencia sustancial de 4.4 de ABP frente a 3.5 del modelo tradicional. Este aspecto se relaciona con la experiencia vivida en clase durante los seminarios. Se observó que los seminarios con el ABP mostraron una marcada influencia en la interación de los estudiantes de postgrado alrededor

de un problema y/o motivo de cosulta. Esto contrarresto con la pasividad de los estudiantes de la metodologia tradicional.

Otro aspecto a destacar es el referente a los docentes, se destacan preguntas relacionadas a la planeación de los objetivos, fomentar el aprendizaje e interactuar en el medio y darle sentido a las experiencias en el aula de clase, con relación a esto, se observó interacción de los estudiantes de postgrado encuanto a representación gráfica de sus aprendizaje, y el diseño de los mapas conceptuales y mentales, es asi con se observa una puntuación de 4.4 para el grupo de ABP frente a una puntuación de 3.6 del modelo tradicional (Iñiguez, 1999).

A los resultados referidos anteriormente se les calculó la t de student con el propósito de mostrar las diferencias las medias estadisticas

Sistémicas

Si significativo a favor del ABP. El razonamiento crítico, reflexividad, liderazgo, creatividad, tener iniciativa y ser resolutivo, tener motivación, búsqueda bibliográfica y utilización de los espacios y del tiempo están acordes con los lineamientos de la transformación educativa casi siempre en el grupo de ABP y algunas veces en el grupo tradicional siendo muy significativo. $P < 0.0000$.

Tabla 5. Resultados sistémicas.

SISTEMICAS	Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6	Col
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95 %		
ABP	32	4.4	0.8	.095	4.2	4.5	
TRADICIONAL	32	3.4	.098	.095	3.2	3.5	
PRUEBA DE T STUDENTS		T = 0.000					

Personales

Si hubo diferencias significativas a favor de ABP. Se favorece la capacidad de actuar autónomamente, la capacidad de integrase rápidamente y trabajar eficientemente en equipos interdisciplinarios y de colaborar en un entorno multidisciplinar, se fomenta la capacidad de relación interpersonal casi siempre en el grupo de ABP y algunas veces el grupo tradicional siendo muy significativo. P < 0.0010.

Tabla 6. Resultados personales.

PERSONALES					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95 %
ABP	12	4.41	.14	.51	4.08 4.74
TRADICIONAL	12	3.50	.15	.52	3.16 3.83
PRUEBA T STUDENTS		T = 0.002			

Las Competencias

Si hubo diferencias significativa favor del ABP

El grupo de ABP promueve siempre la capacidad de organización y planificación, de análisis síntesis y evaluación, se fomenta la capacidad de abstracción, crear y utilizar modelos que reflejan situaciones reales, se impulsa la capacidad de buscar, relacionar y estructurar información proveniente de diversas fuentes y de integrar ideas y conocimientos, promueve la resolución de problemas, se fomenta la capacidad de tomar decisiones, se favorece la capacidad para argumentar y justificar lógicamente las decisiones tomadas y las opiniones. Mientras que los del grupo tradicional algunas veces siendo muy significativo. P <0.0013.

Tabla 7. Resultados competencias.

LAS COMPETENCIAS	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95 %	
ABP	28	4.39	.12	.68	4.12	4.6
TRADICIONAL	28	3.64	.11	.62	3.4	3.8
PRUEBA DE SIGNIFICANCIA		T = 0.001				

El Aprendizaje

No hubo diferencias significativas

En el grupo de ABP casi siempre el aprendizaje como un cambio conceptual que compromete a los docentes y estudiantes en los procesos de enseñanza y aprendizaje y en el grupo tradicional algunas veces. P <0.3910.

Tabla 8. Resultados aprendizaje

EL APRENDIZAJE						
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	4.5	.28	.57	3.5	5.4
TRADICIONAL	4	3.75	.75	1.5	1.3	6.1
DIFERENCIA	4	.75	.75	1.5	-1,6	3.1
PRUEBA DE T STUDENTS		T> = 0.39				

Ideas previas

Si hubo diferencias significativas a favor del ABP. En el grupo de ABP las ideas previas casi siempre ejercen un obstáculo para la adquisición de nuevos saberes mientras que a los del grupo del seminario tradicional casi nunca las ideas previas ejercen un obstáculo para la adquisición de nuevos saberes. P < 0.0072.

Tabla 9. Resultados ideas previas.

LAS IDEAS PREVIAS					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	8	3.87	.22	.64	3.33 4.41
TRADICIONAL	8	2.87	.35	.99	2.04 3.70
PRUEBA T STUDENTS		T>=0.0072			

Los saberes

No hubo diferencias significativas entre los grupos de ABP y Tradicional

El grupo del ABP adquiere los saberes a través de la interacción con el medio social, físico y cultural, como un proceso activo contrastando sus propios significados para ver si se adecuan a la situación, construyendo significados de la realidad que los rodea siempre, mientras que los del grupo tradicional casi siempre. P < 0.1112.

Tabla 10. Resultados saberes.

LOS SABERES					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	12	4.33	.14	.49	4.02 4.64
TRADICIONAL	12	3.83	.20	.71	3.37 4.28
DIFERENCIA	12	.5	.28	1	-0.13 1.13
PRUEBA DE T STUDENTS		T>=0.11			

Actividades con actividades grupales

Si hubo diferencias significativas a favor del ABP: P > 0.0036; en el grupo de ABP cuando se alternaron las actividades individuales con las actividades reflexivas, grupales, se hicieron propuestas, sugerencias se hicieron aporte siempre y casi siempre en el grupo tradicional siendo significativo. P > 0.0036.

No hubo diferencias significativas, entre el perfil del docente del ABP y los docentes del modelo tradicional. Los docentes de ambos grupos tienen objetivos al plantear los contenidos a tratar, fomentan el aprendizaje activo, e interactúan con el medio al que tratan de darle sentido siempre. P < 0.1753.

Tabla 11. Resultados actividades grupales.

ACTIVIDADES GRUPALES						
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACCN ST	INTERVALC DE CONFIANZA 95 %	
ABP	16	4.37	.12	.5	4.10	4.64
TRADICIONAL	16	3.43	.18	.72	3.4	3.82
PRUEBA DE SIGNIFICANCIA		T = 0.003				

Estrategias pedagógicas

Si hubo diferencias significativas a favor del ABP P > 0.0046

Las estrategias pedagógicas son suficientes y adecuadas para el contenido, coherentes y pertinentes con la línea de tópicos a tratar y hay una adecuada correlación de teoría con la práctica siempre en el grupo de ABP y casi siempre en el grupo tradicional. P < 0.0046.

Tabla 12. Resultados estrategias pedagógicas..

ESTRATEGIAS PEDAGOGICA	Columna1	Columna2	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Col
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACIÒN ST	INTERVALO DE CONFIANZA		
ABP	12	4.25	.13	.45	3.95	4.5	
TRADICIONAL	12	3.58	.19	.66	3.15	4.00	
PRUEBA T STUDENTS		T = 0.0046					

Tipos de actividades

No hubo diferencias significativas entre el grupo de ABP y el Grupo tradicional.

En el grupo de ABP las actividades académicas que se desarrollan en el aula son suficientes para los procesos de aprendizaje, formativas y motivacionales casi siempre pero algunas veces para el grupo tradicional, aunque siempre hay sustento bibliográfico para ambos

grupos de los contenidos planteados, las actividades de enseñanza no magistrales como tareas, trabajo de laboratorio, trabajos practico son asumidas positivamente por los estudiantes de ambos grupos siempre y no son una carga para ellos . El clima de enseñanza algunas veces es aburrido, repetitivo, monótono, superficial para el grupo tradicional, y casi nunca para los de ABP. P <0.4926.

Tabla 13. Resultados tipos de actividades.

TIPO DE ACTIVIDADES					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	32	3.36	.22	1.28	2.85 3.77
TRADICIONAL	32	3.41	.15	.91	3.13 3.79
PRUEBA T STUDENTS		T>=0.49			

El tipo de comunicación de la información

No hubo diferencias significativas para ambos grupos, se comunican los conocimientos en forma tradicional casi siempre y en el grupo de ABP de forma innovadora casi siempre más que el tradicional. P < 0.5630.

Tabla 14. Resultados tipo de comunicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	8	3.87	.35	.99	3.04 4.70
TRADICIONAL	8	3.62	.25	.74	3.00 4.24
PRUEBA T STUDENTS		T>=0.5			

Desde el perfil del estudiante

No hubo diferencias significativas entre el grupo de ABP y el grupo tradicional

Los estudiantes de ABP reflejan aprendizaje suficiente de los contenidos abordados, realizan analogías desde lo vivencial o presente, aportan espontáneamente ejemplos, sugerencias, propuestas, iniciativas para mejorar su trabajo en el aula, hay procesos de participación y colaboración, se presenta clima de empatía, casi siempre, algunas veces repiten la información y casi nunca se presenta conflictos con el profesor.

Los estudiantes de la clase tradicional reflejan aprendizaje suficiente de los contenidos abordados, realizan analogías desde lo vivencial o presente casi siempre, aportan espontáneamente ejemplos, sugerencias, propuestas, iniciativas para mejorar su trabajo en el aula algunas veces, hay procesos de participación y colaboración, se presenta clima de empatía, casi siempre, algunas veces repiten la información y casi nunca se presenta conflictos con el profesor. $P < 0.2074$.

Tabla 15. Resultados desde el perfil del estudiante.

DESDE EL PERFIL DEL ESTUDIANTE					
	OBSERVACIONEES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	24	3.66	.20	1-00	3.24 4.09
TRADICIONAL	24	3.41	.19	.59	3.00 3.82
PRUEBA DE T STUDENTS		T>=0.20			

Desde el perfil del docente

Los docentes les dedican tiempo a sus alumnos para resolver dudas, ideas preconcebidas, aclara y refuerza los conceptos aprendidos, repasa las bases conceptuales previas al abordaje de un tema, hay clima de empatía casi siempre y algunas veces hay conflictos con el docente. En los grupos de ABP y tradicional no hubo diferencia significativa <0.7.

Tabla 16. Resultados desde el perfil del docente.

DESDE EL PERFIL DEL DOCENTE					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	15	4.33	.12	.48	4.06 4.60
TRADICIONAL	15	4.22	.31	1.2	3.53 4.86
PRUEBA DE T STUDENTS		T>=0.70			

Videos seminario con ABP vs metodología tradicional

De acuerdo con las características de la investigación, se hizo un registro detallado de observación, del contexto educativo, para consolidarlo como un instrumento de producción,

creatividad y análisis de la realidad vivida durante las sesiones con ABP. Los videos se constituyeron en un recurso para la investigación, experimentación y seguimiento de procesos en las sesiones y demás trabajos de tipo empírico que pueden dar cuenta de los procesos realizados en los seminarios, (ver anexos 15).

Son también un instrumento de auto observación en el aula de clase, y son una forma de difusión de la información, un soporte de almacenamiento o banco de producciones audiovisuales, y un recurso para el análisis crítico de producciones audiovisuales y de la circulación de la información.

En primera instancia se presentan las descripciones de las observaciones de los del seminario tradicional, (ver anexo 16). Posteriormente se presentan las descripciones de las observaciones de las sesiones de implementación del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia construido con la estrategia didáctica del aprendizaje basado en problemas.

El seminario tradicional

La **enseñanza tradicional más utilizada es el de la conferencia**, donde el estudiante de postgrado prepara su tema ayudado de diapositivas. Para Johnson, Johnson y Smith (1991), Leopard (2000), la conferencia tradicional que depende de la exposición verbal propone que el docente y/o estudiante de postgrado tiene el conocimiento ante los que supuestamente lo necesitan, no provee oportunidades para que los estudiantes de postgrado procesen, interpreten e internalicen los conceptos bajo estudio desde hace más de 1000 años (ver anexo 15).

Otras condiciones que restan efectividad a la conferencia tradicional incluyen acciones y persuasiones: Diagnóstico tratamiento etiología de la enfermedad, esquema de salud enfermedad;

medicamente efectos, usos, dosis recomendada, literatura médica, fisiopatología y histología del síntoma por ejemplo la endometriosis; asocia el uso del medicamento a la mejora en la calidad de vida, pero de manera global sin puntualizar cuales puntos específicos se mejorarían.

Álvarez (2000), indica que el modelo educativo tradicional apunta sólo a los niveles de conocimiento, comprensión y aplicación, y no alcanza a los de análisis, síntesis y evaluación que son precisamente los que permiten a los estudiantes obtener las mejores habilidades requeridas para programas curriculares actuales.

Los seminarios se centran en los docentes, y se fundamenta en que los estudiantes de postgrado tratan de resolverlo mecánicamente sin analizarlo a profundidad.

El docente se apoya en recursos como la pizarra, las presentaciones en power point, entre otros para favorecer la comunicación con los estudiantes de postgrado, funcionan como una extensión de los sentidos al poner al servicio del docente recursos, generalmente visuales, que pueden representar conceptos, sistemas de organización, imágenes reales, etc. Con las que el estudiante de postgrado puede alcanzar una mayor comprensión del contenido que recibe (Latasa, 2012).

Los medios de apoyo a la comunicación oral son, esencialmente, visuales. Dentro de esta tipología, en los últimos años, han ido apareciendo distintos medios capaces de representar una imagen cada vez más sofisticados, con mayores prestaciones como apoyo a la comunicación y con una gran capacidad icónica.

Las diapositivas han ampliado considerablemente las posibilidades de la comunicación oral, y, aunque no con el entusiasmo que, en otros foros, en el aula han tenido una presencia importante. Los sistemas de presentación de las imágenes proyectas y le han añadido sus propias características en cuanto al acceso, manipulación, ordenación y combinación de las mismas.

Es el método verbal utilizado para crear el contexto de aprendizaje, en los seminarios que el profesor es el especialista del tema, que domina la materia a la perfección, La enseñanza de los seminarios se fundamenta en la transmisión de los saberes del profesor que se traduce en conocimientos para el estudiante de postgrado. Se puede correr el peligro de que el profesor que tiene los conocimientos no sepa enseñarlos.

Durante los seminarios se observó que los estudiantes de postgrado tienden a copiar, a estar atentos a la conferencia que dicta el profesor, sin embargo, se nota una actitud pasiva frente a lo que se escucha. Las preguntas por lo general se hacen al final y la comunicación durante el seminario es muy escasa por que el proceso se centra en tratar de retener, copiar o registrar de alguna manera el mayor cúmulo de información (Roa, 2009).

Se observó en los videos, (ver anexo 15), el uso de transmisión de información, se comparten experiencias del docente expositor definido por los docentes como expertos, que esperan que a partir de compartir sus saberes y sus experiencias durante el manejo de casos clínicos y otras circunstancias del contexto de enseñanza aprendizajes, se ven reflejadas en la apropiación de competencias, habilidades tantos conceptuales, clínicas y procedimentales en el manejo del motivo de consulta y/o problema (Restrepo, 2005).

La **clases y seminarios tradicionales** requieren un esfuerzo en su preparación, son elementos que necesitan mucho tiempo y dedicación del profesor, en el que recae toda la responsabilidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, las clases magistrales se constituyen en mini clases previas a la actividad práctica, listados de objetivos apoyados en contenidos que sustentan los procesos que propone el currículo para el desarrollo del seminario.

Durante la observación de las clases se pudo evidenciar que la educación superior, los docentes muchas veces no tienen ningún tipo de formación en pedagogía, simplemente enseñan

cómo les enseñaron, es decir, a través de clases expositivas. Esta modalidad de enseñanza normalmente está focalizada en los contenidos, priorizando los conceptos abstractos sobre los ejemplos concretos y las aplicaciones. Las técnicas de evaluación se limitaron a comprobar la memorización de información y de hechos, procedimientos, diagnósticos y síntomas biológicos; ocupándose muy rara vez de desafiar al estudiante de postgrado a alcanzar niveles cognitivos más altos de comprensión (Rogoff, 1990). De esta manera, tanto profesores como estudiantes de postgrado refuerzan la idea de que en el proceso de enseñanza – aprendizaje el profesor es el responsable de transferir contenidos y los estudiantes de postgrado son receptores pasivos del conocimiento. En resumen, la conferencia tradicional estimula un aprendizaje mecánico, todo se aprende de memoria, fomenta una recepción pasiva del conocimiento.

Se observa que se reconoce y se valora el aporte de los expertos en una temática. Se deduce que el estudiante de postgrado está atento y receptivo a las sugerencias y planteamientos de quien expone varios temas. Se razona que el aprendizaje se da en mayor nivel para el estudiante de postgrado que tiene a cargo la exposición y que los que escuchan es muy poco lo que pueden aportar o ampliar al respecto, porque la responsabilidad recae sobre quien tiene a cargo la conferencia. En esta medida, se habla de un aprendizaje pasivo que descuida la necesidad de desarrollar el aprender cómo se aprende, esta necesidad tiene relación con los procesos y los factores cognoscitivos y también con los factores externos asociados con el aprendizaje.

Se reconocen los aportes referidos en la charla desde la experiencia del docente. Y acorde con esto responde a un estilo de clase magistral (Menéndez, 1994). Además, se observa que los estudiantes de postgrado se van con muchas ideas para investigar y leer, se plantea una clase más desde lo receptivo y sin miras a plantear un debate participativo. Se observa que las ilustraciones

y las ayudas didácticas que el docente utiliza para apoyar su clase, se constituyen en el fundamento de la clase, es el profesor el que prepara sus charlas y expone sus conocimientos y el estudiante de postgrado asume su actitud atenta a la escucha y receptiva, con el propósito de captar el mayor cumulo de información (Videla, 2010).

El parámetro de la sesión se mueve en dos ejes diagnóstico y tratamiento, se parte de un punto inicial para solicitar clínicos y paraclínicos e incluye solicitud de laboratorios.

Se recomienda primero diagnosticar antes que medicar, partiendo de un diagnóstico preciso, si no remitirlo a un especialista.

La primera sesión se centra en el diagnóstico, la segunda parte el tratamiento y luego la remisión al especialista.

Las **charlas magistrales** de los estudiantes de postgrado y de los docentes están soportadas por las diapositivas que inicialmente requieren una planificación del proceso enseñanza-aprendizaje. Se formulan los objetivos del tema y se diseñan las diapositivas, con imágenes, tablas y otros recursos que soportan la información, la utilización de medios audiovisuales creo el interés de los estudiantes de postgrado asistentes y mostro la experticia y manejo de la temática del docente que expone. De igual forma se da una planeación de actividades posteriores a la presentación de imágenes. Esta actividad es muy importante reconocer el valor y ayuda didáctica al medio utilizado en este caso a los soportes de imágenes, tablas, graficas, secuencias de proceso (Carrera, 2009).

De igual forma durante la charla y el uso de diapositivas se corre el riesgo de caer en la monotonía, en saturar al auditorio con demasiada información que se puede tornar difícil de retener.

El seminario aprendizaje basado en problemas

Nombre de la asignatura: Seminario de climaterio y Menopausia con la estrategia metodológica de Aprendizaje Basado en Problemas

Lugar: Salón de conferencias del cuarto piso. Hospital Engativá.

Participantes: Ocho estudiantes de postgrado

Tutor y/o Docente a cargo: Dr. Jacinto Sánchez Angaria.

La experiencia partió de un grupo pequeño de **4 estudiantes de postgrado**, (3 sesiones de 2 horas) guiados y dirigidos por un tutor / facilitador. En primera instancia se crea el ambiente en los seminarios de climaterio y menopausia, pasando por oleadas de calor, enfermedad cardiovascular, hemorragia uterina disfuncional y osteoporosis.

El tutor mencionó los procesos de aprendizaje que deben desarrollar los estudiantes de posgrado al terminar la residencia, entre los que se encuentran: Los estudiantes de posgrado deben lograr comprender el síntoma que refiere la paciente, y esto se traduce en que puedan hacer una lectura holística e integral de la comparación del motivo de consulta con el propósito de poder desengranar los componentes fisiológicos, psicológicos, sintomáticos que constituyen la manifestación del síntoma (Rosado, Rendas, & Gamboa, 2001). Por ejemplo, como pueden comprender, e interpretar un pólipo y todos sus componentes físico-patológicos, psicosociales, afectivos, cuando la paciente refiere que se siente mal.

Para desarrollar estrategias de pensamiento **se formularon preguntas, problemas**, con el propósito de mantener un ambiente constate de análisis, debate y disertación que permitiera comprender y visibilizar el proceso de aprendizaje de los estudiantes de postgrado para clasificar una serie de elementos, utilizar analogías, deducciones, e inducciones (Viesca, 2010).

Algunos ejemplos son:

Partiendo del propósito de hacer manejo integral de la paciente; ¿qué otros componentes son importantes de abordar en la consulta?

El problema fue el desencadenante para que el estudiante de posgrado ahondara en él, creará su propio contexto, acudiera a sus conocimientos previos, y creara una cadena de cuestionamientos **alrededor del motivo de consulta** con que llega la paciente.

Se creó un **contexto de investigación** permanente, en que el estudiante de postgrado se interesó constantemente por su autoaprendizaje, y moviendo un **clima de motivación** permanente para **introducir la construcción de conocimiento**. Con estos parámetros se buscó que el estudiante de posgrado fuera el protagonista del desarrollo del seminario, (Acevedo S. d., 2010).

Como **estrategia didáctica** se propuso la **elaboración, redacción y consolidación de una relatoría**, que incluyó, objetivos de conocimiento, de aprendizaje, preguntas y cuestionamientos generados a partir del problema y/o motivo de consulta.

Las **relatorías** se constituyeron en una forma de transcribir por escrito los procesos y los temas de aprendizaje que se encadenaban y complejizaban de acuerdo a la dinámica que el mismo grupo movilizaba durante la sesión (Arboleda., 2011).

Con las relatorías se demostró los diferentes estilos y prioridades que cada estudiante de posgrado tiene de su experiencia durante el seminario, en otras palabras, que esquema mental crearon de lo vivido durante el seminario con la metodología del aprendizaje basado en problemas.

Partir del ***problema*** (Baños, 2001) para iniciar el proceso de ***aprendizaje***, implicó crear el contexto para que el estudiante de postgrado organizara sus ideas en torno al problema y/o motivo de consulta, iniciando típicamente por identificar la amplia naturaleza del problema y los

principales componentes y factores involucrados en su aparición. Después se inició la **lluvia de ideas** (Barrows H. , 1996) con un **análisis crítico de las ideas y soluciones posibles**. Durante este proceso se vio que los miembros del grupo **empezaron a formular preguntas** sobre temas y conceptos que no entendían y que iban avanzando en su complejidad, de acuerdo con la **compresión del *motivo de consulta y/o problema***. Se irán enriqueciendo en la medida que se vayan consolidando el **trabajo participativo** (Bassan, 2007) de los estudiantes de postgrado. Partir de un problema simple, con poca información, los estudiantes de postgrado se responsabilizaron de su propio aprendizaje, explicaron y trasladaron al contexto de la consulta. El estudiante de postgrado se enfrentó a la forma como la paciente expresaba verbalmente su dolencia. Utilizando la remisión a especialistas para resolver el motivo de consulta y/o problema. Cuando el estudiante de postgrado escuchaba el problema y/o motivo de consulta se activaban los aprendizajes previos a partir de un análisis y la búsqueda de solución al problema. Se evidenciaron procesos reflexivos sobre lo aprendido, la aplicabilidad y la relevancia en la solución del motivo de problemas.

Un componente importante fue *la comunicación* por que permitió *intercambiar* y complementar lo que han aprendido desde la última sesión. Para cada sesión se propuso un enfoque más profundo que permitió ir ahondando en cada tema y/o problema, visualizando los componentes que consolidaban *la estructura del problema* (Watzlawiick, 1991). Se acudió a una *jerarquización de ideas y problemas que facilitó crear una secuencia lógica, explicativa y comprensiva del problema y/o motivo de consulta.*

Como profesional tratante que preguntas se le haría a la paciente con relación a otras esferas de su vida, por ejemplo, su vida sexual, emocional, psíquica, familiar.

El fundamento del ABP se derivó de *la construcción de conocimiento y este proceso se realiza sobre hechos, ideas y creencias* que los estudiantes adquieren con anterioridad, en función de este bagaje de los conceptos que se presentan a disposición del estudiante, esto se logró, paulatinamente, construyendo su conocimiento actual (Acevedo E. , 2010).

Con el proceso desarrollado en los seminarios, se partió de la *instrucción a la construcción de conocimiento*. Aprender no significa reemplazar un punto de vista por otro, ni sumar nuevo conocimiento al viejo, más bien es una transformación del conocimiento. Esta transformación, a su vez, se da a través del pensamiento activo y original del estudiante. La educación médica apoyada en el constructivismo implica la experimentación y la resolución de problemas y considera que los errores no son contrarios al aprendizaje, sino más bien la base del mismo (Ausubel D. , 1976).

Con el ABP se partió del *refuerzo del tutor para crear un interés en el estudiante de posgrado* **por** el tema de climaterio y menopausia. Esto es que los estudiantes de postgrado comprenden mejor cuando están envueltos en tareas y temas que les son de su interés. Partir del ABP como estrategia metodológica implicó que el tutor propusiera un problema y movilizara preguntas que impulsaran en los estudiantes de postgrado, el interés por la investigación, de igual forma el tutor movilizó una serie de actividades para apoyar y expandir esos intereses que sumen a los estudiantes de postgrado en el problema de aprendizaje (Barrell, 1999). En este punto se pudo ver que el estudiante de postgrado puede apoyarse para su aprendizaje en medios y recursos pedagógicos de mediación tecnológica, usados en modalidades, como son el correo electrónico, foros de discusión, seminarios, donde pueden proponer sus soluciones y puntos de vista, lo cual permitió descentralizar el conocimiento y hacerlo más plural y multidisciplinar (Torres, 2005).

Con el ABP se partió de *la autonomía de los estudiantes de postgrado* para trabajar su propio aprendizaje. El profesor abandonó su rol tradicional donde exigía sumisión por parte del estudiante de postgrado, pasando a fomentar la libertad responsable. Para el ABP la autonomía en el aprendizaje se desarrolla a través de las interacciones reciprocas a nivel personal y se manifiesta por medio de la integración de consideraciones sobre los pacientes y los profesionales de salud, los profesores (Martinez N. y., 2002).

Con el ABP se pasó de *la coerción del profesor al trabajo cooperativo y en grupo,* para esto las relaciones entre los estudiantes de postgrado son vitales. A través de ellas se desarrollaron los conceptos de equidad, justicia, democracia y se desarrolló un progreso académico y de aprendizaje.

En los seminarios se observó *lluvia de ideas*, y trabajo en colaborativo en el que cada uno propone sus puntos a tratar, la participación fue reflejo del nivel de preparación de los estudiantes de postgrado y del nivel de compromiso con la investigación y documentación del tema, (ver anexo 15).

Se observó que con el ABP el estudiante de postgrado se va con muchas preguntas y cuestionamientos para investigar, (Carretero, 1993; Ausubel D., 1976). La efectividad de la estrategia didáctica del ABP depende del compromiso en la *investigación y documentación* sobre los temas y problemas que se proponen para la próxima sesión, esto se traducen en el *autoaprendizaje,* que se va enriqueciendo de acuerdo a las sugerencias plateadas y del espíritu crítico y el *razonamiento crítico y reflexivo del estudiante de postgrado.* Asumiendo cada día una perspectiva de avance en su proceso de aprendizaje en la medida que su interés e inquietud por aprender y documentarse lo permiten.

Durante los seminarios con el ABP, se evidenció que *el internet presenta rasgos de un entorno de aprendizaje constructivo.* En los seminarios, se consideró el grupo de aprendizaje como un sistema abierto, guiado por el interés, iniciado por el estudiante de postgrado, e intelectual y conceptualmente provocador. La interacción fue sugestiva en la medida en que el diseño del entorno fue percibido por el estudiante de postgrado como significativo para su vida profesional (Pinzón, 2010).

Dentro de las observaciones del desarrollo del seminario se comprobó que las mujeres son más participativas y se muestran más interesadas en la preparación del tema. Las clases se tornan más dinámicas cuando ellas presentan el tema por que plantean preguntas reflexivas y con perspectiva para crear una cadena de cuestionamientos que surgen a raíz de un motivo de consulta inicial (Carretero, 1993).

Desde esta perspectiva, se podrá decir que en la comprensión y lectura del problema se crea desde una la lectura en red de problemas, que se van encadenando a partir de preguntas, con este proceso se puede mostrar la generación de problemas que son consecuentes con la lectura del motivo de consulta que el estudiante de postgrado está planteando (Zabalza M. , 2011).

Cabe destacar que esta parte requiere un nivel alto de investigación y preparación por parte del estudiante de postgrado, es así como se pudieron estudiar varios temas que se conectaron con el motivo de consulta, en términos del ABP, esto es leer los motivos de consulta que hacen parte de un sistema vivo y humano como es la mujer que consulta.

Esto implicó reconocer en la paciente su multidimensionalidad y singularidad tomando como punto de partida su historia personal y su historia clínica, todo esto enmarcado en un contexto que permitió movilizar diferentes problemas desde un mismo síntoma (Jessup, 1998).

Se destacó el uso de *reflexión y retroalimentación* por parte del tutor, para poner el problema en *perspectiva de análisis y comprensión* por parte del estudiante de postgrado. Con el propósito de entender y analizar el contexto del problema, sus componentes, y proponer las respectivas hipótesis que se conectan a la dinámica de continuar con una postura de reflexión y análisis de los múltiples problemas que se desglosan del primer motivo de consulta (Shipman, 2010).

En la medida que los seminarios iban avanzando se hicieron *mapas conceptuales*, que permitieron mapear sobre la pizarra la lectura del motivo de consulta y/o problema, esto ayudó a la creación de ideas a través de diagramas acompañado de ideas, frases, análisis y reflexiones que emergieron del dialogo apoyado en el juicio crítico. Además, las ideas expuestas a las miradas, pensamientos, y reflexiones de los asistentes (De la Herrán, 2008; Castañeda S., 2003).

La diagramación gráfica de las ideas que surgen alrededor de la *explicación y comprensión del caso clínico*, además permitió corregir, completar, replantear, redefinir y siendo una forma registrar ideas, percepciones, concepciones, conceptualizaciones y todos los componentes que hacen parte del conocimiento, resultado del trabajo en equipo que muestra los aportes y beneficios de la estrategia del aprendizaje basado en problema. El utilizar el pizarrón atrae el interés de los estudiantes de postgrado hacia la explicación. Todos los elementos expresivos que utilizamos en la pizarra se hacen en el momento y constituyen un acto de creación que añade interés a la exposición (De la Herrán, 2008).

La *última sesión* finalizó con una *lectura global e integral del problema***.** El proceso de solución de motivo de consulta, se enriqueció con la participación de los asistentes, quienes en la medida que avanzaban en la solución del motivo de consulta, presentaban sus *apuntes, aportes y preguntas* acerca de lo que les surgía en la discusión. El proceso se interrumpía *periódicamente*

por breves exposiciones, discusiones, o tareas de grupo para ayudar a clarificar conceptos o ampliar su perspectiva (Dibarboure, 2009).

Los *procesos cognitivos y metacognitivos* se muestran presentes en la forma en los videos (Campanario 2000; Brown, 1980). El uso de mapas conceptuales en el pizarrón permitió que los estudiantes de postgrado visualizaran, su propio conocimiento y manejo del motivo de consulta, esto mostro los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos durante la construcción conjunto del mapa conceptual y mental que ilustraba la estructura mental que emergía de todas las apreciaciones que los estudiantes de postgrado apuntaban acerca del motivo de consulta y/o problema (Flavell J. , 1976)

El conceptual permite ilustrar como durante su elaboración van fluyendo los conceptos y las hipótesis que surgen a partir del análisis, comprensión y explicación del motivo de consulta (Branda L. , 2004). El desglose de los problemas, las posibles soluciones traducidas en el tratamiento que muestra los diferentes aprendizajes que los estudiantes de postgrado muestran cuando discuten, justifican y articulan durante el abordaje del caso clínico acercándose cada vez más a realizar lectura integral del motivo de consulta y/o problema.

Proceso desarrollado para el análisis de casos clínicos con la estrategia metodológica ABP

Un caso clínico de enseñanza conduce a los estudiantes de postgrado a desear conocer más sobre el asunto en cuestión. Wassermann (1994), considera que debido a que el tratamiento del caso genera en el alumno una disonancia o reto por afrontar, esta es una gran oportunidad para guiarlo a la lectura de textos científicos, periodísticos y literarios, o a ver películas comerciales y documentales (Carvallo, 2010; Chaves, 2004).

Se hizo el **encuadre de la sesión**, se dejó en claro los puntos que se van a abordar y su sentido e importancia.

El tutor promueve un clima de respeto entre los participantes, así como asegurar que se realizará una discusión concienzuda y bien argumentada. El tutor debe mantener el giro de la discusión, evitar la dispersión o que sean sólo algunos estudiantes de postgrado los que hablen todo el tiempo. (Coll, 1999; Cordón, 2008).

El gran reto del tutor es no imponer sus puntos de vista, pero al mismo tiempo conducir la discusión, valorar su progreso, indicar nuevas direcciones y desempeñar con frecuencia el papel de "Abogado del diablo" (Davis M. y cols, 1999; Fasce, 2001).

La discusión orientada a un proceso de análisis centrado en la toma de decisiones, en la búsqueda de soluciones o vías de acción procede por lo general del diagnóstico o definición de la situación o problema contenido en el caso hacia la elaboración de opciones de elección y concluye con una reflexión del proceso (Norman G. S., 1992).

Se planteó el análisis del caso clínico en una secuencia no lineal y en espiral, mostrando un proceso interactivo, donde hay observación, análisis, prescripción evaluación. La discusión se construye poco a poco en torno a las preguntas que plantea el tutor. Pero éstas no deben verse como caminos cerrados, pues las respuestas de los participantes pueden conducir a nuevas interrogantes y reflexiones relevantes no previstas.

Aunque es difícil agotar un caso clínico por completo, en un momento determinado se tiene que arribar a un cierre puede consistir en una síntesis y puesta en común de lo dicho y concluido al respeto, en busca del consenso (Gianfranco, 2005). Otra opción es descubrir las distintas opciones, sus pro y contras, los consensos y disensos, y concluir que ninguna visión es definitiva. De cualquier manera, es importante un balance de los argumentos principales vertidos en torno a las ideas centrales del caso y una reflexión o reconexión del caso con los contenidos curriculares de origen (Gil, 1987). Los análisis del proceso del grupo y los equipos de trabajo, así

como la apertura de nuevas preguntas, tópicos y actividades que permitan expandir el caso, ayudarán a todos a vislumbrar que la experiencia tiene un amplio espectro y que los aprendizajes logrados son la base de otros nuevos.

La comunicación se convierte en el recurso más importante para poder expresar y verbalizar las inquietudes, aportes y sugerencias acerca de cualquier problema con el que se esté trabajando (Watzlawiick, 1991). *Comunicación cara a cara*, con un tono de voz acorde al contexto, utilizando un vocabulario comprensible, descriptivo y explicativo del motivo de consulta, acudiendo a elementos contextuales del problema que permitan ilustrar el problema en el ambiente de la vida real y condiciones prácticas, cotidianas y viables para que cuando se traslade este escenario a la consulta se pueda poner en práctica este *estilo de comunicación con la paciente* (Gianfranco, 2005). Esto con el propósito de que ella se sienta reconocida en su historia personal y clínica, y se pueda hacer una lectura comprensiva y explicativa del motivo de consulta, creando el camino para dar solución al problema (Moore P. G., 2010).

A continuación, se presenta el valor arrojado por la t de student sobre el guión de observación durante la relación médico-paciente. Se refleja la comunicación observada en la entrevista clínica. El propósito central fue establecer los niveles de conexión comunicativa y de identificación y comprensión del motivo de consulta y/o problema durante la entrevista. Se hizo una comparación entre los estudiantes de postgrado formados con la metodología tradicional versus los estudiantes que participaron con la metodología ABP. Seguidamente se presenta la tabla comparativa entre grupo control y el grupo experimental que muestra cualitativamente los hallazgos en las conexiones con la paciente y la identificación y comprensión de los problemas.

Guión de observación de la consulta

Relación médico - paciente

La relación médico–paciente se fundamenta en la comunicación que cada profesional de la salud construye en el escenario de la consulta, para mostrar como son las narrativas del paciente, del profesional de la salud, se utilizó el guión de observación de la consulta médica (ver anexo 5).

El propósito de mostrar la narrativa y **los procesos de negociación, critica, choque y/o aceptación durante la consulta**, apunta a reconocer las narrativas de los pacientes y profesionales de la salud frente a:

La narrativa es la forma fenomenológica en la cual el ser humano vive una enfermedad, un síntoma alguna dolencia, por eso es necesario que los estudiantes de postgrado comprendan cómo el paciente se construye a través de la narrativa.

La narrativa es necesaria para que el paciente pueda llevar a cabo las difíciles negociaciones que conllevan el malestar emocional o físico y transformar lo que para el sistema sanitario parece corriente (un dolor, una enfermedad crónica) en algo único y particular.

El paciente necesita que el profesional de la salud (estudiante de postgrado) por medio de su escucha, le ayude a construir su historia, esto es muy diferente de una entrevista que tiene como objetivo guiar las palabras del paciente para que el profesional obtenga la información que desea. El paciente necesita poder entrar en la relación con el profesional desde y con su perspectiva única e individual de su experiencia (Lekhtsier, 2017).

El profesional de la salud, al escuchar la narrativa del paciente, los significados más que los hechos, empezará a comprender los significados, que él otorga a su sufrimiento y el impacto que tiene en el contexto de su vida. Y más importante: el profesional puede comprender cómo la

narrativa puede aclarar aspectos sobre el malestar del que sufre que no son reconocidos de otra manera (Mishler, 1984).

El uso efectivo de habilidades comunicacionales realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a su paciente. Por un lado, el médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión (Stewart M. , 1995) y por otra disminuyen las demandas y litigios iniciados en su contra (Tamblyn, 2007). El nivel de satisfacción de ambos aumenta (Lewin, 2001).

Dentro de las metas de la comunicación médica están: el promover el vínculo y la colaboración entre el médico y el paciente; lograr aumentar, la precisión en la definición de los problemas presentado por el paciente y sus diagnósticos; la eficiencia de la entrevista, redunda en un mejor diagnóstico con un plan de manejo aceptado por el paciente todo en un tipo adecuado. Con la comunicación médica se brinda apoyo al paciente; se obtiene mayor satisfacción tanto para la paciente como para el médico tratante; se logra mejor atención en salud a la población usuaria.

La relación entre la comunicación y la adherencia al tratamiento no es simple (Haymes, 2008), una revisión sistemática concluyó que altos niveles de adherencia están asociados sólo con aquellos modelos de comunicación que toman en consideración las actitudes, las creencias y las preferencias de las pacientes permitiendo un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión (Coambs, 1995).

A continuación, se presentan las observaciones de la interacción médico-paciente durante la consulta. En la práctica clínica de los estudiantes de postgrado pertenecientes al grupo control es decir formado con metodología tradicional versus metodología con el ABP.

El contenido de la comunicación de las narrativas

Bruner (1986), sostiene que el método de negociar y renegociar significados, a través de explicaciones narrativas, es uno de los logros más destacados del desarrollo humano. Las narraciones son parte del bagaje para enfrentar sorpresas, enseñan a imaginar que podría ocurrir a adentrarnos en el reino de lo posible. Las narraciones de los pacientes, se refieren a la manera en que padecen o están enfermos y esto solía ser para los médicos un dato central para el diagnóstico. Comprender el contexto narrativo de la enfermedad, permite acercarse al problema del paciente de una manera holística y brinda una posibilidad crucial para su comprensión.

De acuerdo con esto, en las tablas se muestra la comparativamente como se da el proceso de intercambio de narrativas entre el profesional de la paciente y la paciente alrededor del motivo de consulta. Se observa que los profesionales formados con la metodología de ABP negocian las narrativas acerca del motivo de consulta, es decir el profesional escucha el contexto sobre el cual aparece el problema y se conecta con la paciente a partir de sus narraciones, esto se demuestra porque en una escala de 0 a 4, 3 profesionales de la salud, negocian los significados del problema; con relación a las paciente en una escala 0 a 4, 3 pacientes aceptan las narrativas presentes en la comprensiones del problema. Esto ilustra que tanto profesional como paciente logran la comprensión y comparten los significados acerca del problema. Se observa también que en una escala de 0 a 4, tanto profesional como paciente critican las comprensiones acerca del problema. En el grupo del ABP no se presentan choques. esto se infiere por que el estudiante de postgrado formado con ABP, crea una mejor empatía con la paciente, esto hace que la paciente exprese mejor su motivo de consulta, así el profesional de la salud comprenda y entienda más su narrativa, estos factores determinan que la resolución del motivo de consulta este más en consonancia con lo que la paciente espera que pase en la consulta.

En contraposición se observa que los profesionales formados con la metodología tradicional en una escala 0 a 4, 0,5 negocia el tratamiento, esto se da en el mismo rango de respuesta para las pacientes. En la metodología tradicional también se observa que las pacientes chocan con las narrativas de los profesionales en una escala de 0 a 4, 2 chocan ; en una escala de 0 a 4, 1 paciente critica la comprensión del significado del problema.

En cuanto al contenido del mensaje, se destaca que con los profesionales formados con la metodología ABP crean un contexto narrativo que le permite a la paciente expresar su historia y narrar sus significados acerca del problema de igual manera se da una aceptación y negociación en mayor escala que el grupo tradicional. Estas observaciones corresponden al contenido del mensaje.

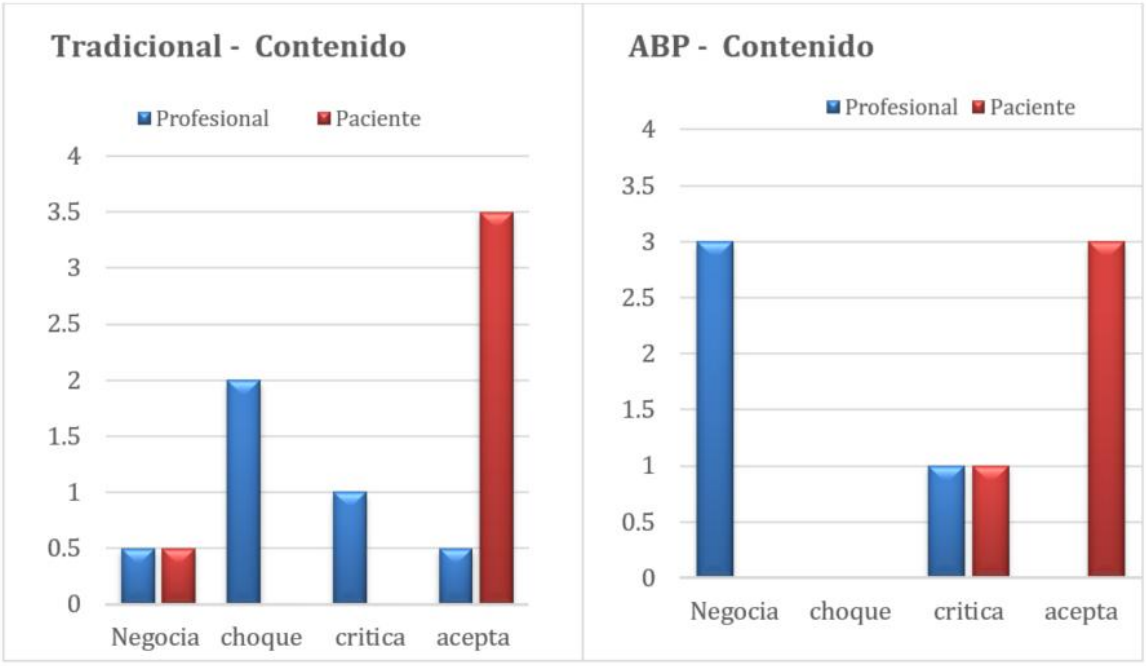


Figura 9. Contenido del mensaje. Fuente: Elaboración propia.

La forma de la comunicación de las narrativas

La forma como se comunican profesional de la salud y la paciente muestran como es el nivel de escucha, e interacción entre los dos.

En la medicina convencional, el profesional, a menudo, cree que escuchar la narrativa del paciente le quita tiempo del trabajo "importante", cuando, en realidad, la escucha de la narrativa del paciente ahorra tiempo ya que ayuda al profesional a comprender mejor al paciente, y también le da la satisfacción de sentirse más útil y humano, de ser un testigo empático (Valverde, 2006).

Para llevar una escucha eficaz de la narrativa, el profesional necesita desarrollar competencias narrativas para estar más atento a las pacientes, ser más reflexivo y aumentar la empatía. La formación integral, elaboración y supervisión sobre la escucha de la narrativa ayudan a que el profesional de la salud sea más cercano en interpretar las historias del paciente: sus palabras, silencios, metáforas y alusiones. Con práctica y formación, el profesional de la salud puede imaginar mejor lo que vive el paciente y desarrollar la "imaginación clínica" para darse cuenta de los significados que tiene para el paciente su experiencia y captar la dimensión ética (Warmock, 1976).

A continuación, se presenta desde el modelo tradicional versus el ABP con relación a la forma como se transmite la narrativa como se interactúa entre el estudiante de postgrado y la paciente en la consulta clínica (ver anexo 5).

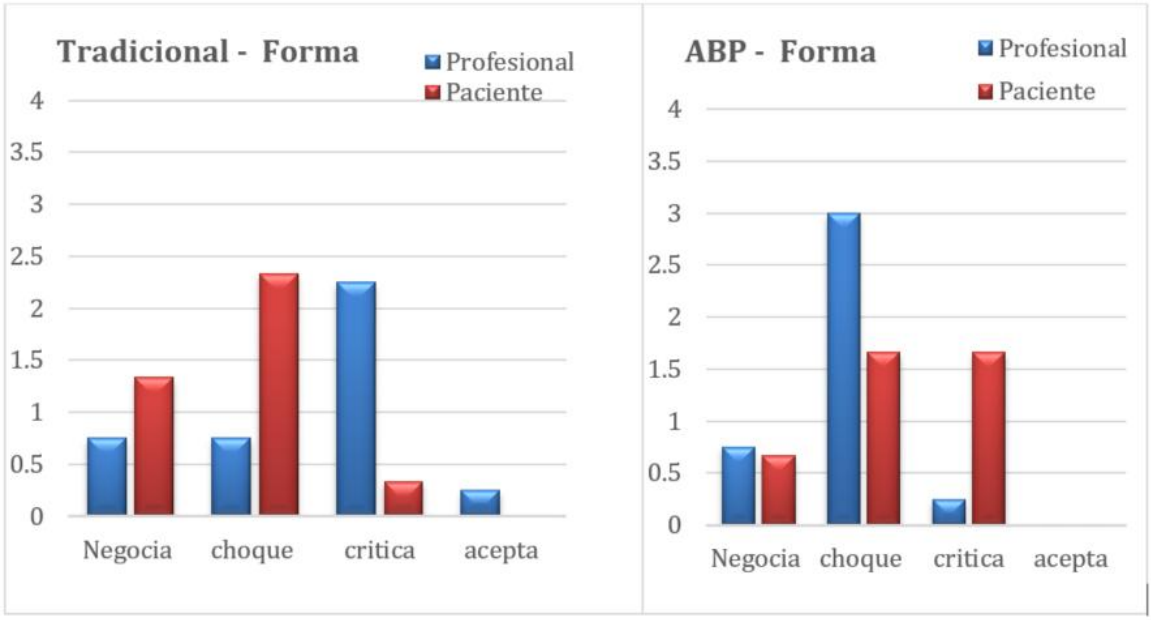


Figura 10. Forma en el mensaje. Fuente: Elaboración propia.

Los profesionales de la salud tienden a querer que el paciente viva su situación y sus auto-cuidados de una cierta manera, ya para intentar conseguirlo, presionan a los pacientes amablemente, insistiendo y repitiendo consejos. Pero esta metodología fracasa (Valverde C. , 2007), porque, aparte de que el ser humano no quiere ser dominado, las expectativas de profesional de la salud no encajan con los significados que el paciente da a su experiencia. Al no trabajar centrado en los significados del paciente, el profesional de la salud pondrá en juego la relación terapéutica y el paciente se sentirá más solo en su proceso.

Para poner en práctica, el reconocimiento y escucha de las narrativas del paciente con los significados que le da al síntoma y/o motivo de consulta, se requiere ver al paciente y crear una relación terapéutica, escuchar los significados en la narrativa del paciente; reflexionar y hacerse preguntas sobre lo que dice el paciente, y escribir sobre la narrativa y analizarla. Al escuchar y acompañar al paciente durante su narración del motivo de consulta, el profesional de la salud lo ayuda a construir su narrativa y a retomar el control que le ha quitado su malestar o su

enfermedad. Es necesario ir más allá del diagnóstico y tener una visión personal, social y el significado simbólico en la experiencia del paciente (Henderson., 1988), En la narrativa del paciente se ve quien es la persona y no tanto "lo que tiene".

En la relación terapéutica del paciente con el médico formado con la estrategia de ABP se observó que el profesional de la salud, choca con los que dice la paciente acerca de su diagnóstico y tratamiento, en una escala de 0 a 4, en 3 el profesional de la salud choca; mientras que en 1.7 es el paciente el que choca y critica el tratamiento y el diagnóstico, esto se puede inferir por que la comunicación entre el profesional de la salud y la paciente no está en sincronía acerca de las interpretaciones y comprensiones sobre el motivo de consulta, no de la propuesta del tratamiento. En este grupo no se da la aceptación en el tratamiento y comprensiones del problema.

En contraposición el grupo tradicional que la paciente choca en una escala de 0 a 4, 2.7 choca, mientras que el profesional de la salud critica las narrativas de la paciente, en un rango de 2.5. Esto es que el profesional prioriza la comunicación no verbal, esta forma de comunicación es interpretada como una crítica por que la comunicación se diluye entre silencios, confusión, pausas en el que la paciente no comprende muy bien lo que está percibiendo el profesional de la salud acerca de su tratamiento.

En los participantes del grupo tradicional se da la aceptación, los profesionales de la salud aceptan el tratamiento en una escala de 0 a 4, 0.5 aceptan. Este es el tipo de comunicación puede ser autoritario, dado que el estudiante de postgrado no interactúa con la paciente de una forma dialogada consensuada, sino que se vuelve impositivo con la paciente. En este aspecto es importante tener en cuanta como es la interacción de la paciente con el profesional de la salud.

Resolución del motivo de consulta y/o problema

Crear el contexto con la estrategia didáctica ABP para la resolución del motivo de consulta y/o problema, requiere plantear un caso clínico con fines de enseñanza. Wasserman (1994), considera que los casos son ante todo herramientas instruccionales que abren la puerta a múltiples vías para el estudio de un tema de relevancia y actualidad, mediante el acceso a fuentes muy variadas de información. Para abordar los casos clínicos se requiere los siguientes elementos instruccionales o fases en la enseñanza basada en casos: la selección y construcción del caso; la generación de preguntas clave para su estudio o análisis; el trabajo en equipos pequeños; la discusión del caso y su seguimiento.

Esta propuesta coincide y amplia otras metodologías para la enseñanza basada en casos reportadas en la literatura y considera los roles e interacción conjunta que ocurren entre profesores y estudiantes de postgrado (Paulsen, 2011). El rol de los profesionales de la salud es de "estar", al tanto de las historias del paciente, de estar abiertos a las narrativas con o sin palabras. Para poder "estar", el profesional necesita liberarse de estar centrado en sí mismo y enfocar su atención en el otro, mirarle con atención para entrar en su mundo y ayudar a que la paciente construya su historia, en vez de hacer una entrevista con preguntas guiadas.

La escucha atenta del profesional ayuda al paciente a encontrar su historia y a dar sentido a su experiencia si el profesional reconoce que el sufrimiento tiene gran poder sobre el paciente y que no puede evitar que lo cambie. Al contar su historia y ser comprendido por el que escucha, será más fácil que el paciente pueda elaborar los nudos que existen sobre sus problemas, malestares y alteraciones y le será más fácil poder organizar su nueva vida.

Con relación a las observaciones de los estudiantes de postgrado formados con el ABP y su relación con las pacientes (ver anexo 5), se concluyó lo siguiente:

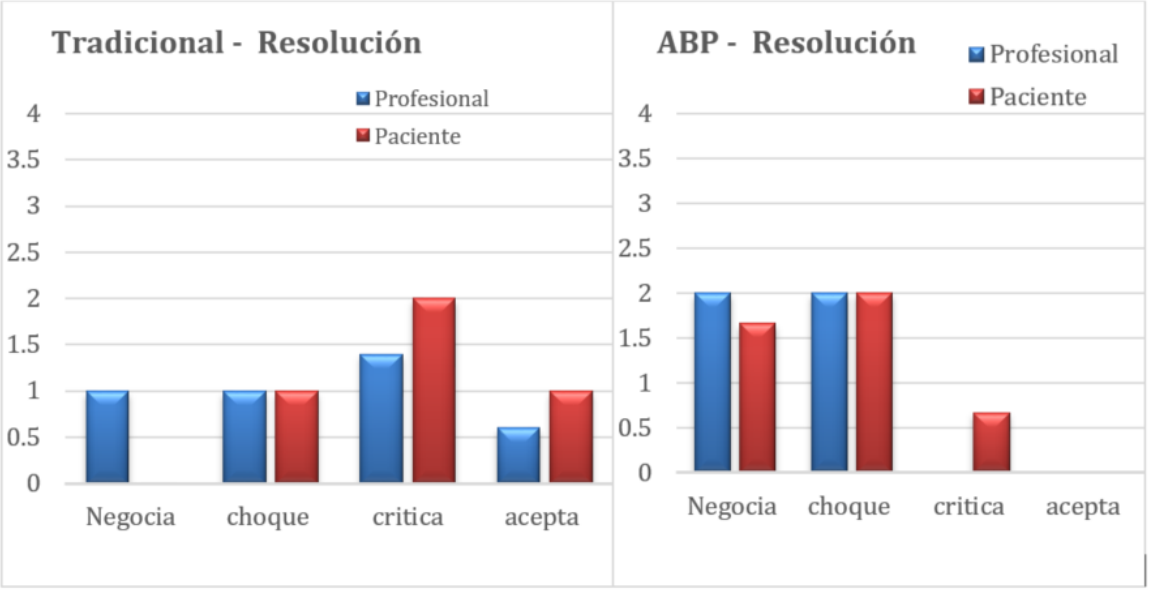


Figura 11. Resolución del motivo de consulta. Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de ABP la interacción del profesional de la salud y la paciente se da un chocan en la resolución del motivo de consulta, en una escala de 0 a 4, 2 tanto profesionales como paciente chocan en la estrategia para resolver el motivo de consulta. Para llegar a un consenso en la resolución de problemas el profesional de la salud negocia en una escala de 0 a 2 al igual que la paciente negocia de 0 a 1.5, probablemente porque, tanto profesional de la salud y paciente seden en sus narrativas acerca de cómo resolver el motivo de consulta y que proceso se da en el mismo.

En el grupo tradicional se mantiene un choque de 0 a 1 tanto profesional como paciente chocan en la resolucion del motivo de consutal; en una scala de 1,7 lo profesionales critican la resolucion del motivo de consulta, al repecto las pacientes critican la estrategía de resolución en una escala de 0 a 2, critican la forma como se le da solucion al motivo de consulta. Este aspecto esta asociado a la solicitud de laboratorios, tener que programar una cita para que le formulen los

medicamentos, esta puntación puede estar asociada a sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre profesional y el paciente.

Encuesta de satisfacción de la paciente

En todos los ítems referidos en la encuesta de satisfacción de atención a pacientes en Obstetricia y Ginecología, se observa que los estudiantes de postgrado formados con la estrategia metodológica del ABP obtuvieron mejor calificación que con el modelo tradicional. Para evaluar la interacción del estudiante de postgrado con la paciente se hicieron preguntas referentes a sí el estudiante de postgrado saluda a la paciente, sí incluye necesidades emocionales, sí hay examen físico y síntomas y como se sintió, sí respeta su pudor, sí el médico sabe el nombre de la paciente que está atendiendo, sí se comunica acerca del tratamiento y manejo de los síntomas, sí explica claramente acerca de la enfermedad, ofrece ayuda durante la consulta, sí el estudiante de postgrado se ha ganado la confianza de la paciente y finalmente sí la paciente considera que su problema y/o motivo de consulta se ha resuelto.

Para mostrar la escala cualitativa de frecuencia de la Satisfacción de atención a pacientes en Obstetricia y Ginecología, a continuación, se presenta la tabla comparativa entre grupo control versus el grupo experimental.

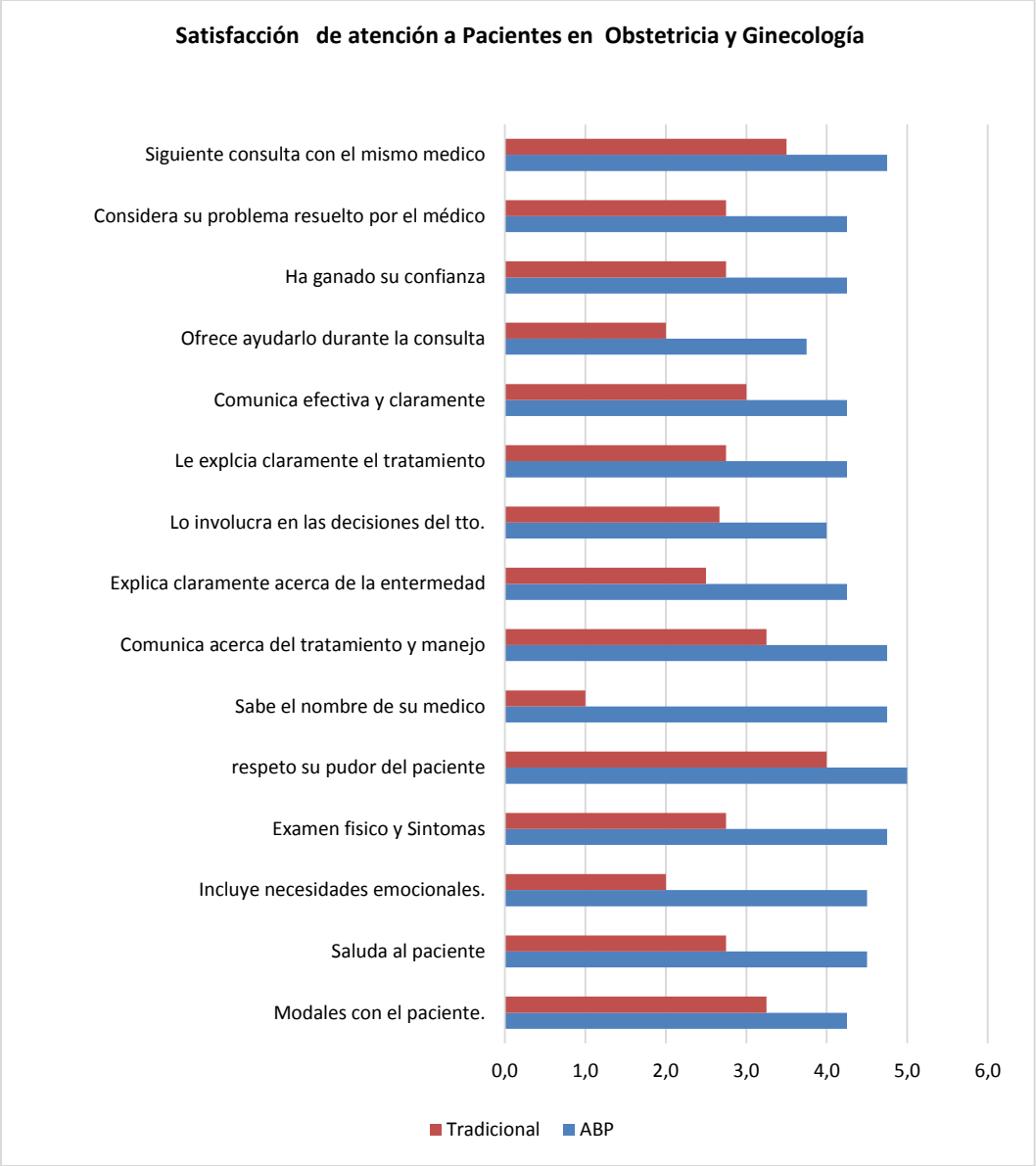


Figura 12. Encuesta satisfacción de la paciente. Fuente: Elaboración propia.

En todos los ítems referidos en la encuesta de satisfacción de atención a pacientes en Obstetricia y Ginecología, se observa que los estudiantes de postgrado formados con la estrategia metodológica del ABP obtuvieron mejor calificación que con el modelo tradicional. Para evaluar la interacción del estudiante de postgrado con la paciente se hicieron preguntas referentes a sí el

estudiante de postgrado saluda a la paciente, sí incluye necesidades emocionales, sí hay examen físico y síntomas y como se sintió, sí respeta su pudor, sí el médico sabe el nombre de la paciente que está atendiendo, sí se comunica acerca del tratamiento y manejo de los síntomas, sí explica claramente acerca de la enfermedad, ofrece ayuda durante la consulta, sí el estudiante de postgrado se ha ganado la confianza de la paciente y finalmente sí la paciente considera que su problema y/o motivo de consulta se ha resuelto (Valverde C. , 2007).

En las siguientes tablas se muestra el valor de la t de student de las categorías que fueron significativas para la satisfacción de la paciente:

La paciente programa su siguiente consulta con el mismo medico

Las pacientes atendidas por los estudiantes del seminario con ABP programan una nueva cita con el mismo médico tratante con mayor frecuencia que los estudiantes del grupo del seminario tradicional.

Cualitativamente se puede inferir que en una escala de 1 a 5 que los estudiantes de postgrado del ABP puntuaron más alto y más relevante sí la siguiente consulta la tomarían con el mismo médico, a esto manifestaron que si en 4.8 están de acuerdo.

Mientras que en los estudiantes de postgrado formados con el modelo tradicional la puntuación fue de 3.8, esto quiere decir que hay un buen número de pacientes que no volverían a consulta con el mismo profesional que la atendió.

Tabla 17. *La paciente* programa su siguiente consulta con el mismo médico.

LA PACIENTE PROGRAMA LA SIGUIENTE CONSULTA CON EL MISMO MEDICO						
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVI STACION	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	4.75	.25	.5	3.9	5.5
TRADICIONAL	4	3.75	.28	.57	2.5	4.4
PRUEBA T STUDENTA			0.01			

La paciente considera su problema resuelto por el médico

Los estudiantes del seminario con ABP resuelven el problema de consulta de sus pacientes con mayor frecuencia que los del grupo del seminario tradicional.

Tabla 18. *La paciente considera su problema resuelto por el médico.*

LA PACIENTE CONSIDERA RESUELTO SU PROBLEMA POR MEDICO					
OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4 3.75	.47	.95	2.2	5.2
TRADICIONAL	4 2.75	.25	.5	1.9	3.5
PRUEBA T STUDENTS	0.09				

El médico gana la confianza de su paciente

Los estudiantes del seminario con ABP se ganan la confianza de sus pacientes con mayor frecuencia que los del grupo del seminario tradicional.

Tabla 19. Confianza.

EL MEDICO GANA LA CONFIANZA DE LA PACIENTE						
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	4.25	.25	.5	3.4	5.04
TRADICIONAL	4	2.75	.25	.5	1.9	3.5
PRUEBA T STUDENTS		T=>0.013				

El médico se ofrece ayudarla durante la consulta

Los estudiantes del seminario con ABP se ofrecen a colaborarle a sus pacientes durante la consulta con mayor frecuencia que los estudiantes del grupo del seminario tradicional.

Tabla 20. Ayuda.

EL MEDICO OFRECE AYUDAR A LA PACIENTE DURANTE LA CONSSULTA						
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	3.75	.47	.95	2.22	5.2
TRADICIONAL	4		2.43	.81	.70	3.2
PRUEBA T STUDENTS		1.10				

El médico tiene comunicación clara y efectiva

Tabla 21. Comunicación clara y efectiva.

EL MEDICO TIENE COMUNICACIÓN CLARA Y EFECTIVA						
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	4.25	.25	.5	3.45	5.04
TRADICIONAL	4	3 .40	.81	1.70	4.29	
PRUEBA T STUDENTS		T = > 0.079				

El médico explica claramente el tratamiento

Tabla 22. Explicación del tratamiento.

EL MEDICO EXPLICA CLARAMENTE EL TRATAMIENTO						
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	4.25	.25	.5	3.45	5.04
TRADICIONAL	4	2.75	.25	.5	1.95	3.54
PRUEBA T STUDENTS		T =>0.013				

El médico la involucra en las decisiones del tratamiento

Los estudiantes del seminario con ABP involucran a sus pacientes en las decisiones del tratamiento con mayor frecuencia que los del grupo del seminario tradicional.

Tabla 23. Involucramiento.

EL MEDICO INVOLUCRA A LA PACIENTE EN LAS DESICIONES DEL TRATAMIENTO					
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	4	4	0	0	4 4
TRADICIONAL	4	2.5	.5	1 .09	3.09
PRUEBA T STUDENTS		T =>0.057			

El médico explica claramente de su enfermedad

Los estudiantes del seminario con ABP les explican claramente a sus pacientes de las características de su enfermedad en mayor frecuencia que los del grupo de seminario tradicional.

Tabla 24. Explicación de la enfermedad.

EL MEDICO EXPLICA CLARAMENTE DE SU ENFERMEDAD A LA PACIENTE						
	OBSERVACCION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	4.25	.25	.5	3.45	5.04
TRDICIONAL	4	2.5	.28	.57	1.58	3.41
PRUEBA DE T STUDNTS		T =>0.0060				

El médico le comunica acerca de su tratamiento

Los estudiantes del seminario con ABP le explican a sus pacientes el tratamiento que van a seguir con mayor frecuencia que los del grupo del seminario tradicional.

Tabla 25. Información del tratamiento.

EL MEDICO LE COMUNICA EL TRATAMIENTO A LA PACIENTE					
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	4	4.75	.25	.5	3.55 5.54
TRADICIONAL	4	3.25	.25	.5	2.45 4.04
PRUEBA T STUDENTS		T=0.0138			

La paciente sabe el nombre de su médico

Los estudiantes que realizaron el seminario con ABP le informan con mayor frecuencia a sus pacientes el nombre del médico que la va atender que los del grupo del seminario tradicional.

Cualitativamente en el proceso de interacción con la paciente, se infiere que los estudiantes de postgrado formados con el modelo tradicional, con relación a la pregunta que sí se sabían el nombre de la paciente en la escala de 1 a 5 sólo en 1.0 constaron que están de acuerdo con que el estudiante de postgrado se sabe el nombre de la paciente, es decir que la gran mayoría de los médicos no se saben el nombre de la paciente, este puede ser un factor para que la paciente se sienta insatisfecha.

Mientras que el mismo ítem en los estudiantes de postgrado formados con el ABP puntuó 4.8, esto indica que los estudiantes de postgrado del ABP sí se saben el nombre de la paciente que están atendiendo y esto se traduce en mejor atención y empatía por que la paciente se siente reconocida por el profesional que la está atendiendo, y puede incidir en la confianza que la paciente sienta por el médico.

Tabla 26. Datos del médico.

LA PACIENTE SABE EL NOMBRE DEL MÉDICO							
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACON ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95 %		
ABP	4	4.75	.25	.5	3.95	4.54	
TRADICIONAL	4	1	0	0	1	1	
PRUEBA DE T STUDENTS		T = 0.0006					

El médico respeta el pudor de la paciente

Los estudiantes que realizaron el seminario con ABP respeta con mayor frecuencia el pudor de sus pacientes que los que realizaron el seminario tradicional.

Tabla 27. Respeto.

EL MEDICO RESPETA EL PUDOR DE LA PACIENTE						
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR STT	DESVIACION S	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
ABP	4	5	0	0	5	5
TRADICIONAL	4	4	0	0	4	4
PRUEBA T STUDENTS		T =0.000				

El médico pregunta sobre el estado físico y síntomas de la paciente

Los estudiantes que participaron el seminario con ABP preguntan sobre el estado físico y síntomas con mayor profundidad que los que realizaron el seminario tradicional.

Tabla 28. Pregunta estado físico y síntomas.

EL MEDICO PREGUNTA POR ESTADO FISICO Y SINTOMAS DE LA PACIENTE					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTEVALO DE CONFIANZA 95 %
ABP	4	4.75	.25	.50	3.55 5.54
TRADICIONAL	4	2.75	.47	.97	1.22 4.27
PRUEBA DE T STUDENTS		T =0.045			

El médico incluye necesidades emocionales de las pacientes

Los estudiantes que realizaron el seminario con ABP incluyen con mayor frecuencia las necesidades emocionales de las pacientes que los que hicieron el seminario tradicional.

Tabla 29. Necesidades emocionales.

INCLUYE EMOCIONES DE LA PACIENTE					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	4	4.5	.28	.57	3.58 3.41
TRADICIONAL	4	2	0	0	2 2
PRUEBA T STUDENTS		t>=0.0032			

El médico incluye necesidades emocionales de la paciente

Los estudiantes que realizaron el seminario con ABP saludan a sus pacientes con mayor frecuencia que los estudiantes del seminario tradicional.

Tabla 30. Cordialidad.

EL MEDICO SALUDA A LA PACIENTE					
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ABP	4	4.5	.28	.57	3.58 5.41
TRADICIONAL	4	2.75	.25	.5	1.95 3.54
PRUEBA T STUDENTS		T>= 0.035			

Modales con la paciente

Los estudiantes que realizaron el seminario con ABP tuvieron mejores modales con sus pacientes que los que hicieron el seminario tradicional.

Tabla 31. Modales.

EL MEDICO Y LOS MODALES	Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6	Columna7
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		
ABP	4	4.5	.288	.577	3.568	5.418	
TRADICIONAL	4	2	0	0	2	2	
PRUEBA DE T STUDENTS		T = 0.0032					

Resultados generales correspondientes al tercer objetivo

En esta fase se condensa los resultados de la aplicación del módulo, la caracterización de los cambios en la formación relacionados con los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos de los estudiantes de postgrado de obstetricia y ginecología en el tema del manejo

integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico - paciente, luego de la aplicación de módulo construido desde la estrategia didáctica del ABP.

Evaluación por el tutor de la sesión con el ABP

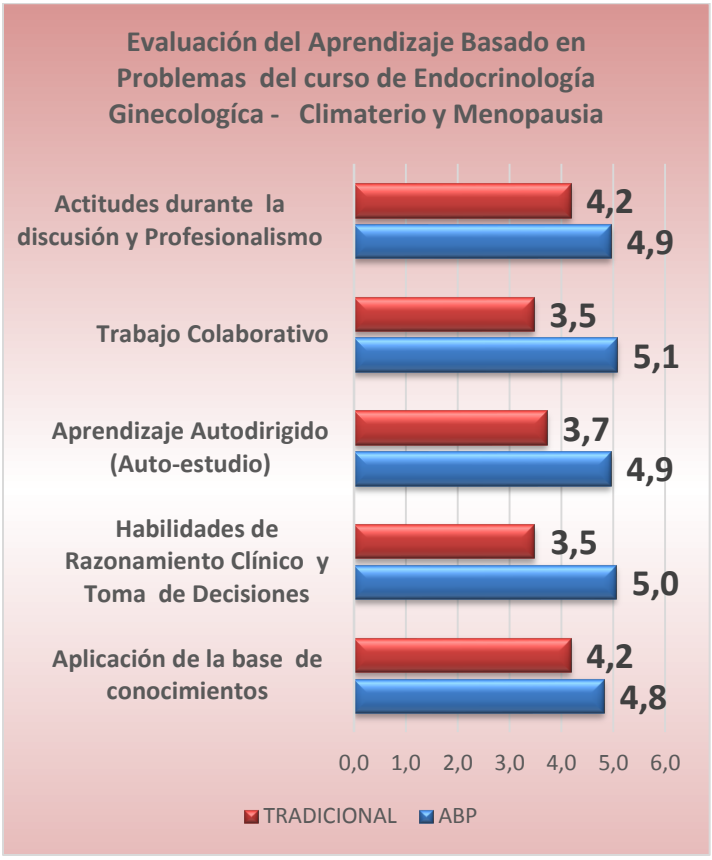


Figura 13. Evaluación de sesión. Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se presenta las percepciones y observaciones del tutor durante las sesiones con ABP comparado con el grupo del seminario tradicional, en un escala de 1 a 6 en el item trabajo colaborativo los estudiantes del grupo del ABP puntuaron 5.1 frente al grupo tradicional estudiantes 3.5, en este aspectos se promovió el trabajo colaborativo, las actitudes durante la discusión y profesionalismo que puntuaron en el grupo del ABP 49 frente al grupo tradicional 4.2; en la aplicación de la base de conocimiento, los estudiantes del grupo ABP puntuaron 48

frente a 4.2 que puntuaron los estudiantes de la metodología tradicional; en este item se demostró que los estudiantes formados con el ABP ganaron habilidades en todos los items arriba mencionados, como son habilidades de razonamiento clínico y toma decisiones, que puntuaron en una escala de 1 a 6, los estudiantes del grupo formados con el ABP 4,9 frente 3.7 que puntuaron los del grupo tradicional.

Para evaluar los seminarios con los estudiantes de postgrados, se *evaluaron y partieron de, ¿ cómo se desarrolló la sesión con el ABP?,* se propuso la evaluación tanto personal como grupal del proceso, para medir el progreso de los estudiantes de postgrado y esto partió de la autoevaluación y evaluación por pares que se dio al finalizar cada caso; es así como las evaluaciones formales adicionales midieron las habilidades para resolver problemas, de autoaprendizaje, destrezas clínicas y la capacidad de recuperar y aplicar el conocimiento integrado en el trabajo con un caso clínico particular.

En este orden de ideas, se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo profesional de la salud usted trabaja hacia el logro de los objetivos del grupo acerca del climaterio y la menopausia?, al respecto los estudiantes de postgrado contestaron: "Si, con la búsqueda de información en ocasiones hay artículos o información de los cuales no todo el grupo tiene conocimiento y al compartirlos se ayuda a la resolución de los objetivos establecidos acerca de climaterio y menopausia", "Si con intercambio de información y experiencias", "Sí, con la participación en dichas actividades". Tanto la evaluación como la actitud investigativa se convierten en una forma de revisar sí cumplen o no los objetivos plateados para cada sesión.

Los estudiantes de postgrado *son capaces de obtener información adecuada y actual sobre el climaterio y la menopausia* al respecto señalaron: "Si, con la búsqueda en bases de datos y estableciendo cuales son los artículos de mayor calidad. Sin embargo, no siempre me queda

fácil buscar la información más reciente". "Si conozco rutas de búsqueda". "Sí, con las técnicas de búsqueda de la literatura".

¿Hace esfuerzos por *adecuar su comportamiento a las circunstancias?,* los estudiantes de postgrado contestaron, "Si, dependiendo de cada situación se debe tomar una actitud más activa en cuanto a la consulta". "Generalmente mi comportamiento es el mismo"

¿Entiende el *costo/beneficio de las pruebas diagnósticas* para el climaterio y la menopausia?, los estudiantes de postgrado contestaron " Si, se conoce la prevalencia de otros problemas en estos grupos de edad, se puede hacer una aproximación sobre el costo efectividad de solicitar estos paraclínicos, para definir el manejo en paciente con menopausia y climaterio", "Si Porque conozco el portafolio y la literatura que soportan dichas pruebas", " Si más en el contexto de la salud colombiana".

¿Es *consciente del impacto en la morbi-mortalidad* causado por el climaterio y la menopausia? Los estudiantes de postgrado contestaron, " Si, se conoce el impacto a nivel cardiovascular de la menopausia y climaterio, y las intervenciones de prevención" , " Sí. Por eso me parece una patología que debemos saber manejar y reconocer".

¿*Comprende la fisiología y la patología* del climaterio y la menopausia? Los estudiantes de postgrado contestaron, "Si, la disminución de coitos y de folículos producto del envejecimiento Ovario, lleva a una menor concentración de estrógenos, aumenta la inhibina B y se genera una resistencia del SNC a la retroalimentación. Hay mayor FSH y LH, con unos folículos refractarios a las gonadotropinas se lleva a Amenorrea". "Sí. Es una entidad que resulta de la pérdida de la función ovárica, ya sea por la evolución natural en la edad reproductiva de la mujer o por causas que alteren la función como tumores, patologías autoinmunes, cirugías (resección de tejido ovárico).

¿Es *capaz de discutir el tema y sostener su punto de vista* acerca del climaterio y menopausia?, Los estudiantes de postgrado contestaron, "Si, si mi punto de vista está sustentado con información de valor, sostengo mis puntos de vista acerca de climaterio y menopausia". "Si esta es una muestra de ello".

Autoevaluación: evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de endocrinología ginecológica climaterio y menopausia

Se utilizó el formato del ABP (Elizondo, 2004), que fue contestado directamente por los estudiantes de postgrados de los dos grupos (control–tradicional y experimental-ABP) participantes en la investigación (ver anexo 13.1). A continuación, se muestra la comparación del seminario con la estrategia del ABP versus clases tradicional, en este instrumento se hacen preguntas acerca de Aplicación de la base de conocimiento; Habilidades de razonamiento clínico y toma de decisiones; aprendizaje autodirigido (autoestudio); trabajo colaaborativo; actitudes durante la discusión /profesionalismo

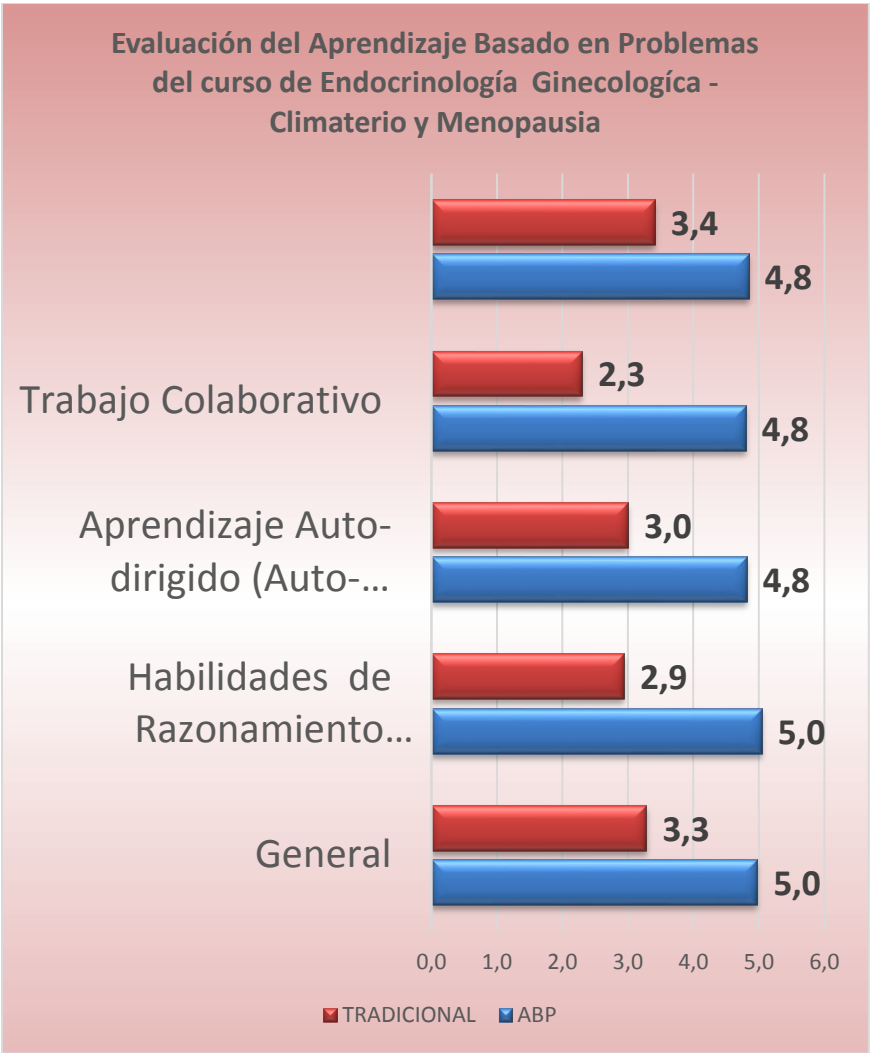


Figura 14. *Autoevaluación de los estudiantes* - Tradicional vs ABP. Fuente: Elaboración propia.

En esta figura se observa que la mayor puntuación la obtiene los estudiantes que participaron en el seminario con el ABP, se destaca el trabajo colaborativo, habilidades de razonamiento clínico y toma de decisiones, que en un rango de 1 a 6 , puntuaron por debajo 3, en el seminario tradicional, esto significó que el trabajo colaborativo, compartió la responsabilidad aceptada por los participantes del grupo, en relación a los objetivos a desarrollan otro conjunto de habilidades. Los estudiantes estuvieron dispuestos a defender y exponer sus conocimientos, ideas e hipótesis, deben de aprender a consensuar, a realizar críticas constructivas, mantener un

clima positivo que favorezca el trabajo, a aceptar las ideas de otros y a manejar los conflictos que puedan surgir (Duers, 2005). En el trabajo colaborativo se promovió habilidades en el campo del pensamiento crítico, alcanzando objetivos debatidos y consensuados. Aspecto que no se visualiza en el seminario tradicional, dado que el trabajo de estudio, pensamiento crítico y toma de decisiones se hacen individualmente y cada estudiante es responsable de su trabajo, acude a su saber individual y responsabilidad de su propio conocimiento. Esto es un limitante para el debate, discusión y critica de otros reflexiones, análisis y razonamientos clínicos.

Para ahondar en la **categoría aprendizaje auto dirigido / autoestudio** se plateó la pregunta: ¿*Estudia para cada clase* sobre el climaterio y la menopausia?, los estudiantes de postgrado agregaron: "Si, preparo el tema teniendo en cuenta los interrogantes establecidos en cada sesión. Busco información valida, completa"."Si Por el deseo constante de conocimiento y enriquecimiento constante de la especialidad". "Si más que para las clases, para cada consulta".

¿Realiza *su mejor esfuerzo en cada clase y tarea* asignadas sobre el tema del climaterio y la menopausia?, los estudiantes de postgrado respondieron "Si, aportando la información que genero la búsqueda del tema, y dando las ideas más relevantes para responder cada interrogante".

Con relación a la categoría **Actitudes durante la discusión / profesionalismo** se planteó la pregunta: ¿Siempre está *dispuesto a participar en la discusión* de clase de climaterio y menopausia? los estudiantes de postgrado contestaron: "Si, si tengo información que podría aportar a la discusión, siempre trato de aportarla y sustentarla". "Sí por el deseo de aprender".

¿*Entrega a tiempo sus trabajos?*, los estudiantes de postgrado contestaron "En la mayoría de ocasiones trato de enviar mis trabajos en el menor tiempo posible". "Si por que es una manera de mostrar respeto, es el cumplimiento".

Crear un ambiente de *confianza y respeto con los fundamentos epistemológicos del ABP*, implica que el ***tutor*** debe ser consciente que la incorporación de esta metodología de aprendizaje no sólo supone un cambio de mentalidad sobre cómo los docentes enfocan sus disciplinas sino también en cómo la perciben los estudiantes de postgrado. En general los estudiantes no están acostumbrados a trabajar en pequeños grupos de discusión, y la mayoría se reprime a la hora de exponer públicamente ideas, pensamientos o dudas. Ante esta realidad, el tutor debe ser capaz de crear ese ambiente de confianza y respeto en el aula donde los estudiantes se sientan con libertad de expresar todo aquello que consideren que puede ser relevante para la resolución del motivo de consulta y/o problema, y de cuestionar cualquier información que sea aportada por los miembros del grupo o por el tutor. En el ABP, el error se convierte en una oportunidad más para aprender (Hugo., 2001).

Epistemologías de los estudiantes de postgrado para resolver el motivo de consulta

Con el Aprendizaje Basado en Problemas se promueve el conocimiento aplicado a escenarios sociales reales, se precisa analizar todos los elementos para alcanzar un resultado. Con el propósito de conocer las epistemologías de los estudiantes acerca de la práctica clínica; se tomó con eje central la pregunta: ¿cómo resuelven el motivo de consulta y/o problema?.

A la pregunta, durante su *práctica clínica* ¿Es consciente de qué técnica o estrategia de pensamiento usa y cómo determina cuando usarla en la resolución de un motivo de consulta? explique su respuesta, (cognitivo y metacognitivos). Los estudiantes de postgrado contestaron, "Si, en general debe realizarse un *interrogatorio dirigido, obteniendo la mayoría de datos posibles* del cuadro clínico de la paciente, con el fin de establecer estrategias de manejo. Se debe individualizar el caso de cada paciente" , "Si por los conceptos básicos adquiridos de la patología de base, que se estructuran de manera coherente con cada paciente particular".

Al respecto que otro estudiante de postgrado contestó que " De hecho no creo que sea tan consciente de dicha estrategia". "Con frecuencia en medicina se manejan algoritmos diagnósticos que se aplican de forma rutinaria".

"Hacemos modificaciones aplicadas al contexto clínico particular, pero en dicho proceso no considero que haga consciente que técnica de pensamiento o estrategia se usa".

Los estudiantes de postgrado son conscientes de los **procesos de pensamiento que utiliza** (de cómo y en que está pensando) durante cualquier actividad académica, Por supuesto, aunque trato de utilizar la lógica tengo claro que sin bases académicas y sin lectura esta no se facilitaría. Específicamente que procesos de pensamiento no los hacen consientes, pero si es claro que se debe estar enfocado y concentrado cuando se está realizando cualquier actividad académica. En la Ginecología y la Obstetricia es necesario estar pendiente de cada una de las cosas que se realiza por la implicación que conlleva. El enfoque va directo sobre el valor de la información que está solicitando/analizando y si son suficientes para generar un diagnóstico.

Algunos estudiantes de postgrado nunca hacen consiente en que proceso de pensamiento esta durante la consulta, simplemente hacen la consulta, sin hacer introspección acerca de cómo la hacen y que hacen.

El estudiante de postgrado **utiliza *múltiples técnicas de pensamiento o estrategias para resolver el problema y/o motivo de consulta***, piensan que un problema siempre tiene que tener más de dos soluciones, tratan de buscar la mejor solución, planteando las posibles soluciones a la paciente en cuanto a su motivo de consulta y dejando que libremente ella elija la que más le guste; realizan un análisis integrado del motivo de consulta basado en la historia clínica, apoyando su análisis con exámenes y paraclínicos y así plantear un tratamiento óptimo y lógico de las patologías de la paciente.

Algunos aprendices no lo hacen, simplemente realizan un proceso secuencial propio, usualmente basado en la experiencia clínica, ese modelo se continúa utilizando. Esto puede ser el resultado de la influenciado por el modelo de formación tradicional, en el que se prioriza la memorización de protocolos y guías de manejo.

Los *estudiantes empiezan a realizar la actividad, deciden primero como abordarla,* cuando el estudiante de postgrado va a realizar una cirugía a una paciente tiene que saber de acuerdo a las características de la patología y de la paciente como entrar y definir cuál es el mejor procedimiento para resolver el motivo de consulta. En la consulta se tiene que tener claro primero el posible diagnóstico, con que manejo se beneficiaría y si esta falla cuales son las alternativas. Es necesario realizar un análisis del caso clínico y de cómo se debe tratar pues cada paciente es diferente y no todas se pueden abordar igual, cada caso es diferentes y cada patología se manifiesta de manera diferente, obviamente bajo el precepto, conocimiento y uso adecuado de las guías de práctica clínica. Si se debe tener una estrategia predefinida para abordar los motivos de consulta y/o problemas.

Algunos estudiantes de postgrado no hacen consciente estos procesos, porque el proceso siempre es el mismo y varios pasos pueden darse simultáneamente. El abordaje no es del paciente, es del *síndrome clínico* en frente de uno. La paciente contribuye explicando con sus palabras.

Los participantes son conscientes de su *esfuerzo por intentar comprender la actividad* y/o motivo de consulta antes de empezar a resolverla, intenta primero comprender y luego resolver el motivo de consulta y/o problema, esa es la base principal para resolver la inquietud de la paciente de lo contrario no le podría aportar soluciones. Es necesario entender que es lo que se va

a hacer pues esto disminuye la posibilidad de error o equivocación que se puede cometer en la práctica clínica.

Algunos estudiantes no piensan en el esfuerzo que hacen por intentar comprender el problema, porque generalmente se enfocan en observar la situación, pero no piensan en sus procesos mentales, es decir no hacen procesos metacognitivos. Usualmente el estudiante de postgrado direcciona al paciente con una serie de preguntas para obtener un motivo de consulta válido y significativo que contribuya a iniciar el proceso clínico, pero no hay concientización de que se esté esforzándose per se.

Los ginecólogos en formación comprueban *su precisión a medida que avanza en la realización de la actividad,* es gratificante realizar una consulta, obtener un diagnóstico y saber que este es acertado y que el tratamiento va a ser el ideal. Si, A medida que se va creciendo en la curva de aprendizaje se hace necesario realizar una auto calificación acerca de los procesos aprendidos, y de las habilidades adquiridas que garantizan el aprendizaje obtenido durante el proceso de formación académico. Los estudiantes de postgrado no piensan en sus procesos mentales, sólo avanzan en la consulta y se enfoca en tener una impresión diagnóstica y dirigirse hacia el tratamiento basado en esta.

Algunos estudiantes de postgrado lo hacen sólo de manera cualitativa, es decir, respecto a que tan acertado fue el diagnóstico final, vs el diagnóstico inicial. El diagnóstico médico es crucial en la gran mayoría de las situaciones médicas y la vida del enfermo depende de ello. En la educación médica se hace énfasis en entregar competencias en diversos aspectos.

Los estudiantes seleccionan y organizan la información relevante para resolución del motivo de consulta, siempre hay algo en la anamnesis más importante que otros aspectos referidos por la paciente y ésta es la que aporta las pistas para poder llegar a un diagnóstico

preciso, el estudiante de postgrado tiene que tener la habilidad para poder captarlos y encajarlos. A medida que se realiza un análisis lógico y secuencial de motivo de consulta, para que los detalles pequeños pero importantes no se pierdan por el camino, desorientándonos en la estrategia terapéutica propuesta. Los estudiantes de postgrado suelen hacer un resumen de hallazgos positivos tanto en anamnesis como en el examen físico. Todo el proceso mental clínico se basa en selección de cuales son relevantes y descartar lo no relevante para elaborar un análisis diagnóstico.

Los practicantes de postgrado se esfuerzan *por comprender la información clave* de lo que la paciente quiere consultar antes de intentar resolverla. Hay que **saber identificar el verdadero motivo de consulta** de la paciente y la principal molestia que ésta tiene y eso va en la habilidad que el estudiante de postgrado tiene para realizar las preguntas claves y poder ayudar a la paciente, y que ésta salga satisfecha de la consulta.

Algunos ginecólogos en formación no lo hacen, el proceso clínico suele darse rápido, y el centro del estudiante de postgrado son los hallazgos clínicos e historia clínica (si está disponible) usualmente la interacción con la paciente se reduce a preguntarle solo por los síntomas, y el estudiante de postgrado desarrolla el proceso clínico independiente.

El *planteamiento de los problemas sin resolver promueve el pensamiento divergente y convergente*. Esencialmente, fomenta la creatividad, si bien, no tanto por la necesidad de resolver el motivo de consulta y/o problema como por la estrategia empleada para alcanzarlo. En este sentido la atribución de significados condiciona el aprendizaje de unos contenidos (Coll., 1998). Es así como se recurren a diferentes conocimientos, experiencias y formas de resolver los problemas.

Con la pregunta, **es consciente de la importancia que tienen las estrategias de *elaboración, las cuales le exigen* establecer distintos tipos de relaciones** entre los contenidos del material de estudio (dibujos o gráficos, imágenes mentales, metáforas, auto preguntas, paráfrasis).

Los estudiantes de postgrado contestaron, "si, dependiendo de cada caso, se van abriendo interrogantes e hipótesis sobre el mejor manejo para cada paciente, sobre todo con la aparición de nuevas terapias para menopausia y climaterio". “Conocer el problema y luego referenciar bibliografía, y de manera autodidacta se trata de entender y asociar el problema para resolver con más exactitud, y en ocasiones el docente tutor resuelve dudas". "Sí, y las aplico en mis técnicas de estudio, describo el proceso para mis momentos de estudio, además de texto, con frecuencia hago uso de diagramas, mapas conceptuales y otros medios que faciliten la apropiación del contenido".

"En las consultas, con alguna frecuencia usamos diagramas para la explicación de la patología a las pacientes". Dentro de las estrategias que cubren funciones relativas a organizar la información que está presente en el motivo de consulta y/o problema se ha de aprender en forma gráfica, ilustraciones, diagramas, mapas conceptuales o redes semánticas, o registro escritos como resúmenes o cuadros sinópticos, conceptualización de contenidos, detección de información principal, fomentan la motivación y hacen que el aprendizaje sea más significativo para los estudiantes de postgrado (Balacheff., 1987).

Partiendo de la necesidad de fundamentar el accionar médico y clínico se planteó la siguiente pregunta, ¿Durante su práctica clínica **muestra evidencia de seguir un plan de manejo secuencial de los problemas de la paciente de climaterio y menopausia**? Al respecto los estudiantes de postgrado contestaron "Si, lo que se debe hacer es establecer la lista de

impresiones diagnósticas, y de esta forma establecer el manejo según importancia y paraclínicos a solicitar, para complementar la historia clínica". Se conoce en primera instancia el problema, luego se realiza confirmación diagnóstica en examen físico, luego se confirma con ayudas paraclínicas, y luego se establece un plan terapéutico para dicho problema".

Con el ABP los estudiantes de postgrado desarrollaron de forma individual o colectiva las estrategias de búsqueda de información relevante para proponer un plan de manejo de los motivos de consulta y/o problemas de las pacientes de climaterio y menopausia.

Desde los planteamientos de Lee (1999), se establece que para los estudiantes de postgrado sean más productivos en su proceso de aprendizaje empezar desde muy temprano a atender casos clínicos, con unos objetivos claros de aprendizaje de igual forma que se conecte con la utilidad inmediata del conocimiento, así mismo promover actitudes auto críticas, auto reflexivas y de auto análisis, con el propósito de fortalecer y enriquecer lo que consideren es relevante para la resolución del motivo de consulta y/o problema, para evidenciar este proceso se les preguntó a los estudiantes de postgrado: **Durante la consulta clínica,** ¿**es capaz de *formular conclusiones acerca del problema* de climaterio y menopausia**?. Los estudiantes de postgrado contestaron: "Si, luego de ver pacientes y realizar la historia clínica, se establece una lista de conclusiones acerca de menopausia y climaterio, sobre su diagnóstico, manejo, pronóstico entre otros". "Luego de analizar el problema desde la anamnesis, revisión por sistemas, el examen físico, y paraclínicos".

En cuanto a la categoría **habilidades razonamiento clínico y toma de decisiones** en la práctica médica, en él confluyen los tres saberes, conocer, hacer y el ser. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia, juicio integrativo de los problemas clínicos del paciente, ya

que todos los días la labor del médico es resolver problemas, es llegar idealmente a la causa de la enfermedad de manera individual o colectiva (Viesca, 2010).

En el contexto de la práctica clínica se les preguntó a los estudiantes de postgrado **cómo describe el contexto y/o situación sobre la cual, cree usted que se presenta el problema y/o motivo de consulta, explique su respuesta**.

Los estudiantes de postgrado agregaron que " las mujeres que experimentan la menopausia pueden consultar durante la perimenopausia, menopausia o posmenopausia, esto dado la síntomatología que interfiere con las actividades diarias. Sobre todo, las oleadas de calor, que interfieren con el patrón de sueño, los cambios emocionales, y la sintomatología vulvovaginal". "El escape de orina con la tos, ejercicio estornudo, cuando sube y baja escaleras, y a veces escape de orina sin voluntad, dolor para orinar, sensación de masa vaginal y humedad, dolor con la actividad sexual ", "los motivos de consulta están relacionados con oleadas de calor, sintomatología vaginal como prurito, resequedad, dispareunia, y otros relacionados".

Desde estos planteamientos se infiere que hay una lectura basada en el síntoma (Round, 2005) y todas las manifestaciones biológicas que acompañan el síntoma, se destaca que se incluye como factor importante las actividades diarias de la paciente y cómo estas se ven afectadas por los diferentes síntomas.

En este razonamiento clínico que hace el estudiante de postgrado para resolver el problema y/o motivo de consulta, se extraen conclusiones. Tener conocimiento de sobre cómo se manifiestan los síntomas, les permite extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias para resolver el motivo de consulta, Round (2005). Proceso por el cual los médicos encausan su pensamiento hacia un

diagnóstico probable. Algunos consideran que es una combinación entre el razonamiento hipotético–deductivo y el reconocimiento de patrones (Cox ., 2006).

Algunos **estudiantes fundamentan sus razonamientos mediante evidencia acerca del climaterio y la menopausia, referida en artículos**, documentos, investigaciones y estudio de casos clínicos, al respecto agregaron: " Si, cada una de la información ofrecida está sustentada en bases de datos y artículos de calidad". "Si Porque estoy en constante búsqueda de conocimiento".

Hipótesis

Dentro de las ventajas de trabajar con la estrategia del ABP en grupo se *destaca el aporte de ideas*, la discusión de conceptos, el traer al escenario de clase los conocimientos previos que los estudiantes de postgrado tienen sobre la temática que se está abordando. El *planteamiento de hipótesis***,** que busca recoger y sintetizar lo desconocido, con miras a crear una ruta para resolver el problema y/o motivo de consulta, se constituye en una interacción que propicia un enriquecimiento intelectual, personal y social mutuo, ya que cada uno de los miembros del grupo posee conocimientos, experiencia y valores distintos que pueden compartir con sus compañeros. El grupo se beneficia con el pensamiento de cada uno de los miembros y cada estudiante se beneficia del pensamiento grupal (Font, 2004).

Al respecto de esto, se hizo la siguiente pregunta, ¿Durante su *práctica clínica*, muestra habilidad para *emitir hipótesis diagnósticas* fundamentadas sobre el climaterio y la menopausia? Los estudiantes de postgrado contestaron: "Si, dependiendo de cada caso, se van abriendo interrogantes e hipótesis sobre el mejor manejo para cada paciente, sobre todo con la aparición de nuevas terapias para menopausia y climaterio", Si por el conocimiento adquirido en todo el tiempo de preparación de la especialidad y por el deseo constante de adquirir conocimiento de

manera autodidacta", "Sí, inclusive con una correlación endocrinológica interesante", "Sí, sustentadas en el conocimiento adquirido".

Aprendizaje

Para **Boehrer** (1990), los logros u objetivos de aprendizaje mediante casos, que constituyen los aspectos por evaluar, se integra en ocho pasos: Fomentar el pensamiento crítico, promover la responsabilidad del estudiante ante el estudio, transferir la información, los conceptos, las técnicas, vincular el aprendizaje afectivo con el cognitivo, promover el aprendizaje auto dirigido.

En concordancia con esto, se les hizo la siguiente pregunta a los estudiantes de postgrado; ¿*define objetivos de aprendizaje* acerca del climaterio y la menopausia ?Los estudiantes contestaron, "Si, en ocasiones hay pacientes cuyo manejo no esta tan claro, dado por las patologías adyacentes que presenta, esto genera interrogantes y por tanto una nueva búsqueda de información al respecto", "De manera autodidacta y con el deseo constante de adquirir conocimiento “Con relación a esto se preguntan si los estudiantes de postgrado aprenden o no a manejar las información de una manera más integrada y profunda, esto se traduce en tener una visión integral del motivo de consulta y de los componentes que hacen parte del síntoma, sin caer en una visión biologicistas sino convocando los aspectos emocionales y vivenciales de la paciente, su historia personal y de familia, esto es darle una explicación contextual al motivo de consulta y/o problema.

Se toma el *ABP como una estrategia metodológica para mantener las competencias* de postgrado ya que es *motivador formarse para resolver problemas y las dudas que surgen de la práctica clínica* diaria y muy razonable que ellas dirijan, en parte, el aprendizaje y estudio. Para

conocer las impresiones que tiene los estudiantes de postgrado referentes a esto, se les planteó la siguiente pregunta: ¿Usted como estudiante de postgrado da *muestra de haber cumplido con los objetivos de aprendizaje* propuestos acerca del climaterio y la menopausia? A esto, ellos declararon" " si, la idea era definir el diagnóstico y manejo de climaterio y menopausia, aplicarlo en la consulta, de esta manera se apropia más el conocimiento del tema". Sí, se evidencia en la consulta de menopausia y climaterio, aunque según un estudiante de postgrado. No todos los objetivos se cumple por diversas causas y muchas ajenas a mi voluntad".

Con el **ABP** se hace más consciente la labor de la *planeación* del ambiente de aprendizaje y la motivación de los estudiantes de postgrado para que aprendan a construir su proceso cognitivo. Para ahondar en este aspecto se les hizo a los estudiantes de postgrado la siguiente pregunta: ¿Cómo estudiante de postgrado, *identifica sus áreas de oportunidad de aprendizaje,* sus habilidades y conocimientos acerca del climaterio y menopausia? al respecto los estudiantes de postgrado contestaron: “Si, se van estableciendo las deficiencias y puntos a reforzar, sobre el conocimiento ya adquirido sobre menopausia y climaterio, sin embargo, insisto en que será de más enriquecimiento durante la consulta especifica de este tema”. "Si porque conozco las necesidades de la especialidad”, "Sí. las áreas de aprendizaje las constituyen las consultas, los escenarios de aprendizaje basado en problemas".

Trabajo colaborativo

Con el aprendizaje basado en problemas se busca que los futuros profesionales sean capaces de trabajar en equipo, multidisciplinariamente, y hacerlo de forma natural y productiva. Desarrollando la capacidad de escucha, atención, con la posibilidad de preguntar si no entienden,

con una formación centrada en el respeto y tolerancia a los diferentes puntos de vista, con una comunicación asertiva y efectiva que el trabajo en equipo aporte de constructivamente.

Cuando se les preguntó a los estudiantes de postgrado, qué **impresiones tienen acerca del trabajo colaborativo**. Los estudiantes de postgrado contestaron: "Es un ejercicio muy interesante el cual permite que el entendimiento de las patologías más frecuentes de las consultas médicas se desarrolle de una forma más amplia y más profunda". "Permite identificar habilidades propias de liderazgo y de comunicación interpersonal". “Permite el enriquecimiento de otros puntos de vista y de herramientas de aprendizaje de los compañeros". "Requiere compromiso y responsabilidad, entendiendo que la participación de cada uno de los compañeros; es clave en la obtención de los logros". “El trabajo colaborativo nos permite conocer otras perspectivas del desarrollo de una actividad, integrar y fortalecer el resultado de un producto".

Con respecto a la *participación en el trabajo colaborativo,* se les preguntó a los estudiantes de postgrado que: ¿Cómo siente su participación y aporte al trabajo en el seminario? Los estudiantes de postgrado contestaron: "Procure siempre dar lo mejor de mí y sobre todo trabajar en equipo para que el ejercicio se enriqueciera más para todos". "Considero que fue valiosa y siempre oportuna para lograr la resolución de las tareas que estaban dispuestas". “Me permitió además reconocer actitudes de liderazgo". "Creo que la participación en este caso mía presenta una polémica que es analizada, desarrollada e interpretada por los otros de diferentes formas, pero que nos permite a todos generar un conocimiento más amplio".

Los trabajos cooperativos se constituyen en una herramienta fundamental para combinar diferentes estilos y formas de aprendizaje, la distribución de tareas de manera equilibrada, el grupo de trabajo se convierte en un sostén de aquellos que en algunos momentos podían estar un poco inseguros con determinadas tareas o herramientas. En este orden de ideas, se plantearon

preguntas como: ¿Comparte fuentes bibliográficas con sus compañeros acerca del climaterio y menopausia?. Los estudiantes de postgrado agregaron, "Si, si ellos no tienen esta información y definitivamente aporta a los interrogantes establecidos se comparte, así mismo sí ellos tienen artículos de interés los comparten con los grupos". "Si todo el grupo se comunica constantemente y con deseo de conocer todo lo relacionado con el tema". "Sí, revisiones sistemáticas, libros, actualizaciones, presentaciones".

Dentro de las funciones que se encuentra *en el trabajo en equipo* está la discusión que a su vez cumple varios objetivos como son de naturaleza intelectual, social y afectiva. El interés intelectual, como muchos autores han demostrado, se deriva fundamentalmente de que estimula a los estudiantes a explorar diversas perspectivas, resalta la complejidad de las cuestiones, les obliga a organizar su discurso y en el proceso revisar y quizá reformular sus ideas y ayuda a construir su sentido crítico al contrastar sus ideas con las de otros. En el ámbito social, el grupo ayuda a adoptar y reforzar hábitos democráticos y de respeto por el otro, así como a desarrollar la identidad del grupo y, de forma general, a aprender a trabajar en equipo. Finalmente, los resultados afectivos tienen que ver, en primer lugar, con el apoyo que supone el grupo, lo que incrementa significativamente la motivación y el interés por el problema y en algunos momentos favorece la persistencia en la tarea y la tolerancia a la frustración y a la ambigüedad de la situación.

Con relación a este aspecto se preguntó a los estudiantes de postgrado: ¿**Respeta las opiniones** de otros? Los estudiantes contestaron; "Si, cada uno aporta opiniones según lo leído, en ocasiones cuando no se tiene la misma información se discute y si no se llega a un acuerdo se realiza una búsqueda mayor de información que permita en sesiones posteriores llevar a un

acuerdo". "Si en medicina la experiencia, opinión y concepto de otros profesionales aporta y garantiza un manejo oportuno e integral de los pacientes".

Con relación al **trabajo colaborativo** se planteó las siguientes preguntas: *¿Corrige constructiva y fraternalmente a sus compañeros?* Los estudiantes de postgrado agregaron, "Si, luego de la discusión no se está de acuerdo se dan las razones por las cuales hay discrepancia y se llega a un acuerdo", "Por qué se realiza de manera académica y con respeto".

Los estudiantes de postgrado agregan que, durante las sesiones de clase, todos trabajan a la par de los demás. Todos definitivamente buscan información para responder a los interrogantes establecidos en cada sesión en este caso, sobre menopausia y climaterio y algunos que toman el liderazgo.

Como estudiantes de postgrado da *retroalimentación* a sus compañeros de manera constructiva y amistosa, los estudiantes de postgrado contestaron: " Si, en ocasiones si tenía información diferente se realiza la discusión y se llegaba a un acuerdo sobre la temática establecida, se realizaba retroalimentación tanto para mis compañeros como para mí".

El tutor

La función del tutor en el ABP comienza desde la planeación o etapa 0 (cero) cuando participa en un equipo interdisciplinario de docentes, para diseñar el problema que se va a analizar, plantear las capacidades que se pretende potenciar en los estudiantes de postgrado, programar los recursos educativos y planear la evaluación que se desarrollará.

En el contexto clínico y práctico de la medicina el tutor ha de ser un mediador capaz de movilizar intereses y necesidades de búsqueda de información, retar a los estudiantes de postgrado a que se pregunten y se atrevan a inferir y contrastar hipótesis.

En el *contexto clínico,* se le hizo la siguiente pregunta al estudiante de postgrado: ¿Considera que sí como estudiante de postgrado necesita profundizar alguna temática, busca *asesoría al tutor* para orientar su estudio acerca del climaterio y la menopausia? En sus respuestas manifestaron que " Si, definitivamente no todo se sabe, y sobre la práctica se verán nuevos interrogantes sobre cada paciente lo cual puede generar dudas acerca del mejor manejo, sobre todo cuando presenta otras patologías que podrían tener implicación con el uso de esta medicación". “Luego de identificar el problema y de identificar las falencias, busco a tutores idóneos, y luego profundizo con literatura internacional y nacional" . " Sí, y la ayuda es con la búsqueda bibliográfica y revisión de material reciente".

Algunos pioneros del ABP han propuesto el " entrenador deportivo" como mejor metáfora para el *rol del profeso***r** en el ABP: estimula, propone, plantea desafíos, ayuda a detectar las limitaciones y a superarlas, a poner en juego las capacidades (Prieto A. B., 2006). Los estudiantes están entrenándose en competencias, y hasta el final nadie sabe dónde se llegará. Lo mejor de la objetividad, el profesor –entrenador- va cambiando la situación conforme interviene. Para ello, el profesor observa anota, corrige, devuelve a los estudiantes individualmente y en grupo sus observaciones y los propios implicados se autoevalúan y se evalúan mutuamente, en un ciclo repetido una y otra vez. Sin una continua retroalimentación y reflexión, la evaluación no podría cumplir su papel formativo, que es mejorar lo que está siendo evaluado en todo lo posible.

Qué opina de la interacción que se establece con el tutor/ o docente a cargo, en los seminarios con ABP. Los estudiantes de postgrado contestaron, "Es claro en la presentación de la organización del ABP, permite la discusión académica, brinda material novedoso y es

comprometido con la estrategia académica". "Excelente permitió romper una barrera y establecer *una comunicación* abierta, espontanea, clara, objetiva, basada en el respeto y el conocimiento".

El estudiante

El ABP contempla como parte del rol del estudiante la forma como reaccionan a la retroalimentación y en general a todos los retos que se proponen dentro de las actividades académicas y los contextos clínicos, esto incluye saber reaccionar a tiempo y responder puntualmente a las demandas de ayuda. Estos factores inciden en que se pueda hacer una evaluación positiva de los procesos desarrollados y se reconozcan los logros que se alcanzan.

Con relación a esto se planteó la siguiente pregunta: ¿Durante el proceso de trabajo en equipo, reacciona positivamente a la retroalimentación y a la crítica?, Los estudiantes de postgrado respondieron, "Si, si presenta algún error no hay por qué reaccionar mal, al contrario agradecer la retroalimentación", "Si Porque sé que estoy en aprendizaje constante". "Si, en caso de haber hecho una mala interpretación de la información y que otros compañeros me corrijan con fundamentos relaciono esa información con la ya obtenida"."Si porque sé que estoy en aprendizaje constante". "Si hace parte del aprendizaje continuo". "Sí, con frecuencia estoy abierta al diálogo, a la corrección. Siempre en los mejores términos, oportuna y con respeto". En concordancia con esta pregunta, muestra que el estudiante de postgrado puede adquirir nociones de diferentes puntos de vista sobre un determinado tema y de este modo se le anima a reflexionar críticamente.

Los estudiantes de postgrado muestran *manejo de su impulsividad* adecuadamente, a estas preguntas respondieron, "Si, generalmente trato de corroborar a información que voy a dar, con

la obtención de varias fuentes bibliográficas. "Si. Por mantener un ambiente amigable con el grupo". "Si. no me considero una persona". impulsiva".

Sostiene su *punto de vista* acerca del climaterio y la menopausia, los estudiantes de postgrado contestaron: " Si, mi punto de vista está sustentado con información de valor, sostengo mis puntos de vista acerca de climaterio y menopausia". "Si. por el conocimiento y la experiencia del problema". "Sí, sustentado en el material revisado".

Aportes de la tecnología y los dispositivos electrónicos al aprendizaje. Para conocer esto se le hizo la siguiente pregunta. ¿Considera que el uso de tecnología y aparatos digitales como iPod iPhone, computadores, les ayudan en su proceso de aprendizaje? Los estudiantes de postgrado contestaron: "Si porque en tiempo real se puede aportar información valiosa y así procurar que el desarrollo del ejercicio sea más rápido". "Todas estas herramientas tecnológicas sí colaboran en el aprendizaje, al convertirse en una manera práctica, oportuna y a la mano para la consulta de grandes bases de datos, obtención de material académico de revisión, así como para elaborar resúmenes o apuntes que puedan estar disponibles". "si y no, si porque facilita la información la provee en cualquier momento, permite tener acceso a artículos y no porque creo que cuando leo, y escribo o realizo un resumen, hay un aprendizaje a largo plazo".

Reflexión de los estudiantes de postgrado sobre la experiencia con el módulo sobre el manejo integral de la paciente con la estrategia metodológica del ABP

La educación en medicina siempre ha apreciado la tradición del estudiante como profesor. A lo largo del proceso de enseñanza de la medicina, las estrategias que crean oportunidades para asumir el papel de docente, el aprendizaje en contextos que favorezcan la interacción y las preguntas entre los estudiantes de postgrado y los docentes. Los estudiantes

de postgrado que toman la responsabilidad personal para el descubrimiento de la información y la retroalimentación acerca de la información que han reunido y a su validez (De Colmenarez, 2002).

A la pregunta, ¿durante su proceso de formación en *el aula de clase,* se muestra **interesado en participar en la discusión** acerca del climaterio y la menopausia?. Los estudiantes de postgrado responden: "Sí, durante cada sesión participo activamente, compartiendo la información que he obtenido y aprendiendo de los conocimientos dados por otros integrantes del grupo". “Si por el deseo de alcanzar experiencia y logro de objetivos", "Sí, por varias razones:

- - El climaterio y menopausia es una patología muy frecuente
- - El climaterio y menopausia tiene importantes implicaciones sobre varios aspectos de la vida de la mujer: Desenlaces cardiovasculares, en calidad de vida, sobre el ánimo y su funcionalidad laboral, sobre la actividad sexual.
- - El climaterio y menopausia es blanco de varios productos y terapias en varias ramas de la medicina, el espectro de herramientas para manejo terapéutico no farmacológico y farmacológico es amplio. Es nuestro deber conocerlos (Alterio G. P., 2005).

El ABP es una estrategia inscrita en *modelos pedagógicos activos* de aprendizaje por descubrimiento que rompe con los esquemas tradicionales en la enseñanza de la medicina, favorece el aprendizaje significativo mediante una visión integral del objetivo de estudio y sitúa al estudiantes de postgrado en el contexto de su propia realidad, permitiéndole el desarrollo de competencias analíticas, argumentativas, propositivas, sociales, interpersonales con base en la búsqueda planificada de la información para solución de problemas (Costa, 2001).

Definición del ABP en palabras de los estudiantes de postgrado

Para conocer sus impresiones se les hizo las siguientes preguntas: ¿Desde su experiencia como definiría el aprendizaje basado en problemas, para este caso aprendizaje basado en un caso clínico? "Muy valioso, es una nueva forma de afrontar un problema médico". "El aprendizaje basado en caso clínico es una herramienta didáctica de aprendizaje, en la que, a través de la presentación y análisis de un caso clínico, se aborda un tema específico. Dicho abordaje inicia a partir de las preguntas que se generen durante el caso clínico, y el objetivo final es dejar claridad en conceptos como definición, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del tema elegido". "Es una herramienta útil, dinámica, que propone actuar y ser partícipe del aprendizaje'.

Cuál es el *proceso lógico para resolver el caso clínico con la metodología del ABP:* Enumere y explique los pasos que usted desarrollaría durante su consulta.

- Exposición del caso
- Lluvia de ideas
- Desarrollo de cada una de las tareas
- Escogencia del caso más relevante o más lógico
- Desarrollo del método de abordaje y manejo
- Pronóstico
- Aporte científico actualizado".
- Presentación del caso: elaboración de un resumen puntual del caso clínico
- Objetivo de la consulta: diagnóstico, seguimiento, nuevos tratamientos.
- Preguntas a resolver

- Búsqueda de la Literatura

Conclusión, conocer correctamente la historia clínica

- Examen físico del paciente
- Integrar mi conocimiento con la historia clínica del paciente y el examen físico
- Dar herramientas en orden de importancia
- Seguimiento del paciente para retroalimentación".

Logros con el ABP

Como parte de la experiencia, se les preguntó a los estudiantes de postgrado, ¿qué *destacaría de los logros que se consiguen durante la aplicación de la metodología del ABP?*, los estudiantes de postgrado contestaron:

- "Se fortalecen otras formas de aprendizaje no convencionales". "Autonomía en la organización del tiempo y la estrategia de *estudio* para cada uno de los temas"(metacognición). " Enriquecimiento con otros puntos de vista", (Rué., 2007).
- “Puntualización de los conocimientos con el fin de responder a una pregunta particular".
- “Sesiones cortas y puntuales".
- “Retroalimentación con un caso clínico". “Argumentar una idea – exponer una expectativa diferente- enriquecer el conocimiento – resolver inquietudes".

A nivel individual

Un aspecto importante a **fortalecer el trabajo individual** de cada estudiante de postgrado, que aspectos logra fortalecer y en esta instancia cuales el aporte del ABP a dicho proceso, para conocer este aspecto se le hizo la siguiente pregunta a los estudiantes de postgrado: ¿Cómo **ve su proceso de aprendizaje individual**? Con relación a este punto, los estudiantes de postgrado contestaron: "Ahora procuro llevar este ejercicio a cualquier desarrollo de algún tema en particular ya que favorece el entendimiento.". "Por ahora considero que voy en buen proceso de aprendizaje, *mejorando las técnicas de estudio* (procesos metacognitivos) que permitan combinar tiempo para la lectura y abordaje de los temas y la responsabilidad médico asistencial". "Considero que APB es una de las mejores estrategias, porque me permite adquirir un conocimiento firme, claro, concreto y practico".

Con el ABP se establecen horarios y sesiones para que el tutor pueda resolver la dudas e interrogantes de cualquier temática. Este ejercicio de orientación, animar e incentivar individualmente la investigación acerca de cualquier temática, lograr que los estudiantes de postgrado se focalicen en el eje de investigación, y ahonden más sobre los cuestionamientos que van surgiendo.

Con el **trabajo individual** se busca que cada miembro del grupo desarrolle una tarea específica, obtenga la información necesaria, la estudie y la comprenda. Luego de este proceso, los estudiantes de postgrado vuelven a su equipo de trabajo y ponen en común todos los hallazgos realizados para poder llegar a elaborar conjuntamente la solución al problema y presentar los resultados. Finalmente, el proceso vuelve a comenzar con la formulación de otro problema.

Con la pregunta: ¿qué *aspectos fortaleció durante el proceso del seminario?* Los estudiantes de postgrado contestaron:

"La correlación de los síntomas con las patologías más lógicas de correspondencia a cada uno". "Trabajo en equipo, técnicas de estudio, redacción de documentos académicos". "La importancia de leer y conocer un tema previo a desarrollar un tema en particular.

Aportes del ABP referidos por los estudiantes de postgrado

Para conocer sus impresiones sobre su experiencia durante la aplicación del módulo sobre el manejo integral de la paciente construidos con la estrategia metodológica del ABP, se les hizo las siguientes preguntas: ¿Qué aportes considera relevantes de la metodología del ABP para su formación como profesional de la salud?

"Puede ser aplicable a cualquier ejercicio académico grupal o individual".

"Aprender a utilizar lo leído o revisado en la literatura en los escenarios clínicos". "Nuestro ejercicio profesional se encuentra basado en APB, no es un algoritmo de actividad sino un enfoque en particular para cada paciente, el APB nos ejercita esta actividad".

¿Considera que hay necesidad de ajustes, o impresiones del seminario con ABP?

Para conocer las impresiones de los estudiantes al respecto, se les hizo la siguiente pregunta: ¿Si tuviera que proponer algún ajuste o cambio que necesitara el seminario, cuál sería?

"Que cada uno se encargue de una tarea en especial y no que cada quien desarrolle las mismas tareas. Eso facilitaría el proceso y no se estancaría el ejercicio". "Horario para su realización, de forma tal que hubiese tiempo adicional para lograr avanzar en un mayor número de temas más rápido ".

“Uso de más herramientas tecnológicas, como videos, talleres didácticos por ejemplo para temas como las técnicas quirúrgicas". “Realizar el mismo día del seminario una actividad practica relacionada". Con el ánimo de conocer las opiniones y percepciones de los estudiantes de post grado referentes a la implementación del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, estableciendo conexiones entre la teoría y la práctica clínica; visibilizando en sus propias palabras los aspectos favorables del ABP y las sugerencias para fortalecerlo durante el proceso continuo de la implementación del ABP, se les hizo las siguientes preguntas:

La Comunicación con la estrategia didáctica del ABP

Para conocer *la Comunicación con la estrategia didáctica del ABP,* se les hizo la siguiente pregunta: ¿Cómo ve *la comunicación con sus colegas* y con el tutor, por ejemplo, decir si hay comunicación o no, dé algunos ejemplos desde su experiencia personal durante el trabajo en equipo?

Dado que ésta era tecnológica ha fortalecido que la relación interpersonal sí logré de forma inmediata, realizar nuevos complementos en tiempo real a través de las redes sociales para preparar nuestras sesiones. Como la fortaleza de la estrategia ABP considero que el trabajo en equipo, fue favorable y la comunicación con el tutor. En nuestro caso con el tutor, entendiéndolo como el docente a cargo de la sesión, hubo comunicación clara y oportuna, entrega oportuna del material a revisar, de la organización de las sesiones y de la entrega de las actas y/o relatorías finales de cada sesión. Hay una excelente comunicación en la que el tutor no sólo dirige la actividad y fortalece el conocimiento, sino que se integra y busca el conocimiento personal de los

participantes; desarrollando nuevas estrategias para la construcción de conocimiento con una adecuada relación interpersonal.

Para conocer aspectos específicos que los estudiantes de postgrado creen que se destacan se les hizo la siguiente pregunta: ¿*Qué aspectos de la comunicación destacaría como importantes con la metodología del ABP***,** con relación al desarrollo del seminario y con relación a la consulta con una paciente?. Al respecto los estudiantes de postgrado contestaron que cada quien aporta una fuente diferente, esto hace que se realice un abordaje amplio y profundo del tema. Es una comunicación fluida, espontánea, basada en la lectura de artículos y literatura reciente, y busca responder a preguntas puntuales. Hay una comunicación directa y abierta durante el seminario que propicio el espacio para preguntar, cuestionar y resolver dudas. En la consulta el APB permite fortalecer e integrar conceptos teóricos adecuadamente, porque se fijan a largo plazo. En concordancia con estos planteamientos de los estudiantes de postgrado.

Defendiendo el enfoque de aprendizaje activo, El ABP representa una estrategia eficaz y flexible que a partir de lo que hacen los estudiantes, puede mejorar la calidad de su aprendizaje universitario en aspectos muy diversos. Así el ABP ayuda al estudiante a desarrollar a trabajar diversas competencias entre ellas de Miguel (2005) destaca la resolución de problemas, la toma de decisiones, el trabajo en equipo, las habilidades de comunicación (argumentación y presentación de información), el desarrollo de actitudes y valores, la precisión, la revisión, y la tolerancia.

Práctica clínica y Aprendizaje Basado en Problemas

¿Cómo ve el proceso de aprendizaje basado en problemas, a partir de un caso clínico?, ¿se logra aprender sí o no por qué, ¿explique? Al respecto los estudiantes de postgrado

responden que al realizar el proceso con base en casos reales queda más claro cuál será el desarrollo del proceso médico. Es una técnica de aprendizaje mucho más enfocada, en el sentido que no se hacen grandes abordajes de tema sino se puntualizan aspectos del mismo para la resolución de las preguntas puntuales alrededor del paciente. En su caso particular la información que se encuentra desborda el APB y permite fijar conocimientos concretos.

En la metodología del ABP se enseña de la manera correcta en que se dan los eventos clínicos, ya que al presentarle un caso clínico iniciando con los signos y síntomas el estudiante se ubica en el contexto real a partir del cual comenzara la estructuración de los mapas y redes mentales para conformar un diagnóstico primeramente de manera parcial y después completo.

Como parte del proceso que se debe desarrollar para abordar un *problema y/o motivo de consulta* adecuadamente, se plantea un proceso de resolución secuencial, es decir, debe haber proceso largo, dialéctico, cíclico o interactivo en el que se define, clarifica, sintetiza, redefine, se vuelve a clarificar etc. Las comprensiones que se tiene del problema. Para conocer cómo piensan los estudiantes de postgrado acerca de este proceso se les planteo la siguiente pregunta: ¿Durante su práctica clínica, muestra evidencia de seguir un plan de manejo secuencial de los problemas de la paciente sobre el climaterio y la menopausia? "Si, lo que se debe hacer es establecer la lista de impresiones diagnósticas, y de esta forma establecer el manejo según importancia y paraclínicos a solicitar, para complementar la historia clínica", " Sí, se conoce en primera instancia el problema, luego se realiza confirmación diagnóstica en examen físico, luego se confirma con ayudas paraclínica, y luego se establece un plan terapéutico para dicho problema", "Sí. De hecho en el manejo de la paciente menopáusica, el seguimiento constituye la clave del éxito terapéutico". "Sí, también hace parte de la consulta en la que tenemos la oportunidad de hacer seguimiento de las pacientes" (Sánchez J. R., 2007).

Otro aspecto a destacar del *trabajo en grupo es el aprendizaje*, la adquisición de habilidades de coordinación, liderazgo, gestión de tiempo, expresión de las ideas y argumentación, toma de decisiones, etc. En una palabra, competencias y actitudes imposibles de ejercer en solitario. En este caso el grupo es también unidad de análisis".

Al preguntarle a los estudiantes de postgrado: ¿Durante su ***práctica clínica***, ***toma decisiones*** relacionadas con el abordaje diagnóstico de la paciente de climaterio y menopausia?

Los estudiantes de postgrado contestaron, "Sí, ya con los conocimientos adquiridos se tiene un abordaje diagnostico efectivo sobre las pacientes con climaterio y menopausia, los paraclínicos a solicitar y el impacto de esta entidad sobre la vida de la paciente", Si por el conocimiento y la integración de conceptos clínicos y académicos", "Sí hace parte de las responsabilidades y actividades que realizó". Como un componente importante del ABP, se considera la toma de decisiones como una de las habilidades cognitivas de más alto nivel, y que está relacionada directamente con la evaluación, la relación y la síntesis (Rothman, 2000).

Con respecto a la formulación de conclusiones acerca del problema de climaterio y menopausia, los estudiantes de postgrado agregaron, "Sí, ya se conoce el impacto de la sintomatología en a la vida diaria de la mujer, sobre todo las oleadas de calor y la sintomatología vulva vaginal, también se conocen los riesgos cardiovasculares, osteoporosis y mayor riesgo de anemia, cáncer de colon entre otros". "Sí, por la integralidad de los conceptos" (Sarduy Napoles., 2010).

Procesos cognitivos con el ABP

La propuesta inicial de mirar **los procesos cognitivos** desde la experiencia que viven los estudiantes de postgrado que se han formado con el ABP versus el modelo tradicional. La inclusión del ABP en los seminarios de climaterio y menopausia apunta a fortalecer la enseñanza de la medicina en la práctica clínica. Con el ABP se afianza un modelo de práctica clínica centrada en el paciente, es por esta razón que se les preguntó a las pacientes como se sentían en la consulta con los estudiantes de postgrado que las atendían en consulta.

Figura 15. Estrategias cognitivas y de control de aprendizaje. Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las estrategias cognitivas que utilizan los dos grupos de estudiantes de postgrado tradicional y ABP, no se observan diferencias significativas frente las estrategias de control de aprendizaje, Repetir y lectura arrojó la misma frecuencia de 4.5, Subrayado, planificación elaboración de resúmenes, selección y organización la variación no fue

significativa, esto se traduce que las estrategias de control de aprendizaje no variaron significativamente en ninguno de los dos grupos.

Los procesos metacomprensivos y metacognitivos

En el siguiente cuadro se presentan las respuestas más significativas cualitativamente acerca de los procesos metacognitivos.

A continuación, se presentan los resultados que arrojaron la escala cualitativa para medir estrategias cognitivas (ver anexo 6), su propósito fue conocer en palabras de los estudiantes sus estrategias metacognitivas en el afianzamiento y consolidación de estrategias metacomprensivas. En la tabla comparativa se evidenció que no varían sustancialmente, sino que simplemente las ponen en práctica de acuerdo a las subjetividades, eficacia y la experiencia de cada uno.

Comparativo de Estrategias para medir la Metacomprensión en los procesos Metacognitivos		
	Tradicional	**Aprendizaje Basado en Problemas**
Planificación personal	Leer un texto, con ruido.	Por que responde a las dudas que se plantea el texto,
	El tiempo no tiene que ver en el entendimiento. Si el artículo es interesante y me sirve para resolver mi objetivo me tomo el tiempo necesario".	Estimula la codificación, vinculando la información nueva con la que ya estaba en la memoria.
	Leer el abstrac , mirar que se ajusta a los contenidos	Acciones que hace para entender el texto: busca la información expresada de forma práctica.
	Es capaz de entenderlo por que el articulo tiene los titulos y subtitulos facilita la separación y organización de la información	Por la necesidad de aprender, de explorar otras temáticas y continuar aprendiendo y conociendo otros topicos.
	Realizar una lectura, reflexionando y subrayando. Planear, leer de forma lenta para extraer toda la información y conseguir hacer un análisis adecuado para plasmarlo en la exposición.	
	Considera que reúne de manera adecuada el tema a tratar y además muestra una actualización del tema, tiene un lenguaje claro.	" Por que responde a mis dudas".
	Los cuadros aportan resumiendo el tema en forma de esquemas.	
Planificación Tarea	El articulo tenga un lenguaje claro y se puede entender para exlicarlo	Organizar y disponer el espacio para estudiar, adecuar el espacio y los recursos para investigar y profundizar..
	Planeo leer de forma lenta para extraer toda la información y conseguir hacer un análisis adecuado para plasmarlo en la exposición	Concentrarse en poder investigar por si mismo lo que necesita para aprender y profundizar.
Supervisión de la tarea	Realizarse preguntas en voz alta	Encuentran alguna palabra, expresión o párrafo que no entiende sabe que puede hacer, buscan la definición vía internet . Buscar información de lo no entendido siempre.
	Si un cuadro aporta resumiendo el tema en forma de esquemas".	
	Cuando hay un párrafo muy denso que no se entiende toman un descanso y retoman la lectura	Releer o aclarar con otra fuente., investigar y ahondar en la temática de interes. Conectar con otras temáticas.
	Los residentes supervisan la tarea de lectura cuando leo buscan ideas, no palabras.	
Supervisión de Texto : Si encuentra alguna palabra, expresión o párrafo que no entiende sabe que puede hacer:	"Siempre logra descubrir cual es la causa de la distracción: cansancio hambre, por fortuna es fácil solucionarlo en descanso y alimento".	Observan dibujos, ilustraciones comprender mas el texto. Por que facilita la memoria, además representar gráficamente la información.
	Realizan esquemas, dibujos e ilustraciones para dar una mejor interpretación al texto porque explican la idea de una forma visual, favorecen el aprendizaje	"Se facilita la memoria sí se integra con gráficos y representaciones mentales de los temas o tópicos ".
	Observando dibujos, ilustraciones comprende mas el texto	Uso de cursiva y/o negrilla para la comprensión del texto, identificando palabras claves que contengan ideas
	El texto contenga palabras en cursiva/negrita, ya que centra la atención y son llamativas esto permite recordarlas mas fácilmente.	
Supervisión Tarea	"Cuando leo busco ideas". .	Busca ideas y no palabras que den sentido a lo que se lee.
	Siempre busco ideas no palabras	Identificar la idea principal y conocer cómo se desarrolla y explica.
Evaluación personal	Leer porque incorporan nuevos conocimientos y les es útil para las exposiciones, y las charlas que tienen que preparar sobre algún tema especifico como endocrinología, biología molecular, genética y cirugía ginecológica	La estrategia de lectura permite enfocarse a cualquier tema como Endocrinología, Ginecología de la Universidad, Ginecología y menopausia.
Relaciona la lectura con otros textos	" Si me ha gustado la lectura porque he incorporado nuevos conocimientos y me ha sido muy útil para la exposición".	"La estrategia de lectura permite enfocarse a cualquier tema ".
	"si contribuye a mi aprendizaje, tiene adecuados esquemas".	" Si le gusta la lectura por que el aprendizaje se correlaciona con la practica clínica".
	Los residentes asignan otros titulos a los articulos leidos que reflejan la idea central.	
Evaluación de tareas	Lee y repite en voz alta.	Repetir en voz alta con las propias palabras las ideas, comprensiones y explicaciones sobre lo que están leyendo. Evalúa las comprensiones en otros casos clinicos y en otros problemas que pueda resolver.
	Si realizan el esquema y lo plasma en la exposición. Si consigue resolver las preguntas planteadas.	
	Evalúan sus aprendizaje cuando son capaces de repetir con sus propias palabras lo que han entendido del texto.	
Evaluación de texto	Escribir otro titulo	Piensan y escriben otro titulo, que refleje la idea central de lo leido
	4 residentes no asignan otro titulo	
	Proponen otros titulos como: Esquemas para trastornos de la diferenciación sexual. Algunos residentes no piensan en proponer otro titulo sobre la lectura que están haciendo,	Proponen otros titulos a la lectura como síndrome climatérico, manejo hormonal de los síntomas vasomotores. Hacen resumes la lectura, características Dx. Climaterio, efectividad probada de la TRH para los síntomas vasomotores".

Figura 16. Comparativo de estrategias metacognitivas. Fuente: Elaboración propia.

Con el ánimo de profundizar en las estrategias cognitivas y metacognitivas se platearon preguntas acerca de cómo resuelven el motivo de consulta y los diferentes razonamientos que hacen durante la práctica clínica. Al igual que en lo anterior las respuestas fueron subjetivas y se basaron en la experiencia que cada estudiante tiene sobre su propia experiencia

Reflexiones de los estudiantes de postgrado sobre los procesos cognitivos y metacognitivos

Hacer conciencia de cómo se da el proceso mental y de pensamiento durante la consulta clínica es una de las habilidades que se espera que los médicos desarrollen durante su proceso de formación profesional.

A la pregunta, ¿Es *consciente de lo que piensa sobre la actividad y/o motivo de consulta – problema, explique su respuesta?* "Si soy consciente, se debe tener en cuenta que si la mujer consulta por esta razón es porque definitivamente la sintomatología está interfiriendo con sus actividades diarias, por esto debe prestarse atención a lo que refiere, y las características clínicas del mismo". "Considero que el problema es muy frecuente y con factores de riesgo asociado es mucho más, además teniendo en cuenta que es un problema solucionable, en muchos de los casos".

"Si, son motivos de consulta frecuentes, que afectan la calidad de vida de una manera significativa en las pacientes y sus familias. Los abordajes de estos motivos de consulta implican una integración multidisciplinaria, constituyendo un reto clínico".

Considerar los problemas como solucionables y además incluir la visión multidisciplinaria de los motivos de consulta se traducen en proponer una lectura integral del síntoma. Con la posibilidad de incluir otras disciplinas que ayudaran a su resolución de una

forma más eficaz. Esto implica hacer una integración del conocimiento. Con el ABP se replantea la lectura convencional dejando de lado las dicotomías entre ciencias clínicas y básicas. En este orden ideas, se logra demostrar que el proceso de enseñanza - aprendizaje, promueve el apoyo a los diferentes estilos de aprendizaje y se solidariza con todos los componentes que hacen parte de la manifestación del síntoma, reconociendo no sólo la forma verbal como la paciente expresa su dolencia, sino que conecta e integra las diferentes manifestaciones del motivo de consulta y/o problema. El conocimiento práctico y reflexivo que existe en la profesión médica de manera implícita y personal, y se desarrolla en una realidad compleja, incierta y saturada de valores, (Medina, 2006).

Para Calero (2011), es importante que, en el desarrollo de las clases, sin importar el área curricular que se trabaje, se plantee a los estudiantes situaciones problemáticas que posibiliten en ellos el ejercicio de su pensamiento, su iniciativa y creatividad, que apliquen lo aprendido a situaciones nuevas. Así irán construyendo sus propios aprendizajes.

Puede discriminar la información importante de la que no lo es acerca del climaterio y la menopausia, los estudiantes de postgrado agregaron " Si, no en todos los casos, pero si en la mayoría, en ocasiones se presenta cierta información que se torna interesante y puede distraer de los objetivos de la búsqueda, sin embargo, siempre se busca contestar los interrogantes establecidos en cada sesión". "Sí, aunque debo reconocer que mientras uno se encuentra en proceso de formación, cualquier información resulta valiosa".

Puede realizar el listado de los problemas del paciente de climaterio y menopausia, los estudiantes de postgrado contestaron, " Si, la paciente con climaterio presenta alteraciones a nivel psicológico, que empeoran su estado de ánimo pueden generar irritabilidad, ansiedad entre otros. También genera oleadas de calor que pueden alterar el patrón de sueño y las actividades de

la vida diaria. La atrofia genital y de la glándula mamaria, aumenta el riesgo de infecciones, la dispareunia y menor deseo sexual. Hay osteoporosis con un mayor riesgo de fracturas. Empeoramiento del perfil lipídico con una mayor predisposición a presentar enfermedades cardiovasculares. Estos entre otros".

- Sintomatología vasomotora: Oleadas de calor
- Sintomatología por atrofia: Resequedad vaginal, dispareunia como
- resultado de la pérdida de lubricación vaginal, resequedad y pérdida de la
- calidad de la piel de todo el cuerpo, pérdida de la calidad en el pelo.
- Aumento del riesgo cardiovascular: Mayor formación de placa
- aterosclerótica con mayor incidencia de eventos coronarios agudos y
- cerebrovasculares a largo plazo.
- Aumento del riesgo de enfermedad mentales degenerativas
- Aumento en la incidencia de trastornos psiquiátricos, especialmente
- aquellos derivados del afecto.
- Disminución en la mineralización ósea que resulta en riesgo de
- osteoporosis y de fracturas patológicas secundarias.
- Alteraciones en el ciclo de sueño – vigilia.
- Pérdida de la libido y disminución de la calidad de actividad sexual".

A la pregunta: *¿Reflexiona sobre el significado de lo que manifiesta la paciente frente a su motivo de consulta antes de empezar a resolverlo?* "Si, mientras la paciente realiza el relato del cuadro clínico que la lleva a consultar se debe hacer la evaluación del impacto del cuadro sobre su vida". Al respecto otro estudiante de postgrado agrega, " Si por que considerar que se trata de una patología que genera mucho inconveniente en el quehacer diario y vida social,

familiar", otro estudiante de postgrado añade. "Si. De hecho, en muchas ocasiones las pacientes acuden con reporte de paraclínicos o con antecedentes de seguimiento previo y para su valoración es necesario registrar la historia clínica previa".

Puede interpretar (dar significado) la información dada en el problema acerca del climaterio y la menopausia, Los estudiantes de postgrado contestaron, " Si definitivamente es una entidad con impacto psicológico y físico sobre la salud de las pacientes con menopausia y climaterio, por esto que es un motivo de consulta frecuente". " Además en cuanto con el conocimiento".

A partir de las experiencias de los estudiantes de postgrado (residentes) se indago sobre metacomprención y metaobservación, se partió de las preguntas ¿Cuáles son los aportes del ABP a la formación profesional de los residentes (estudiantes de postgrado) de obstetricia y ginecología? ¿Cómo se favorecen en los estudiantes de postgrado (residentes) de obstetricia y ginecología los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos con el diseño, aplicación, evaluación y validación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia y la relación médico-paciente con los fundamentos teóricos de la estrategia didáctica centrado en el ABP?.

Se utilizaron los instrumentos Escala para medir estrategias cognitivas y de control de aprendizaje (ver anexo 6), la escala para medir la metacomprención en los procesos metacognitivos (ver anexo 7), el guión de observación relación médico – paciente entrevista de comunicación (ver anexo 8) y la población participante fueron los residentes y las pacientes.

Procesos metacognitivos

Se realizaron preguntas a los estudiantes de postgrado sobre como resuelven los motivos de consulta, con el ánimo de condensar teoría frente a la solución de motivo de consulta con la estrategia metodológica del ABP, se acude a los procesos metacognitivos porque es uno de los fundamentos que sustenta el ABP. Se consideran es un recurso para construir conocimiento acerca de la resolución de problemas, cabe destacar que en medicina no sólo se dan los aprendizajes a partir del problemas como lo sustenta el ABP, sino que además se resuelve el motivo de consulta, esto se constituye en un aporte significativo para esta investigación por que permite revisar y reevaluar la forma como se está desarrollando la práctica clínica, la relación médico-paciente y que aspectos inciden directamente en la satisfacción de la paciente.

Para consolidar esta teoría se hicieron preguntas como: Cuál es la secuencia lógica de cómo resuelve el motivo de consulta, cómo toma decisiones, hay hipotetización. Se les preguntó si eran conscientes de los procesos mentales que desarrollan durante la resolución del motivo de consulta. Estas preguntas se plantearon en el durante el cierre del seminario del ABP.

A continuación, se presentan las epistemologías de los estudiantes de postgrado frente a como desarrolla la práctica clínica.

La secuencia lógica que se desarrolla para resolver el motivo consulta es:

(1) Ojeo la historia clínica, ingresa la paciente, saludo y presentación del personal de salud a la paciente (2). el interrogatorio dirigido iniciando con motivo de consulta y enfermedad actual (3). Anamnesis completa, antecedentes, (AP, AF, AGO) (4). Revisión por síntomas y sistemas (5). Examen físico completo (paciente sin ropa si la consulta lo amerita) (6). Planteo un

Diagnostico (7). Explico a la paciente diagnóstico y ofrezco posibles tratamientos e indicaciones claras 8. Formulación 9. Despedida.

El contexto – situación sobre el cual se presenta el problema y/o motivo de consulta de climaterio y menopausia (Venturelli J. , 2003). Se debe crear ambiente que facilite la relación médico - paciente. Posteriormente se pasa a escuchar y comprender el principal motivo de consulta son pacientes de un rango de edad entre 40 y 80 años con hemorragia uterina anormal, perimenopausia y postmenopáusica, en menor proporción pacientes con síntomas vasomotores y otro motivo de consulta serian pacientes con prolapsos genitales e incontinencia.

Las posibles soluciones y/o conducta a seguir dependiendo del motivo de consulta, Es parte critica del proceso clínico. "El cuadro clínico se establece basado en un conjunto de síntomas y signos que son los que original en motivo de consulta. Inicialmente se debe tener un esquema claro del motivo de consulta de la paciente, como eso afecta su vida, que implicaciones tiene a nivel personal y laboral. Se debe realizar una explicación clara a la paciente a cerca de su patología, examen físico enfocado, con esto nos debemos enfocar para la solicitud de paraclínicos entre ellos el cuadro hemático, glicemia, parcial de orina, perfil lipídico, niveles de hidroxi vitamina D, mamografía, densitometría, creatinina, ecografía transvaginal, y otras imágenes diagnósticas para un adecuado planteamiento terapéutico dependiendo del resultado de los paraclínicos; entre ellos el médico: la pertinencia de la terapia de reemplazo hormonal, quirúrgico si es por HUA la histerectomía, remoción endometrial, y/o médico-quirúrgico, vs manejo expectante cuando los síntomas no tienen la severidad que amerita el tratamiento valorado dentro del riesgo-beneficio, teniendo entre los puntos fundamentales los intereses y preocupaciones de la paciente".

"Los criterios para escoger soluciones dependen de la edad, paridad, magnitud del problema. En HUA pacientes perimenopausia aines, depoprovera, postmenopáusicas dependiendo de resultados de exámenes una opción HAT. En incontinencia de urgencias anticolinérgicos o corrección quirúrgica del problema. Basado en el análisis y diagnóstico realizados, se determina el estado del paciente y se selecciona un curso a seguir, dependiendo del cuadro sindromatico, se considera la gravedad de la condición de la paciente y determina la prioridad/severidad del tratamiento".

"Dentro de las soluciones médicas tenemos, terapia de reemplazo hormonal con estrógenos conjugados, o naturales (derivados de la soya), de acuerdo con la severidad de los síntomas, si hay o no ha tenido tratamiento previo, edad de la paciente, comorbilidades, mamografía, antecedentes patológicos, medios económicos para la adquisición del medicamento, accesibilidad para control y seguimiento a corto y largo plazo, adherencia del paciente al tratamiento, cambios en el estilo de vida con incremento del ejercicio, dieta, suplencia de calcio, quirúrgicas: entendimiento del procedimiento a realizar tipo histerectomía, complicaciones previsible, no previsibles, posibilidad de tener cuidador".

Según edad de paciente, factores de riesgo, según si síntomas son leves, moderado o severo, dependiendo de enfermedades de base que cambien el pronóstico.

En la consulta con un docente, el rol del docente es un guía, el rol de él es aclarar conceptos si hay que hacerlo, sugerir cosas en cuanto al manejo y proponer revisiones en cuanto a lo visto en consulta (Albanese M. &., 1993). El estudiante de postgrado interroga a la paciente, la examina, le explica el diagnóstico y la conducta a seguir. la consulta con el docente constituye una piedra angular en el proceso de formación del personal en salud, especialmente en la del estudiante de postgrado, pues son ellos los mentores que guían el proceso de aprendizaje,

mediante la valoración conjunta, enfoque especifico del examen físico, tips diagnósticos, posteriormente análisis propuesto por el estudiante de postgrado, donde se incluya posibilidades de tratamiento, discusión académica con el docente, de acuerdo a la mejor evidencia disponible, para proporcionar tratamientos a la vanguardia, con surgimiento de preguntas, para planteamientos de problemas y futuros estudios de investigación o búsquedas bibliográficas especializadas. Rol de supervisión del estudiante de postgrado, para evaluar sus capacidades como especialista, e intervenir cuando considere que hay algún punto relevante que no fue contemplado por el estudiante de postgrado durante la consulta. Así mismo participa en cuanto a proveer diagnósticos alternativos que el estudiante de postgrado por su limitada experiencia puede no haber contemplado.

"El estudiante de postgrado se plantea tesis sobre el estado de la paciente, y tiene en cuenta la edad, rol social y laboral de la paciente, nivel cultural, socioeconómico de la paciente, la paridad, los antecedentes, los hallazgos al examen físico y de acuerdo a lo encontrado y referido por la paciente propongo el manejo más adecuado para la misma y con lo que más se beneficiaría. Las hipótesis se plantean según todos los componentes de la historia clínica (motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales o familiares, revisión de sistemas, examen físico), y determinar que patologías se relacionan con los hallazgos de la historia clínica en orden de frecuencia y según las características socioeconómicas, étnica y demográficas. En el proceso de hacer hipótesis diagnósticas el médico adjudica una primera probabilidad, denominada a priori, basado en la evaluación que hace de la historia clínica y del examen físico". Posteriormente con el resultado de los exámenes se calcula una segunda probabilidad denominada a posteriori (Straus, 2006).

Los conocimientos previos (Smits, 2002)**,** se tienen en cuenta para plantear la solución del motivo de consulta, en la toma de decisiones y en la relación con la paciente. Para tratar a una paciente se tiene en cuenta lo que se ha leído basado en evidencia, ya que con esto puedo manejarlas de forma segura y obviamente el éxito del tratamiento en pacientes anteriores me da certeza que lo estoy haciendo de forma adecuada. Es importante incluir conocimientos de ciencias básicas de histología y patología para saber a nivel micro cómo funciona el organismo, para explicar cómo afectan en un nivel superior cada sistema del organismo (fisiología), y luego en una capa aun superior como afecta el organismo entero y su expresión empírica (clínicas) (Prieto L. , 2006).

Se debe tener conocimiento sobre la enfermedad, la normalidad y que tipo de pacientes se está manejando, conocer los conceptos básicos de menopausia, climaterio y osteoporosis, conocer las escalas de valoración de estilo de vida, depresión, esto va a permitir un abordaje integral de la paciente, ya que, si no se sabe, no se busca, por ende, no se trata y la paciente no obtendría respuesta a lo que la trajo a la consulta (Sandoval, 2011).

El objetivo final y/o meta que se plantea para resolver el problema y/o motivo de consulta es indiscutiblemente la satisfacción y mejoría total de la paciente en cuanto al motivo de consulta y evitar recidivas. Impacto con mejoramiento en la calidad de vida de la paciente, con resolución completa, parcial o no progresión de la patología, con los mínimos eventos adversos. Disminuir la severidad de síntomas que el paciente refiere, mejorar su calidad de vida, garantizar su independencia a hora de recomendar opciones de manejo, resolver dudas. Recuperar el estado de salud de la paciente, no sólo a nivel físico, sino también emocional, psicológica, afectiva hasta donde mis conocimientos y experiencia me lo permitan.

El estudiante de postgrado piensa en las enfermedades que con más facilidad se le viene a la memoria. De acuerdo con las experiencias recientes con un enfermo hacen que su diagnóstico y evolución influya en nuestra conducta, yendo en contra de datos como prevalencia o guías clínicas.

Las posibles dificultades que puede tener para resolver el problema y/o motivo de consulta satisfactoriamente. Falta de empatía con el paciente porque de esta forma el paciente no puede referir de manera adecuada, sus síntomas, y no permitirá un examen físico exhaustivo. fallas en la comunicación con la paciente (sordera, etc.), Estado mental alterado (psiquiátricos/psicológicos), Paraclínicos previos tomados incorrectamente o interpretados por otros profesionales, multimedicación que puede conducir a síntomas alternos que introducen ruido dentro del cuadro sindromatico que hacen difícil el diagnostico. Comorbilidad concomitante que resulta en un síntoma(s) que puede ser debido a varias condiciones. Mala información y creencias populares por parte de la paciente, demora en exámenes solicitados, poca adherencia al tratamiento.

Inicialmente los obstáculos en cuanto a: 1. Sistema de salud: Accesibilidad limitada al sistema de salud, para la realización de paraclínicos, estudios especializados, difícil manejo interdisciplinario, prolongación en el tiempo de control, falta de seguimiento clínico por el mismo grupo o médico tratante, 2. Poca adherencia al tratamiento por parte la paciente, no aceptación de las terapéuticas, creencias erróneas acerca del proceso salud enfermedad con posibilidad del retraso terapéutico por uso de medicina alternativa sin indicaciones claras. 3. No disponibilidad de los medios económicos para la aplicación del tratamiento, no conceden del medicamento. 4. Red de apoyo familiar pobre (Urrego, 2007).

Proceso metacognitivos y cognitivos en los estudiantes de postgrado

Esta disertación se planteó basada en los anexos 6 y 7, con el propósito de referenciar como se los procesos cognitivos de los estudiantes de postgrado formado con el ABP, al respecto se hicieron preguntas sobre la autoreferencia en la consulta, conectados con el razonamiento clínico y las conceptualizaciones que tiene el estudiante de postgrado cuando resuelve el motivo de consulta.

De igual forma se profundizó sobre la jerarquización de ideas sobre el motivo de consulta, la toma de decisiones, el juicio clínico, auto aprendizaje, para apoyar este análisis se tomaron los ítems referenciados en el anexo 7. Referentes a técnicas de estudio, lectura de textos, subrayado de ideas y todas las estrategias tendientes a enriquecer el autoaprendizaje, (Solaz-Porolés, 2007).

Luego de finalizar la consulta, usted como estudiante de postgrado *se auto referencia* frente al proceso de la consulta.

Una vez realizada la consulta y conocer el problema como cada paciente es independiente se verifica si la conducta fue la más apropiada o si se debió mirar algún otro aspecto". "Si porque es importante realizar una autoevaluación y retroalimentación con las herramientas, o dudas académicas dejadas por el docente, o que surgen durante el análisis cada paciente un mundo aparte, y es así como se enriquece el conocimiento".

"Es poco frecuente que no realice procesos de autoreferencia durante la práctica diaria. Usualmente después de terminada la consulta, uno está preparándose para la siguiente. Solo aquellos casos que lo involucran a uno intelectual o emocionalmente y se lograron resolver como retos académicos o clínicos, representan autosatisfacción de uno como profesional". "Otros casos

cuando se realizan conexiones de empatía con algunos pacientes, y uno de profesional logra resolver su problema médico, la sensación de cumplimiento profesional es muy valiosa".

Con relación a los procesos y estrategias metacognitivas los estudiantes de postgrado agregaron que llegan al razonamiento lógico de la propuesta terapéutica y al análisis integral de las diferentes patologías, siendo conscientes de lo que piensa sobre problema y/o motivo de consulta. Estos procesos mentales les ayudan a buscar la mejor solución, si hay algo más por hacer se hace lo posible por realizarlo aún si tiene que citar las pacientes en horario extra.

El estudiante de postgrado comprueba el trabajo mientras lo está haciendo, por ejemplo, si hay algún hallazgo positivo al examen físico lo verifica con el docente de tal manera que éste le dé su opinión al respecto. Y la mayoría de las veces explica al docente la conducta a seguir con las pacientes. Este proceso de verificación es necesario para estar seguro de la actividad que se está realizando. Además, permite ver la falta o excesos en ciertas cosas.

No todos los estudiantes de postgrado se hacen, consciente de la etapa del proceso en la que se encuentra, simplemente lo hacen mecánico y designado como realizar el abordaje y dependiendo de la progresión durante la consulta, es posible que se salte o se devuelva a distintas etapas del proceso clínico. En este aspecto se puede haber mostrado un aprendizaje automatizado, mecánico y memorístico que refleja los componentes del aprendizaje desde el manejo de protocolos y guías establecidas.

El estudiante de postgrado intenta *descubrir las ideas principales o la información relevante en la comprensión del motivo de consulta*

Si por que durante la anamnesis se puede encontrar muchos tipos de pacientes dentro de los cuales están los depresivos, o los que sufren cuadro de dolor crónico, y se debe realizar un interrogatorio dirigido en busca del problema principal para así mismo enfocarse en mejorar el

mismo, se le explica a la paciente la secuencia de lo que se ira haciendo de acuerdo a la importancia de los problemas o motivos de consulta que la aquejen. El motivo de consulta de la paciente se traduce en dos o tres términos esenciales que direccionan el resto de la consulta. Se realiza un resumen de hallazgos positivos tanto en la anamnesis y el examen físico, así como los antecedentes para comprender la patología y definir un tratamiento y pronostico. Siempre que plantea un diagnóstico posterior a la historia clínica y examen físico, se le explica a la paciente de forma clara y con lenguaje sencillo, cual es el principal problema de la paciente y cuál es el principal motivo que la trae a la consulta.

El estudiante de postgrado intenta comprender los objetivos del motivo de consulta antes de ponerse a resolverlo, piensa que aproximadamente el 70% del diagnóstico se encuentran en el motivo de consulta y enfermedad actual, el examen físico corrobora posibles hallazgos pensados o los descarta. Se debe tener claro que es lo que se va a buscar en el examen físico, y cuál debe ser el objetivo principal para iniciar el tratamiento, para realizar un análisis integral del cuadro clínico de la paciente. Basado en el objetivo del motivo de consulta se resuelven las dudas y se recomienda un plan de manejo.

Para algunos estudiantes no es fácil hacerlo, porque consideran más su postura como médicos para erradicación de la enfermedad como tal. Aunque la paciente puede tener objetivos alternos a la resolución de su problema clínico, cuando la paciente tiene objetivos secundarios o alternos, el estudiante de postgrado los evalúa y determina sí pueden resolverse concomitantemente.

Las técnicas o estrategias de pensamiento que usan los estudiantes de postgrado en la resolución de un motivo de consulta se basan en partir de un esquema mental realizando la anamnesis e historia clínica de tal forma que cuando se levanta a examinar la paciente ya sabe

que es lo que va a buscar, este proceso se fundamenta en la hipótesis alrededor del motivo de consulta y la historia clínica. La comprensión del motivo de consulta correlacionado con hallazgos físicos, luego definen sí requiere tratamiento farmacológico, o no farmacológico, sí se tiene que remitir a otro profesional de la salud.

Algunos estudiantes de postgrado no intentan comprender los motivos de la consulta por que el análisis es integral donde se consideran aspectos principales de la historia clínica que lleva a un razonamiento lógico de la terapéutica a iniciar.

El enfoque va directo sobre el valor de la información que se está solicitando/analizando y si son suficientes para generar un diagnóstico. Nunca hacen consciente en que proceso de pensamiento están durante la consulta.

El estudiante de postgrado identifica y corrige los errores en la consulta la mayoría de las veces está el docente, quien sugiere y plantea posiciones, de esta forma al salir de la consulta investiga el tema relacionado y lo corrige en futuras consultas.

En medicina el proceso de retroalimentación, reeducación hacen parte de la vida diaria con el advenimiento de la ciencia y la tecnología, biología molecular, cada día hay una visión molecular de las enfermedades, con una nueva propuesta terapéutica y es necesario conocerla y verla desde un punto de vista crítico para poder tener el criterio clínico de escoger adecuadamente la paciente y el tratamiento que mejor le funcione.

La experiencia clínica está basada en la información derivada de los casos vistos anteriormente y los diagnósticos iniciales emitidos que no correspondían a los hallazgos finales, influyen como nuevo componente de conocimiento.

Si el motivo de consulta es inconsistente o los hallazgos en examen físico no corresponden al motivo de consulta se replantea, el objetivo del motivo de consulta y se re interroga teniendo especial atención en los posibles errores cometidos en el proceso de atención.

Para mejorar los aspectos relacionados con el diagnóstico, se han establecido diversas estrategias que permiten disminuir errores cognitivos como los descritos.

Uno de ellos es la metacognición (Croskerry, 2008), en términos sencillos, dar un paso atrás mentalmente y revisar sí alguna parte del proceso diagnóstico pudiera haber estado contaminado con alguna pre valoración errada.

El estudiante de postgrado se pregunta cómo se relaciona la información importante del motivo de consulta con sus conocimientos previos. Es el centro del ejercicio clínico, ya que la formación académica provee un mundo de conocimientos que sirven de marco de referencia para comparar con la información observada durante la actividad clínica. Se establecen las correlaciones, que son los que permiten seleccionar un diagnóstico probable. La paciente aporta las pistas y el estudiante tiene que saber cono organizarlas y para esto hay que tener un conocimiento previo.

Algunos estudiantes de postgrado no preguntan acerca de la información importante, porque consideran que todo es un proceso intercomunicador de la mente, en la medida en que se cruzan los conocimientos, enriqueciendo la integralidad de la valoración en el proceso de la enfermedad, aprendiendo, desaprendiendo, y viendo las cosas desde otras perspectivas. Esto se puede interpretar que al no hacer consiente los procesos metacognitivos durante la consulta se puede actuar como un autómata, ciñendo su práctica clínica a un accionar meramente mecánico, con seguimiento secuencial de guías y protocolos.

El estudiante de postgrado intenta concretar que le pide una paciente cuando está en consulta, siempre hay un **motivo de consulta principal** o una molestia mayor en la paciente y posiblemente otras secundarias. El estudiante de postgrado encamina la consulta hacia el problema principal y lo soluciona sin omitir las otras molestias, tranquilizando a la paciente y explicándole la situación. Es fundamental la confirmación o descartar la patología mediante las ayudas para clínicas, además de permitir el estudio de ciertas enfermedades que podemos encontrar conjuntamente con la que la lleva a la consulta, por ejemplo, la osteoporosis, riesgo cardiovascular, enfermedades crónicas, entre otras. Además, son un pilar fundamental en el inicio de terapéuticas. Siempre se realiza un plan de manejo que incluye medicaciones, paraclínicos e indicaciones todo esto puede ayudar a la detección de patologías según factores de riegos, y cuales no ayudan a resolver esta información, pero si aumentan costos.

El perfil profesional del médico tratante, actitud, compromiso, conocimiento de la patología a tratar, una historia clínica detallada y un examen físico completo, empatía, respeto.

Proyectos de investigación que se podrían desarrollar a partir de los interrogantes no resueltos durante la consulta:

- Estudios clínicos controlados comparando diferentes tratamientos, con vigilancia y seguimiento a largo plazo.
- Riego beneficio terapias puede realizar hormonal o elementos naturales para disminución de síntomas, analizando.
- Uso de herramientas de automanejo orientadas a los pacientes, que permitan identificar signos de alerta.

- Proyecto sobre comunicación remota entre pacientes y profesionales que permitan hacer seguimiento clínico automatizado con foros y chat remotos.
- Guías para dispositivos móviles que ayuden a los pacientes a hacer manejo en casa de su condición clínica.

Guión de observación relación médico-paciente entrevista - comunicación

La formación con el ABP dio énfasis al entrenamiento de habilidades comunicativas para observar objetivamente las acciones y mensajes de las pacientes, sin hacer juicios y reduciendo en lo posible las interpretaciones; brindar la posibilidad de que la paciente expresara sus sentimientos usando sus propias palabras y contando su historia frente a lo que sentía con relación a su síntoma y/o problema (Venturelli C. , 2000).

En la estructura del seminario con ABP se promovió abiertamente la comunicación de los estudiantes de postgrado con todas sus experiencias, sus conocimientos previos.

Promover el manejo integral de la paciente, el reconocimiento como sujeto que consulta y tiene necesidades fundamentales. El estudiante de postgrado debe estar en la capacidad de atender las necesidades fundamentales de la paciente y lograr que ella se sienta satisfecha con el servicio recibido, este es uno de los pilares de la relación entre el médico tratante y la paciente (Orem., 1993).

Con el ABP se pretende poner en el centro de la relación médico – paciente, al paciente. Se propone ver al paciente como protagonista de la relación terapéutica y de su narración, (Levinas, 2000). Sí el profesional de salud presta atención y respeta las capacidades del paciente con empatía, podría ayudarlo a desarrollar su narrativa. En este punto es importante reflexionar que tan importante son el tipo de lenguaje que se utiliza en la relación con el paciente, que hace que se sienta cómodo o no, con el médico tratante y reconocer las implicaciones del lenguaje, y la narrativa.

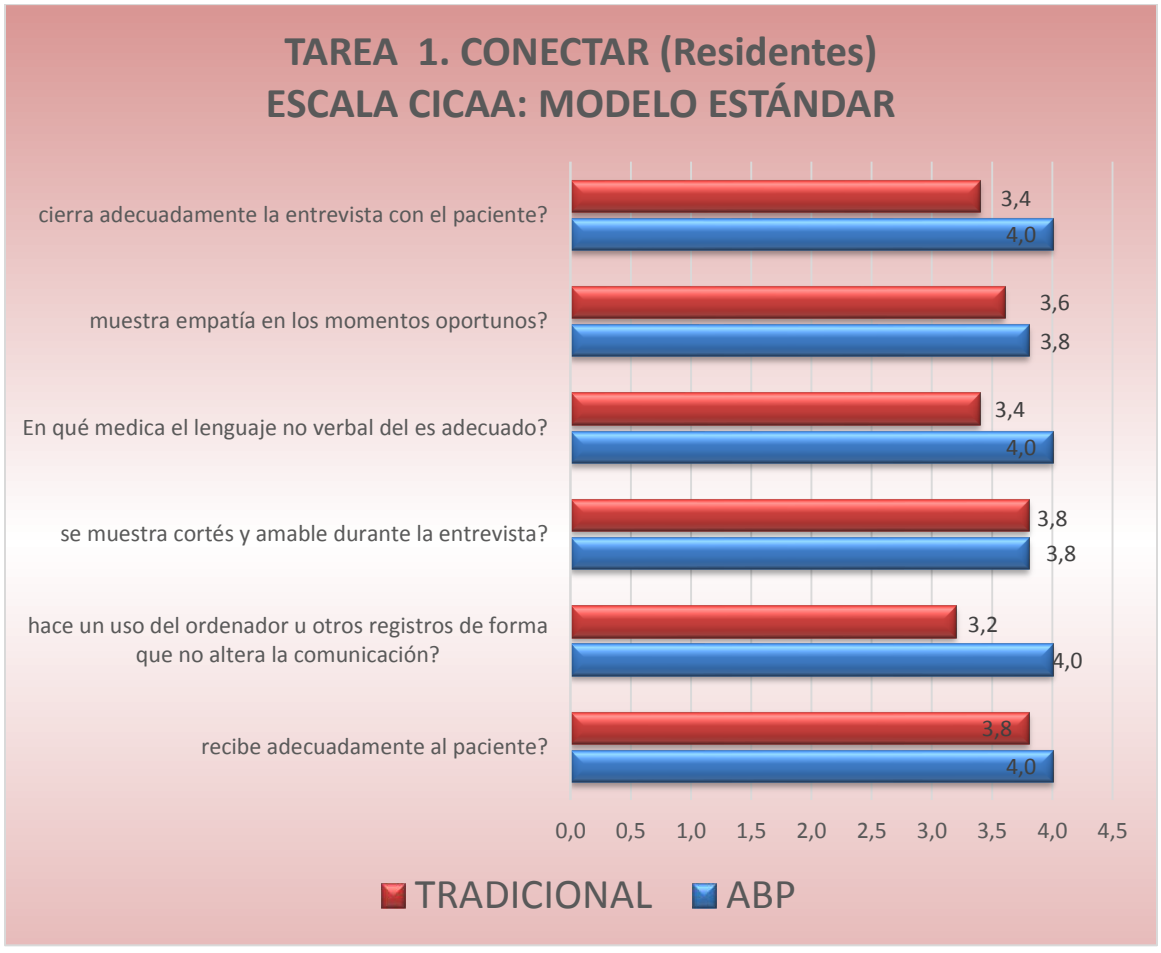


Figura 17. Conectar. Fuente: Elaboración propia.

Relación Medico Paciente

Significativamente para el ABP

Recibe adecuadamente al paciente, hace uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación, se muestra cortes, amable durante la entrevista, utiliza el lenguaje no verbal en forma adecuada, muestra empatía en los momentos oportunos y cierra adecuadamente la entrevista con la paciente casi siempre los del grupo tradicional algunas veces y es muy significativo. P < 0.0010.

Tabla 32. Relación médico-paciente.

CONECTAR	Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6	Col
	OBSERVACION	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		
ABP	24	3.95	.041	.204	3.872	4.044	
TRADICIONAL	24	3.33	.187	.916	2.946	3.720	
PRUEBA DE T STUDENTS		T = 0.0019					

Significativamente para el ABP

Recibe adecuadamente al paciente, hace uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación, se muestra cortes, amable durante la entrevista, utiliza el lenguaje no verbal en forma adecuada, muestra empatía en los momentos oportunos y cierra adecuadamente la entrevista con la paciente casi siempre los del grupo tradicional algunas veces y es muy significativo. P < 0.0010

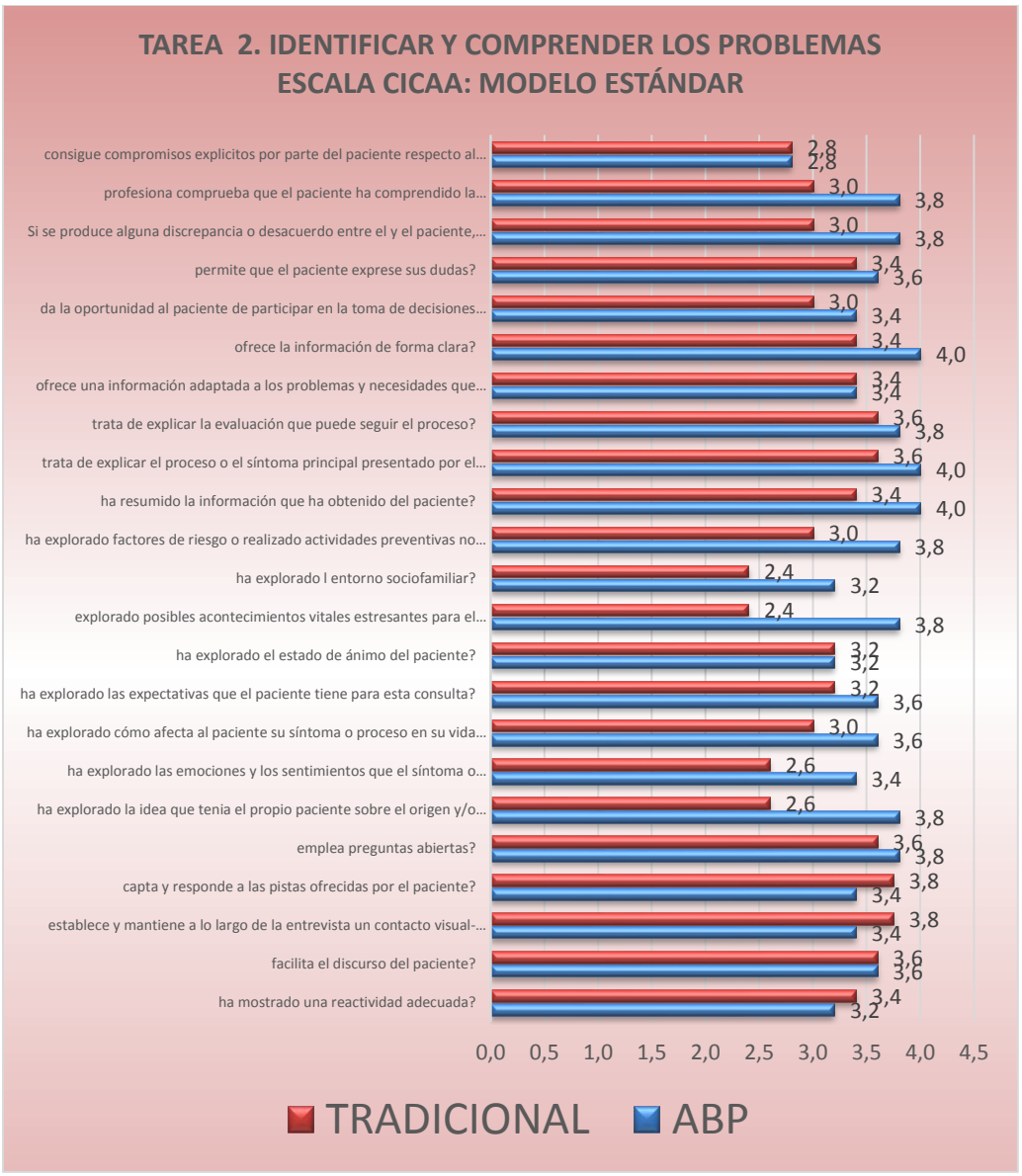


Figura 18. *Comprensión de los problemas- comparación tradicional vs ABP. Fuente: Elaboración propia.*

Identificación y comprensión de los problemas de la paciente

Tabla 33. Problemas del paciente.

IDENTIFICACION	Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6	Col
	OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR ST	DESVIACION ST	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		
ABP	90	3.57	.055	.617	3.448	3.707	
TRADICIONAL	90	3.01	.111	1.05	2.790	3.231	
PRUEBA DE T STUDENTS		T =0.0001					

Los del grupo de ABP muestra una reactividad adecuada, facilita el discurso de la paciente, establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado, capta y responde a las pistas ofrecidas por la paciente, emplea preguntas abiertas, explora la idea que tenía el propio paciente sobre el origen o la causa de su síntoma o proceso, explora las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente, explora cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno familiar o laboral, exploras las expectativas que el paciente tiene para esta consulta, el estado de ánimo, posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente, el entorno socio familiar, factores de riesgo o realizando actividades preventivas no relacionadas con el motivo de consulta, resume la información obtenida de la paciente, explica la evaluación que puede seguir el proceso, ofrece una información adaptada y clara a los problemas y necesidades que tiene la paciente, permite que la paciente exprese sus dudas, si ha desacuerdo con la paciente discute y acuerda con ella, comprueba que a paciente ha comprendido la información suministrada y consigue compromisos explícitos por parte de la paciente respecto al plan a seguir casi siempre y los del grupo tradicional algunas veces siendo muy significativo. $P < 0.0001$.

La comparación de una clase tradicional frente a un seminario en el que se implementó y evaluó el módulo sobre el manejo integral de la paciente, se registraron las observaciones en videos de la sesión, (ver anexo 16) .

Se presenta las observaciones de los seminarios con la estrategia didáctica del ABP y seguidamente las descripciones, observaciones y reflexiones de la clase tradicional (ver anexo 16).

Análisis y Discusión

La docencia en la medicina ha tenido una serie de transformaciones resultado del impacto de las diferentes teorías de la educación. La teoría dominante del siglo pasado y que hoy en día se observa en algunas prácticas educativas es la enseñanza tradicional, donde se considera al médico-docente, un modelo a seguir, su función es la de trasmitir el conocimiento. El médico-estudiante es receptor pasivo, memoriza y repite el conocimiento sin cuestionar (Ponce-De León, 2007).

Esta investigación pone de manifiesto que el aprendizaje basado en problemas (ABP), es considerado por casi la totalidad de los participantes en el estudio, como una estrategia didáctica que favorece la formación de los estudiantes de postgrado con un impacto muy positivo en su actividad profesional diaria; es decir las habilidades trasversales adquiridas con el ABP son útiles en la vida profesional.

En esta investigación, se partió del rendimiento académico, según una investigación realizada por Smitts, Vermenlen y Van der Molen (2006), quienes revisaron seis estudios sobre el ABP aplicados en la carrera de Medicina entre 1974 y 2000, encontraron poca evidencia de que el ABP mejore la adquisición de conocimientos. De igual manera una revisión más reciente, realizada por Fernández (2006), quien trabajó con 15 artículos publicados entre el 2000-2004, de los cuales 12 de ellos comparan la metodología ABP con la tradicional sin obtener diferencias significativas en el rendimiento académico entre los estudiantes que han sido formados en ambas metodologías, resultados que son concordantes con este trabajo puesto que no se logró demostrar diferencias entre los dos grupos en el rendimiento académico.

Fasce (2001) compara los resultados de la evaluación cognitiva del grupo de estudiantes con ABP versus metodología tradicional, tampoco encontraron diferencias significativas, esto mismo sucede con Lifschitz (2010), en el que se reafirma este mismo resultado.

Al igual que en las investigaciones referidas anteriormente, en esta investigación se observó que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de sus antecedentes académicos como son las notas de enseñanza media o su puntaje en la prueba de selección universitaria, sin embargo, en cuanto a la comparación cualitativa de la efectividad del ABP y la estrategia didáctica tradicional, l os estudiantes de postgrado capacitados con el ABP, comparativamente con lo que no reciben esta metodología, adquieren habilidades que les permiten identificar correctamente los motivos de consulta y/o en los pacientes que acuden a los consultorios de climaterio y menopausia, siendo capaces de realizar el análisis por contrastación de la información de los problemas de salud, el uso de medicamentos y las bases teóricas de los mismos.

Con respecto a los resultados cognitivos, en un trabajo publicado por Pellón (2011), en el que tampoco encontraron diferencias en esos dos ámbitos en estudiantes de primer año de la carrera de Terapia Ocupacional y de Nutrición y Dietética. En un estudio reciente de Walrond, Shirley y Alleyne (2002), comparan la enseñanza de dermatología y venereología a los estudiantes de medicina con el método tradicional y con el aprendizaje basado en problemas simulados por ordenador mediante un sistema interactivo donde el estudiante recibe la retroalimentación mediante la comparación con un especialista. Los autores demuestran, de acuerdo a otras publicaciones, que las nuevas tecnologías son compatibles con el método aprendizaje basado en problemas. Aunque los estudiantes valoran positivamente el método obtienen los mismos resultados de conocimientos en los exámenes de respuestas múltiple o

abierta. El método convencional incluía clases magistrales, seminarios, talleres de trabajo y enseñanza al pie de la cama del paciente; los autores no diferenciaron entre ellos que pudo influir en los resultados.

Dentro de las categorías más destacadas de esta investigación están:

Categoría Autoaprendizaje

En esta investigación, esta categoría se orienta a la actividad profesional en dos ejes, por un lado en el contexto del seminario y procesos de formación específicamente en el área de climaterio y menopausia; y por otro lado, en el campo profesional, como especialista que requiere una formación, autoaprendizaje permanente en el campo de la medicina por que la profesión así lo exige; mantenerse inquieto e interesado por el autoaprendizaje permanente. Crear las rutas para acceder a la información que resolverá necesidades profesionales, intelectuales y todo lo referente a consolidar conocimiento, con el ánimo de ir a la par del auge de la ciencia. Esto supone dirigir su autoaprendizaje al ser el mismo estudiante de postgrado, quien decide que conocimientos serán adecuados a la situación analizada, a la vez que aprende a manejar bases de datos, libros, y otras fuentes escritas, así como a entrevistarse con informadores, expertos.

La segunda habilidad que adquiere es la reflexión sobre el propio trabajo realizado, sus aportes personales y grupales en su conjunto. Es decir, la evaluación y autoevaluación se incorporan al mismo nivel, que todas las demás habilidades intelectuales. Es decir, en esta parte el estudiante aprende a aprender, y a evaluarse en relación a los objetivos que tiene que alcanzar. En este aspecto, los estudiantes se autoevalúan constantemente el proceso de aprendizajes, esto se realiza de forma individual, según Sanabria (2017) posteriormente, se observa que un alto porcentaje de los estudiantes manifiesta haber logrado la mayoría de las metas propuestas en

cada una de las dimensiones plateadas; en el módulo sobre el manejo integral de la paciente. Es decir, búsqueda de información, documentación e investigación permanente de información que complejice la comprensión del motivo de consulta y/o problema, proceso de toma de decisión confirmación o no de hipótesis, finalmente solución de motivo del problema.

Categoría Trabajo en equipo

En la etapa de formación de los estudiantes de postgrado se requiere incluir las perspectivas de los estudiantes, es en este sentido que se incluye el trabajo colaborativo que condensa la visión que entre todos se obtienen mejores resultados, con el ánimo de potenciar habilidades de escucha, de consolidar los diferentes puntos de vistas acerca de un problema, crear escenarios para aceptar la diferencia en la interacción con otros, con miras a promover un enfoque multidisciplinar de las diferentes aristas que puede tener un problema y/o motivo de consulta. En este orden de ideas, trabajar en equipo implica crear los medios, las formas de interacción, con una postura de aceptación y respeto hacia los interlocutores, ahondando en los tópicos a partir del debate en grupo. Durante la experiencia con el ABP se destacó la importancia del trabajo colaborativo dado que esto permitió obtener buenos resultados clínicos y resolver los motivos de consulta de una forma más eficaz e integral.

A nivel de grupo se propuso el trabajo colaborativo que mostró una participación activa, con una postura de curiosidad e indagación constante de cada uno de los estudiantes de postgrado. Se comprendió el tema que se estaba debatiendo. Con el trabajo cooperativo se consolida la idea que con la participación de todos se obtienen mejores resultados, la necesidad de tener las opiniones de todo el grupo y promover un enfoque multidisciplinar de los temas relacionados con el climaterio y la menopausia. La integración en el grupo expone la necesidad

de aceptar y ser aceptado por los miembros de grupo, valorarlos por si mismo, y recalcan como valor central el debate en el grupo.

Con relación al trabajo colaborativo, Broussard (2007), evalúan el trabajo en equipos multidisciplinarios con ABP y confirman que se mejora esta competencia cuando se tiene una actitud favorable a trabajar en equipo. En la investigación de Esteban (2011), se llega a la conclusión que con ABP el aprendizaje se genera a través de la participación guiada en la actividad social con compañeros que apoyan y estimulan la comprensión, y es necesaria la implicación en una actividad. Villa y Poblete (2007), afirman que con el ABP se desarrollan competencias como el trabajo en equipo y la comunicación. Del mismo modo, en los resultados obtenidos en esta investigación, durante las observaciones de las prácticas de aula se comprobó una buena comunicación y clima de aula, y en los trabajos escritos los estudiantes afirmaron que pudieron trabajar equipo, que lograron conectar las impresiones de cada uno en la comprensión del problema, que se consolidó por las opiniones de los demás participantes en el seminarios; demostrando el desarrollo de la competencia comunicativa tanto en los seminarios sobre climaterio y menopausia como en la práctica clínica durante la relación médico-paciente; de igual forma se consolidó el trabajo en equipo y las habilidades sociales al utilizar metodologías ABP (Caiseda, 2009).

De acuerdo con las investigaciones de Biley & Smith (1999), y Faidley, Evensen, Salisbury-Glennon, Glem, & Hmelo (2000), las competencias como el trabajo en equipo y las habilidades sociales se desarrollan dependiendo de la dinámica del grupo, por ejemplo, la competición, los conflictos o la pasividad dificultan la cooperación. Este aspecto se fue minimizando durante la intervención y participación en los seminarios, dado que inicialmente la participación se centraba en dos estudiantes, pero con los ajustes generados por el tutor y por los

participantes en la medida que se afianzaban las propuestas de temáticas, problemas, manejo de casos clínicos y la visión integral del motivo de consulta. Se impusieron principios participativos, dinámicos, con una postura de indagación e investigación permanente (Pellicer, 2011); aspecto que se demostró al final del proceso con la consolidación de los cuatro ejes temáticos como son: fisiopatología y síndrome climatérico, enfermedad cardiovascular, oleadas de calor y osteoporosis, que sustentan el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia (Sánchez J. R., 2007).

Según Litzinger, Wise, y Lee (2005), el ABP favorece la autodirección en cada uno de los componentes, y al igual que en la presente investigación, hay diferencias significativas mejorando en todos los componentes.

Integrando los resultados obtenidos a través de observaciones de las tutorías, el análisis del contenido, el cuestionario de satisfacción de las pacientes y las impresiones de los estudiantes de postgrado acerca de su experiencia con el ABP, se revela una alta motivación para el aprendizaje y una elevada satisfacción percibida por los estudiantes y el tutor (Cordón, 2008; Hugo, 2001). Además, aceptan favorablemente los cambios de roles de los estudiantes siendo los responsables de su aprendizaje y el rol del tutor con guía. El rol del estudiante se convierte en un rol activo, en busca del conocimiento para intentar resolver el problema y/o motivo de consulta planteado. El tutor es el que orienta y motiva al grupo del ABP, debe abandonar la perspectiva vertical y autoritaria para dar paso a un rol más dialogante e interaccional, capaz de asumir la construcción colectiva del conocimiento (Hugo., 2001).

Los problemas clínicos diseñados se basan en la realidad, es decir, están contextualizados y son significativos para los estudiantes. Los estudiantes reconocen dichos problemas como relevantes desde el aspecto profesional, por ello se sienten motivados para

trabajar, no sólo por que comprenden que los conocimientos que obtienen al pensar en estos problemas les serán útiles en un futuro, sino también porque tienen la oportunidad de desplegar su creatividad, así como una flexibilidad en la resolución de problemas ABP (Alonso., 2003); el aspecto que menos satisfactorio resultó fue la carga de trabajo y el tiempo empleado. La dificultad en el mayor empleo del tiempo es por que como los estudiantes se convierten en elementos activos de su aprendizaje, reconocen que deben emplear más tiempo en la asignatura. Este resultado coincide con otras experiencias como las documentadas por autores como Álvarez, Rius, y Vilades (2005) y Esteban (2009).

El objetivo del ABP es una transferencia de conocimientos a través de la comprensión, la empatía, el razonamiento clínico, el desarrollo de competencias relacionadas con el rol profesional del especialista en Ginecología y Obstetricia (Urrego, 2007; Torp, 1995). Es por esto que se utilizaron casos clínicos reales de la consulta, para hacer una inmersión en lo que serán los verdaderos casos clínicos con los que los profesionales de la salud se encontrarán en su práctica clínica, permitiendo ensayar la resolución de los problemas y el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia que realizarán en el futuro profesional (Villa N. &., 2008).

Según las investigaciones de Aspegren (1998); Branda (2004), Cossette (2004); Hmelo, Duek (2000) y Gijbels, Van de Watering y Dochy (2005), los estudiantes que aprenden a través del ABP tienen un mejor razonamiento clínico, son más hábiles para utilizar los conocimientos en tiempo real (integran), mantienen la motivación, utilizan estrategias para un aprendizaje en profundidad y estrategias metacognitivas, en mayor proporción que los estudiantes que reciben enseñanza expositiva de forma tradicional.

Categoría Comunicación

Se definió como transmitir las ideas que quieren expresar acerca de cualquier tema que se estuviera debatiendo en el seminario de climaterio y menopausia. En este punto se observó que los estudiantes de postgrado opinan y comparten sus conocimientos de una forma consolidada, argumentando sus ideas con artículos, estudios, estadísticas que apoyan sus reflexiones. En la etapa profesional se centran en la comunicación en el equipo, también recalcan la escucha activa, pero señalando su importancia en relación con la comunicación con los pacientes. En este sentido se ahonda en la comunicación con el camino para conocer el origen del síntoma y crear el contexto del problema y/o motivo de consulta desde la narrativa del paciente. Se indagó sobre las estrategias para determinar y negociar el tratamiento durante la consulta, se tomaron variables como sí la paciente choca con el tratamiento que propone el médico, sí por el contrario negocia el tratamiento, o sí la paciente acepta el tratamiento como lo propone el médico.

Dado que se puede ver como las pacientes acuden a la medicina alternativa, remedios caseros y otras opciones que estructuran la forma como la paciente intenta resolver su motivo de consulta. En esta fase de la investigación se profundizó en la forma como el profesional de la salud se comunica con las pacientes tanto a nivel de forma como de contenido, dado que esto determina la adherencia al tratamiento y la eficacia de la intervención del médico tratante en la resolución del motivo de consulta.

Al respecto Alonso (2003), refiere en su estudio titulado "La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético profesional de los estudiantes en medicina"; Alonso hizo un estudio descriptivo de la comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional. Sustentó el análisis del cumplimiento de las 3 funciones de la comunicación y

de la empatía como mecanismo de comprensión mutua, mediante la percepción y valoración de 124 estudiantes y 43 profesores de diferentes años de la carrera de medicina.

Se puntualizó la importancia de la educación ético-profesional como objetivo ético de los programas de las asignaturas y el trabajo metodológico, reflejan la insuficiente prioridad que se le otorga a este tema. Según Ojalvo (1997), existe una imperante necesidad de formar a los estudiantes y capacitar a los profesores para contribuir al desarrollo de valores en los estudiantes y a la competencia comunicativa (Fernández, 2006).

Esto está directamente relacionado con la necesidad de fortalecer la relación médico-paciente en los estudiantes de postgrado de la especialidad de Ginecología, específicamente porque en la forma como se comunica con las pacientes durante la entrevista es así como en el guión de observación de una consulta durante la relación médico-paciente se pudo evidenciar los estudiantes formados con el ABP puntúa más alto que los estudiantes formados con la metodología tradicional, en aspectos como se recibe adecuadamente a la paciente, cierra apropiadamente la entrevista con la paciente, usa debidamente el lenguaje no verbal.

Por lo anterior se concluye que privilegiar los componentes afectivos y emocionales durante la consulta como función principal que debe cumplir la comunicación médica –paciente, para que se cumpla con el tratamiento médico indicado. La satisfacción de la paciente determina la adherencia al tratamiento, conexión emocional con su proceso de enfermedad y con sus tratamientos. De igual forma mantiene interesada a la paciente en continuar su tratamiento con el mismo profesional de la salud, esto quiere decir que se beneficia la paciente, el sistema de salud, por cuanto la continuidad del tratamiento disminuye costos y crea mecanismo para prevenir futuras enfermedades desencadenantes del motivo de consulta principal.

En la comunicación también se incluye un nivel de identificación y comprensión de los problemas, esto se manifiesta en el nivel de comprensión que logra la paciente cuando está en consulta con el médico tratante, es decir que la paciente se sienta en plena libertad de expresar sus dudas, y además logre aclarar y puntualizar las instrucciones referentes al tratamiento (Sleight, 2006; Gómez, 2002). Estos aspectos se logran en la medida que el profesional tratante brinda las herramientas y además crea un contexto amigable para que se cree la confianza en el paciente, en este aspecto puntuaron más alto los estudiantes formados con ABP; es decir, que durante la interacción con el paciente, durante la relación médico – paciente, el profesional de la salud formado con el ABP identificó el problema primario, enfermedad o condiciones coexistentes, conoció el contexto sobre su aparición, evolución y todas las soluciones intentadas por el paciente.

Categoría Pensamiento crítico

Los estudiantes de postgrado identificaron procesos, entendieron y reflexionaron sobre los componentes de un tema, con la estrategia metodológica del ABP. Se promovieron proceso como razonamiento clínico, exponer, debatir y proponer, constituyen los ejes de los hábitos intelectuales que se adquieren con el ABP. Para los estudiantes de postgrado, el ABP además de mejorar sus hábitos intelectuales, les ayudó a refrescar el contexto de enseñanza aprendizaje, visibilizando los recursos que los estudiantes de postgrado tienen como profesionales en formación. Se utilizó el ABP, para extraer introspectivamente todos los recursos que como profesionales tienen. Retomar los conocimientos previos, acudiendo a la memorización, la repetición y la reflexión.

En la etapa del pensamiento crítico, aplican habilidades como entender, identificar las partes de las situaciones, su análisis en profundidad, razonar, exponer, debatir y proponer, constituyen los ejes de los hábitos intelectuales que se adquieren con el ABP (Alterio, G.H., Bolivar, C.R., 2010). Para los profesionales de la salud el ABP además de mejorar sus hábitos intelectuales, ayuda a estructurar su mente delante de los problemas relacionarlos con otras disciplinas, recurrir a otras estrategias para resolver el motivo de consulta. Estos procesos de pensamiento se asocian al razonamiento clínico que se requiere para poder ahondar en el motivo de consulta y consolidar un juicio clínico que se sustente desde su formación profesional (Sleight, 2006). Esto permite consolidar explicaciones y comprensiones consistentes acerca del motivo de consulta y/o problema y derivarlo en un manejo integral de la paciente que es en últimas el fundamento del sustento del ABP en el módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia (Vicedo, 2002).

Categoría Actitudes

En la época de estudiantes de postgrado el ABP les mejoró su autoconfianza al hacerles perder el miedo escénico, facilitando sus exposiciones en público, mejoró su sociabilidad, a la vez que aprendieron a reconocer sus limitaciones en relación al conocimiento (Moreno E. &., 2012). Durante el periodo profesional, el ABP les permitió moverse con soltura en sus relaciones con los pacientes, familiares y otros profesionales, pero lo más importante es el concepto de clima positivo, que se recoge con un clima amigable de aprendizaje, se promueven comentarios relacionados con el ambiente en sitio de aprendizaje y/o trabajo como la consulta con un paciente, y su esfuerzo por mantenerlo lo más positivo posible; recalcan la necesidad de un lenguaje en que las críticas sean positivas, se hagan y se reciban con una postura propositiva y de

solidaridad. Las actitudes incluyen las buenas maneras, las buenas palabras e intervenciones con un propósito bien intencionado hacia la resolución del motivo de consulta.

En el contexto del seminario, las actitudes en los estudiantes de postgrado mejoraron notablemente, con el ABP. Se afianzó la autoconfianza y se demostró que los estudiantes de postgrado participaron y lideraron procesos académicos, que les ayudó a compartir sus ideas sin miedo a equivocarse, atentos a la retroalimentación de sus pares y del tutor. Como principio para este proceso se recalcó la necesidad de estructurar un discurso claro, para así responder razonadamente a los interrogantes planteados por los miembros del equipo. Al estar en contacto con diferentes puntos de vistas los estudiantes se sintieron más estimulados a plantear nuevos interrogantes y a realizar nuevas conexiones (Escribano y Del Valle, 2008).

Categoría Práctica profesional y la práctica clínica

Esta categoría recoge, la ayuda que representa el ABP para facilitar la inserción laboral y en la complejidad de sus relaciones. Con el ABP se consolidó esquemas mentales solidos e integrales de la salud de la mujer y por ende de la articulación de los procesos interacciones e individuales en el manejo de los motivos de consulta.

Secuencialmente en el proceso de la investigación, se proyectó que el contexto creado y liderado por el tutor con la estrategia del ABP, se prolongara y se replicara en la consulta con una paciente, para esto se plantearon preguntas referentes a hacer procesos meta observacionales en la medida que la paciente está narrando su motivo de consulta. Se hicieron preguntas sobre sí el estudiante de postgrado reflexiona sobre el significado del motivo de la consulta antes de empezar a resolverlo. En este aspecto, algunos estudiantes de postgrado, dijeron que sí otros que no. Algunos estudiantes de postgrado resuelven el motivo de consulta mecánicamente y otros si

piensan en el motivo de consulta, esto puede darse por que aún se mantiene esquemas tradicionales de la práctica clínica (Ruiz R. , 2004).

La práctica clínica, se centra en la comunicación con la paciente con los profesionales, en la relación médico-paciente, destacando el uso de un lenguaje comprensivo para las pacientes. Se destaca un dialogo que facilite la interacción entre la paciente y el estudiante de postgrado, que se consensue la decisión acerca del tratamiento, esto ayuda a la adherencia del tratamiento, a fortalecer la confianza y la empatía con el médico tratante.

Categoría Visión Holística e integral

Los estudiantes de postgrado recalcan que el ABP les enseñó a ver a las personas en todas sus facetas, y que cada uno de sus problemas se examinará desde diferentes puntos de vista. Durante la etapa profesional esta visión se concreta en una visión integradora centrada en la paciente de forma individualizada, así como el análisis del enfermo y su entorno conjuntamente (Acevedo E. , 2010). Con una visión integral se observa el contexto en el que se crea el problema y/o motivo de consulta. Esto permite conocer los componentes que hacen parte de la aparición del problema y por lo tanto direccionar las intervenciones, el diagnóstico, el tratamiento y todos los componentes para apoyar a las pacientes, mejorar sus problemas de salud y su calidad de vida.

En la práctica profesional se evidenció que los estudiantes de postgrado hicieron una lectura integrada centrada en el análisis del motivo de consulta y su entorno conjuntamente. Esto demostró que hicieron una lectura comprensiva y explicativa del motivo de consulta. Avanzando de la simple interpretación del síntoma a la comprensión de motivo de consulta, reflejado en la historia que la paciente narra acerca de su problema de salud (Jessup M. , 2009).

Durante el desarrollo del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, se evidenció que los estudiantes de postgrado refirieron que les agrado cambiar la estrategia metodología, por que brindaba la posibilidad, de construir conocimiento a la par de los compañeros y profesionales que hacen parte del equipo de profesionales del departamento. Durante el desarrollo de los seminarios, los estudiantes de postgrado agregaron que se movilizaron procesos de reflexión, análisis, toma de decisiones, comunicación, hipotetización, procesos mentales, representados gráficamente en los mapas conceptuales, que ilustran las conexiones, conceptualizaciones, descripciones, análisis e interrogantes emergentes de la disertación del caso clínico (Hmelo., 2004). El mapa conceptual no se agota en una sesión, de él emergen múltiples focos y lecturas del motivo de consulta que se convierten en la piedra angular para futuras disertaciones.

A partir del caso clínico se plantó la correlación entre el seminario de climaterio y menopausia y el manejo integral de la paciente. Si bien el propósito central del ABP es el aprendizaje, para el caso particular de esta investigación, se motivaron conjuntamente la resolución de problemas y/o motivo de consulta. Esto planeó una conexión entre aprendizaje – problemas/o motivos de consulta – relación médico paciente – manejo integral de la paciente – formación integral del estudiante de postgrado (Wassermann, 1994) .

La implementación del módulo manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, influyó significativamente en el desarrollo del razonamiento clínico, la toma de decisiones, de los estudiantes de postgrado. Durante la aplicación del módulo los estudiantes de postgrado aprendieron a través de métodos activos, integrados y contextualizados, desarrollaron las habilidades del pensamiento crítico, más afianzadas que los estudiantes de postgrado formados con el método tradicional (Coambs, 1995).

El estudiante de postgrado reconoce las ventajas del método, porque aumenta su capacidad para el autoaprendizaje y su capacidad crítica para analizar la información. Sin embargo, encuentran dificultades con la estrategia didáctica, porque, al convertirse en elementos activos de su aprendizaje, se ven impulsados a dedicar más tiempo a estas asignaturas. Además, se muestran inseguros acerca de la suficiencia del conocimiento adquirido por este método. El aprendizaje en ciencias médicas se encuentra, cada vez de manera más imperiosa, con algunos retos que una metodología como el ABP pueden ayudar a resolver.

Los avances en biociencias hacen que el conocimiento sea obsoleto en breve tiempo. La cantidad de ensayos clínicos que se llevan a cabo, gracias a la financiación de la industria farmacéutica necesitan de espacios donde publicar los resultados de dicha investigación, por esta razón la información crece a pasos agigantados.

La actitud del paciente, que demanda cada vez un grado mayor y mejor de información.

Categoría Procesos Cognitivos

Desde el punto de vista práctico una de las habilidades humanas más importantes que debe desarrollar es la toma de decisiones (juicio y elección). Desde la perspectiva individual y desde el contexto interdisciplinario, la habilidad para la toma de decisiones afecta la calidad de vida y las posibilidades de éxito (Acevedo S. d., 2010). Los estudiantes de postgrado hacen énfasis en las experiencias previas y las estrategias personales del aprendizaje.

Categoría toma de decisiones

Con el ABP la toma de decisiones se genera a partir del propio problema y al igual que en la vida real, el problema no admite una sola solución correcta, sino diversas alternativas con más

o menos ventajas y desventajas (Polanco, 2005). En el contexto del ABP, cada problema brinda a los estudiantes la oportunidad para la toma de decisiones ya que no hay una sola respuesta correcta. Ante la pregunta que acompaña al problema, se formulan hipótesis inicialmente de carácter provisional con base en los conocimientos previamente adquiridos y, posteriormente redefiniendo mejor la hipótesis con los nuevos conocimientos (Esteban M. , 2011). Es crucial para el logro de los objetivos del ABP, que esta toma de decisiones se haga con base en los conocimientos mediante el razonamiento crítico que es conveniente que se haga en un ambiente colaborativo.

Categoría Procesos Metacognitivos

La metacognición se refiere a un razonamiento de alto nivel que implica un control activo sobre los procesos cognitivos involucrados en el aprendizaje (Alterio G. &., 2010). Acciones como la planeación de cómo abordar una determinada tarea de aprendizaje. El auto monitoreo de la comprensión, la autoevaluación y la evaluación del avance en la realización de una tarea son acciones de carácter cognitivo. Los estudiantes de postgrado realizaron esquemas y mapas conceptuales para mejorar la comprensión de los contenidos.

Además, planificaron la elaboración de material propio, (ver anexo 15), relatorías, apuntes, escritos y preparación de material de apoyo para cada sesión), ensayaron sus presentaciones. En una investigación de Sleight & Mavis (2006), se confirmó que los estudiantes con mejor nota en el examen tienen mayor motivación, disciplina, concentración y atención. Estos estudiantes utilizaban esquemas, tablas y mapas conceptuales propios. El ABP promueve el aprendizaje autodirigido por que obliga a los estudiantes a preparase para las tutorías, en ABP

el 60% de tiempo requiere aprendizaje autónomo y el 40% tutorías o trabajo de grupo (Assaf., 2010).

Van Der Hurk (2006), realizó una investigación en la Universidad de Maastrich (Holanda) llegando a la conclusión de que la mayor dedicación con ABP se refleja en los resultados académicos. Downing (2009) halló que el ABP es adecuado para desarrollar la metacognición (uso de estrategias para controlar los propios conocimientos) como la planificación autocontrol y estrategias de autorregulación. Lycke, Grottum, & Stromso (2006), en sus resultados, mostraron una diferencia significativa entre estudiantes que recibieron enseñanza tradicional comparados con el ABP en autorregulación y motivación hacia el aprendizaje. Sungur & Tekkaya (2005), obtuvieron una diferencia al utilizar el ABP en elaboración, aprendizaje en equipo, pensamiento crítico y autorregulación metacognitiva. Los estudios anteriores coinciden con la presente investigación en el componente de planificación y selección de estrategias didácticas, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el pre- test y post-test. Se destaca que se acentuaron habilidades y competencias más de corte cualitativo como son los niveles de concentración, motivación e intereses por el aprendizaje constante, todo esto matizado por un proceso vinculado directamente a los procesos cognitivos y comunicativos en correspondencia con los pares académicos y con los colegas en el campo clínico (Carrera, 2009).

Con relación a la estrategia tradicional no se observaron diferencias en ningún campo interaccional ni en el contexto académico ni en la práctica clínica, sin embargo, se evidenció que los procesos metacognitivos suceden de una forma muy similar a los estudiantes formados con el ABP, pero que no muestran ninguna modificación favorable a nivel cualitativo en ninguno de los aspectos antes mencionados. En este orden de ideas, se demuestra que el ABP facilita el

aprendizaje, promueve habilidades entorno al aprendizaje referentes al conocimiento como reto, curiosidad y dominio, siendo el valor de la tarea una variable importante, es decir, que el aprendizaje les resulte interesante, importante o útil, aumenta la motivación intrínseca y mejoran su autopercepción para enfrentar problemas (Blumberg, 1992).

Estos resultados son análogos a los resultados obtenidos a través del cuestionario, las observaciones de las prácticas en el aula y el análisis de los documentos escritos, en los que los estudiantes afirmaron que aprender es un reto, los contenidos les resultaron interesantes y útiles para su futuro profesional.

Un aspecto a destacar como creativo en esta investigación, fue el uso de relatorías, mapas conceptuales, diagramas, tablas, y en general el uso de recursos visuales que soportaron el nivel de análisis, documentación e investigación que demostró el proceso de autoaprendizaje, metacognición y cognición de los estudiantes de postgrado, consolidado en un documento escrito (Flavell, 1976).

Se copilaron las epistemologías subyacentes a los conocimientos adquiridos durante los seminarios de climaterio y menopausia. Conocimientos y experiencias que posteriormente se trasladaron a la práctica clínica, demostrándose, en primer lugar, la intervención en el aula de clase, y en segundo lugar, la intervención en el consultorio a nivel de la práctica clínica y durante la relación médico-paciente, puntualmente en el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

Con la inclusión de los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos (Watzlawiick, 1991) se demostró la incidencia que tuvo el ABP en la consolidación del aprendizaje a partir del uso de problemas y/o motivos de consultas, la aplicación de los conocimientos previos, estructuración y reestructuración de los razonamientos clínicos, la toma

decisiones, para finalmente llegar a consolidar la resolución del motivo de consulta, con una visión integral de la paciente que asiste a consulta (Alterio G. &., 2010). De acuerdo a las observaciones reflejadas durante la consulta y los seminarios de clase se evidenció el aprendizaje por la experiencia acumulada en resolver problemas, corregir acciones, diagnósticos y la empatía a través de la autorreflexión, la metacognición sobre lo planteado, de igual manera se demostró que los estudiantes formados con ABP describieron sus experiencias como más fructíferas (Alonso., 2003).

La metaobservación de sus propios procesos les ayudó a autorregular los componentes de su aprendizaje, de la resolución de problemas y del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia. A partir de las estrategias propuestas, algunos estudiantes manifestaron comprender los casos clínicos con mayor profundidad, desglosar jerárquicamente los componentes del problema y/o motivo de consulta; para después desarrollar la mejor estrategia para resolver el motivo de consulta (Garret M. , 1988).

Con relación a la menopausia, la comprensión del problema se conectó directamente con conocimientos previos, experiencias vividas por sus madres; situación que ayudó a que los profesionales de la salud se mostraran más empáticos con sus pacientes y tuvieran una mayor conexión emocional con las necesidades físicas y psicológicas de sus pacientes (Sánchez J. R., 2007).

En la investigación de Baker (2007), se utilizaron tres pruebas estandarizadas para medir el impacto del ABP en la formación de enfermería, se llegó a la conclusión que los estudiantes mejoran el razonamiento inductivo orientado a la lógica y a conceptos abstractos. Ozturk, Muslu, & Dicle (2008), encontraron que los estudiantes de enfermería formados con la metodología ABP mejoran en pensamiento crítico, siendo una diferencia significativa en la búsqueda de la

verdad y libertad, y no hubo diferencias significativas en el análisis, autoconfianza, indagación y madurez de juicio. Con relación a la metodología tradicional

Respecto a la interdependencia y valor social en el estudio de Crawford y Machemer (2008), se demuestra que las habilidades sociales e interpersonales son importantes y se desarrollan con el ABP como el trabajo en equipo, la comunicación, entendimiento y las habilidades para resolver problemas.

Se demostró que los ***procesos metacognitivos*** sucedidos en el aula de clase, como pensar introspectivamente acerca de cómo se estudia, cómo se plantea el análisis y comprensión de cualquier tema del climaterio y menopausia, se conectan con el autoaprendizaje con las técnicas de estudio utilizando estrategias de aprendizaje como el subrayado, releer el texto, búsqueda de información complementaria (Flavell J. , 1976).

Al igual que en estas investigaciones, los estudiantes de postgrado que participaron en esta investigación valoraron positivamente el aporte del ABP a su formación como profesionales de la salud. Algunos refieren que les ayudó a construir mapas conceptuales mas comprensivos de los motivos de consulta.

Respecto de la autoevaluación y coevaluación, los estudiantes aclaran que efectivamente es una estrategia metodológica que sin duda fortalece el trabajo en equipo, la cooperatividad y son críticos a la hora de calificar aportes a la discusión, que los obliga a superarse en ocasiones posteriores. Estos resultados son similares a los publicados por la revisión de Fernández (2006), que señala que en los siete artículos revisados los estudiantes identifican un aporte relevante en las relaciones interpersonales formadas en el grupo y la necesidad de compartir las tareas para el bien del grupo, constituyendo un fuerte estímulo para el aprendizaje. Situación similar plantea Labra (2011) en un estudio de la Universidad de Atacama en donde se concluye que sus

resultados vinculan directamente el enfoque de ABP con el desarrollo de competencias para la adecuada inserción en equipos de trabajo, conclusión compartida por Lorenzo (2011) y por Lifschitz (2010).

Por otra parte, respecto de la coevaluación, que da sentido crítico en mi investigación a los aportes de eficiente al debate, se puede comparar con los resultados de Llorens (2010), señalando que la coevaluación permitió elevar el grado de participación del estudiante dando lugar también a un progresivo aumento de la calidad y profundidad de sus intervenciones.

Ribeiro & Mizukami (2003), publican un estudio cualitativo de satisfacción del ABP tanto en estudiantes como en profesores, quienes lo consideran más motivador y dinámico. La motivación que promueve el ABP es de naturaleza intrínseca, generada por el propio individuo, que en su intento por comprender y resolver el problema recibe una gratificación interior. Cuando se llega a este nivel, el individuo tendrá la capacidad de trazar sus propias metas de aprendizaje y de auto actualización, que se puede transformar en una actitud a lo largo de toda su vida. Del mismo modo Sardo & Dal Sasso (2008), con 24 estudiantes de Enfermería, concluyeron que el ABP resulta ser altamente motivador en la integración teórico-práctica de los conocimientos.

Este aspecto se puede comparar con la presente investigación en cuanto a la participación en el seminario del ABP, los estudiantes de postgrado señalan que están más motivados y que se favoreció una participación más activa. Este aspecto se evidenció en las observaciones del seminario, reflejado en los aportes a la construcción de conocimiento conjunta. Desentrañando de los motivos de consulta y /o problemas, los componentes históricos, contextuales, culturales, presentes en la aparición del síntoma. De igual forma, a partir de la motivación en el grupo que participó en esta investigación, se mostraron otras categorías centrales como la toma de

decisiones, la consolidación de un diagnóstico integral incluyente para otras esferas de vida de la paciente. Es por esta razón que sí bien es cierto, desde el análisis estadístico cuantitativo que los estudiantes formados con el ABP no supera en rendimiento académico a los estudiantes formados con las metodologías tradicionales y convencionales.

Se puede afirmar que desde el análisis cualitativo se demostró durante la consulta médica, en la relación médico-paciente; que la paciente refirió una mayor satisfacción en todos sus aspectos; esto es que la paciente logra expresar el contexto del motivo de consulta, hablar de sus emocionalidades, y manifiesta la historia personal y contextual que rodean el motivo de consulta. Este aspecto facilita que la paciente se adhiera al tratamiento, que cuente con un profesional único, hasta donde el sistema de salud se lo permita, para que mantenga continuidad en el tratamiento con el mismo profesional de la salud.

La Universidad de McMaster ha introducido, a lo largo de sus 30 años de historia, cambios curriculares que han supuesto un mayor número de sesiones didácticas y un cambio de la metodología docente más próxima al aprendizaje basado en problemas (Suárez. S. ,., 1999). Estos cambios los han basado en la evidencia de resultados, en las necesidades sociales y en las necesidades de sus propios estudiantes. En mi opinión, este hecho manifiesta claramente el interés renovado que despierta ambos métodos de enseñanza la metodología tradicional y el ABP; los beneficios potenciales de los programas híbridos.

Es relevante rescatar que ambos grupos perciben una buena disposición de sus docentes hacia su aprendizaje lo que es una oportunidad para incentivar los cambios de metodologías educativas.

Las estrategias comunicativas presentes en la relación médico-paciente, específicamente en la interacción entre los profesionales de salud y la paciente.

En segundo lugar, el abordaje de los motivos de consulta con una visión integral de su aparición pone de manifiesto la perspectiva de la Universidad en el programa de medicina que apunta a dilucidar las ventajas que tienen para la sociedad la formación integral de los estudiantes de postgrado (residentes).

En tercer lugar, en esta investigación se demostró que todo lo sucedido en el aula de clase generó impacto en la práctica clínica y en la consulta médica, es así como los estudiantes formados con la metodología ABP, acuden a propuestas más incluyentes de la sintomatología y del problema objeto de la consulta. De igual forma se demostró como las características que definen el ABP, sufren una evolución desde el periodo de estudiantes hasta el periodo profesional, para amoldarse a los problemas y a las actividades que un profesional especialista en ginecología y obstetricia debe afrontar en equipos multidisciplinares. Este fue uno de los ejes que se movilizó en esta investigación, como por ejemplo aplicar los aprendizajes adquiridos durante los seminarios, talleres y conversatorios académicos en la consulta médica durante la relación entre el médico y la paciente, esto confluyen en construir el contexto durante el cual aparece el síntoma y con se comprende y explican todos los componentes de la historia que estructuran la aparición del síntoma.

Con la consolidación, diseño, implementación y evaluación del módulo Manejo integral de la paciente con la estrategia didáctica del ABP para fomentar el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia, se reafirmaron y refrescaron las estrategias metodológicas y de enseñanza- aprendizaje en los estudiantes de medicina.

Con los lineamientos de ahondar sobre los roles del tutor y los estudiantes, categorías como autoaprendizaje, trabajo cooperativo, comunicación, pensamiento crítico, actitudes, motivación, visión holística e integral, práctica profesional y la práctica clínica, procesos

cognitivos, toma de decisiones, procesos metacognitivos; se afianzan en la consolidación de las estrategias de enseñanza-aprendizaje, por que no sólo se aprende a partir de problemas sino que se resuelve el motivo de consulta, se promueve una visión holística del motivo de consulta y se fortalece la formación integral de los estudiantes de medicina.

De acuerdo con las características referidas por Vera (2016), sobre el ABP se comienza con el aprendizaje o elemento desencadenante que dirige el aprendizaje; el aprendizaje es mayor cuando las personas usan la información de manera significativa. Marzano (1998), fomenta en el estudiante la actitud positiva hacia el aprendizaje; el respeto por la autonomía del estudiante; el estudiante es protagonista de su aprendizaje; el aprendizaje está centrado en el trabajo activo donde los estudiantes participan constantemente en la adquisición de su conocimiento; el aprendizaje surge de la experiencia de trabajar sobre las soluciones de problemas de la vida real; el aprendizaje se centra en el estudiante y sus necesidades de información, y no en el profesor o sólo en los contenidos; estimula el trabajo colaborativo en diferentes disciplinas, se trabaja en grupos pequeños; el profesor abandona el rol tradicional de impartir clases sólo teóricas para pasar a ser un tutor-facilitador, capaz de crear entornos donde el aprendizaje sea inevitable; se desarrolla el pensamiento crítico, creativo, toma de decisiones y resolución de problemas; ofrece oportunidades de colaboración para construir conocimiento; aumenta las habilidades sociales y de comunicación (Rizo, 2011).

En concordancia con Vera (2016), y con los resultados arrojados en esta investigación el contexto de aprendizaje requiere de unas condiciones para que el ABP se desarrolle como son:

- Generar un ambiente adecuado para que el grupo (6 a 8 estudiantes) pueda trabajar de manera colaborativa.

- Desarrollar el pensamiento crítico, habilidades para solución de problemas y para la colaboración, mientras identifican problemas, formulan hipótesis, conducen a la búsqueda de información, y determinan la mejor forma de llegar a la solución de los problemas planteados.

- Requiere que los estudiantes sean activos, independientes, con auto dirección en su aprendizaje y orientados a la solución de problemas en lugar de ser los tradicionales receptores pasivos de información.

- Enfatizar el desarrollo de actitudes y habilidades que busquen la adquisición de actividades de conocimientos.

- Con esta investigación se ratifica que los objetivos generales del ABP en la salud son: (1). Identificar los aspectos clínicos fisiopatológicos y psicosociales, críticos como puntos de intervención (Branda L. , 2004); (2). Aplicar el conocimiento de la ginecología y obstétrica incluyendo otras disciplinas en el proceso de elección de la terapéutica farmacológica, y otros tratamientos e intervenciones necesarios más eficaces para hacer un manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia susceptible de ser modificado y ajustado de acuerdo a las particularidades de cada paciente (Branda., 2009); (3). Reconocer las características psicológicas y contextuales de la aparición del síntoma, haciendo una lectura comprensiva y explicativa del motivo de consulta presentes en las pacientes de las diferentes enfermedades tratadas para indicar una terapéutica farmacológica individualizada (Brower, 2009); (4). Considerar las reacciones adversas, las interacciones y las contraindicaciones para seleccionar el tratamiento farmacológico más seguro e incluir otras formas de intervención; (5) Considerar que el

tratamiento farmacológico y la respuesta al mismo son parte de una terapéutica integral para el uso racional de medicamentos con una visión integral (Davis M. H., 1999).

De acuerdo con Barrows (1996), Barrett (2005), Baños (2001), Branda (2004), Davis (1999), con el ABP se propone el rol de docente y las responsabilidades específicas de los estudiantes, los docentes / tutores, deben conocer los objetivos pedagógicos del ABP; conocer la esencia y la estructura de los problemas, pero no necesariamente tienen que ser expertos en todas las materias de un módulo en particular.

Los docentes / tutores deben estimular el proceso de aprendizaje, deben ser observadores activos que orientan el proceso de aprendizaje hacia los contenidos, procedimientos y actitudes determinados en los objetivos pedagógicos (Delors, 1996); deben incentivar el pensamiento individual de los miembros del grupo a través de preguntas, sugerencias, y en caso de ser necesario, aclaraciones; (No deben actuar como maestros "transmisores" de contenidos suministrando información directa).

El docente debe facilitar el proceso de aprendizaje grupal prestando atención a la participación funcional de los integrantes del grupo; apoyar el rol del miembro del grupo que lidera una discusión, pero moderando sus intervenciones para asegurar la participación del resto del grupo; debe orientar al miembro del grupo responsable de hacer las anotaciones de los puntos importantes de la discusión; demostrar interés por el éxito de los estudiantes; incluir actividades que preparen al estudiante para el campo profesional; responsabilizar al estudiante de su proceso de aprendizaje; clarificar metas de aprendizaje (Area, 1992), lograr coherencia entre el proceso de evaluación y las metas de aprendizaje; incluir actividades que ayuden a los estudiantes a crear una estructura de conocimiento útil (poder recuperarlo y aplicarlo en las diferentes situaciones), proporcionar retroalimentación inmediata y motivar a los estudiantes (Latasa, 2012).

Los estudiantes deben ser activos; trabajar cooperativamente; entender claramente la tarea y el tiempo necesario para realizarla; dedicarse diligentemente a la tarea; Ser consciente de su propio estilo de aprendizaje para utilizarlo efectivamente; ser consciente de la necesidad de crear una estructura de conocimiento; integrarse al grupo con una actitud positiva, participativa; cada quien debe ayudar, y dejarse ayudar, para resolver el problema en grupo; participar en discusiones eficaces y no desviar las intervenciones a otros temas; identificar los mecanismos básicos que pueden explicar cada aspecto importante de cada problema; aporta toda información que disponga sobre el tema en discusión que facilite la comprensión de los conceptos implicados en la atención al problema; mostrar apertura para aprender de los demás, compartir su conocimiento y sus habilidades para analizar y sintetizar la información, contribuir a identificar las prioridades de aprendizaje y no el mero diagnóstico o la solución del problema; buscar la información que consideran necesaria para entender y resolver el problema (Contreras, 1987); ser responsables de su proceso de aprendizaje: Investigar a través de diversos medios, por ejemplo: bibliografía impresa, medios electrónicos, maestros, expertos y compañeros; compartir la información recabada durante las sesiones, estimulando la comunicación y participación de los otros miembros del grupo; retroalimentar el proceso de trabajo grupal (Iglesias, 2002).

A nivel de intervención: De que evento médico se quiere conocer el efecto?; cuál intervención que se esta considerando, prescribiendo un medicamento, ordenando un análisis, u enviando a cirugía (Naigenoren de Gusmán, 2004).

A nivel de Comparación: ¿Comparar a qué?; mejor o peor que no intervenir o que otra intervención?, Cuál es la principal alternativa para comparar con la intervención, se está intentando decidir entre dos medicamentos, un medicamento y un placebo o dos pruebas

diagnósticas?, que otros cambios se hace necesario incluir para tener una visión general de la solución del motivo de consulta y así tener un manejo integral de la paciente (Martínez, 2008).

A nivel de Resultado: Cuál es el efecto de la intervención; ¿Que se espera cumplir, medir, mejorar o afectar, con esta intervención?: ¿Que se está intentando hacer para que la paciente, mejore o eliminar los síntomas, reducir los efectos adversos, reducir costos? Por ejemplo, mejorar la calidad de vida.

En síntesis, el ABP es una de las formas más efectivas para aprender haciendo, acercar la investigación a la docencia y crear un pensamiento de calidad que acompañe al profesional médico durante toda su vida (Ostiguin, 2011).

La ABP es un paradigma educativo centrado en los problemas y/o motivos de consulta como la mejor forma de tomar decisiones. El estudiante vive la realidad que va a experimentar cuando se enfrenta al paciente como médico y tiene a su disposición diversos medios para aprender (Francois, 2009). Los profesores son orientadores, tutores en la búsqueda de soluciones. Los compañeros son personas con quienes intercambia y comparte responsabilidades en la medida de su interés por aprender.

Para llevar a cabo esta labor, es importante que las instituciones encargadas de la formación médica consideren la adopción de una estructura curricular que permita ofrecer al estudiante conocimientos, destrezas y actitudes bajo la metodología pedagógica del aprendizaje basado en problemas. Con este sistema se espera estimular la investigación desde el pregrado, pues la actitud investigativa hace parte de la pedagogía del enfoque por problemas (Lycke, 2006; Gutiérrez, 1995).

Durante el periodo de estudiantes de postgrado se evidenció el manejo adecuado de los recursos de búsqueda de información, y reconoce la importancia de que la información obtenida

sea relevante y fiable, así mismo señala como sus valores centrales, el ABP en el propio esfuerzo y trabajo, la identificación de las propias necesidades de aprendizaje y la capacidad de integrar conocimientos de diversas fuentes.

La autoevaluación con los procesos cognitivos y metacognitivos muestran el impacto que ha tenido el módulo sobre el manejo integral de la paciente en la innovación educativa en relación con el desarrollo de habilidades cognitivas, metacognitivas, comunicativas, trabajo colaborativo, toma de decisiones y resolución de problemas y / o motivo de consulta con altos grados de calidad por partes de los estudiantes.

Procesos cognitivos y metacognitivos en la comprensión del motivo de consulta, acompañados de la reflexión constante sobre lo que se espera que pase en la resolución de motivo de consulta (Lacon, 2008).

La reflexión, análisis y metaobservación de los procesos que se desarrollaron en el seminario se vieron reflejados en la construcción de mapas conceptuales, que promovieron la metaobservación a nivel individual y grupal, mostrando la construcción de conocimiento conjunta con la estrategia metodológica del ABP.

Desde este punto de partida, se ilustran los componentes centrales del ABP, como:

Los procesos individuales sucedidos en la enseñanza aprendizaje – técnicas de estudio, investigación, estrategia para memorizar, repetir y reflexionar.

El empleo de la metodología de ABP contribuyó a la construcción del razonamiento médico, a través de la interacción que el estudiante de postgrado de ginecología y obstetricia realiza día a día tanto con el ambiente como con sus disposiciones internas (Cognitivas y metacognitivas).

Conclusiones

Con el ABP se consolida una visión holística, los estudiantes de postgrado recalcan que el ABP les enseño a ver las temáticas en todas sus facetas, y que cada uno de los estudiantes de postgrado aportan diferentes lecturas, puntos de vistas, plantean preguntas. Esto se demostró en los mapas conceptuales que fueron el fruto de disertaciones, análisis y reflexiones acerca de lo que se esté debatiendo.

Con esta investigación se reafirma la importancia de trabajar en equipo con la paciente, con los profesionales que pueden ayudar a resolver el motivo de consulta. El trabajo colaborativo, apoya eficazmente la adherencia al tratamiento, recogen y consolida estrategias para resolución del motivo de consulta. Con miras a favorecer el manejo integral de la paciente, y concomitante con esto, mejore la calidad de vida de la paciente.

El ABP, exige que el profesor asuma un nuevo rol, actúe como un facilitador en lugar de ser maestro convencional experto en el área y transmisor del conocimiento. Asumir este nuevo papel puede ser difícil para el docente.

El profesor debe tener conocimiento de la temática de la materia y conocer a fondo los objetivos de aprendizaje del programa; dominar diferentes estrategias y técnicas de trabajo grupal, además, de saber dar retroalimentación a los grupos de trabajo; estar dispuesto a brindar asesorías individuales a los estudiantes de postgrado; esta técnica exige mucho tiempo al profesor para plantear el curso a coordinar las actividades de retroalimentación de los estudiantes de postgrado.

En síntesis, es más eficiente el método ABP frente a enseñanza tradicional. Los estudiantes de postgrado capacitados con la técnica de ABP, comparativamente con los que no reciben esta metodología, adquieren habilidades que les permiten identificar correctamente los problemas y/o motivo de consulta, plantear hipótesis, proponer soluciones con una visión integral del contexto en el que aparece el síntoma y entorno en el que vive la paciente. Los estudiantes de postgrado son capaces de realizar el análisis por contrastación de la información de los problemas de salud, el uso de estrategias de solución y mecanismos para incluir otras esferas de la vida de la paciente que pueden incidir en la aparición del síntoma y en la adherencia al tratamiento.

El autoaprendizaje, el trabajo en equipo, los hábitos intelectuales como el razonamiento clínico y juicio clínico, motivación, toma de decisiones, procesos metacognitivos, cognitivos y comunicativos que se entrenan con el ABP persisten en la etapa profesional, y son el eje de la sociedad del conocimiento de la educación superior. Estas competencias se ven reflejadas en el abordaje clínico del motivo de consulta y/o problemas y es replicable en el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

La evaluación del proceso de trabajo con la estrategia didáctica ABP, la autoevaluación y la evaluación del tutor mostraron, en general, un impacto positivo al enfrentar al estudiante de postgrado con un caso clínico real desde el aula. El ABP generó competencias y libró la barrera de la distancia y el espacio limitado de los hospitales mientras promovió competencias digitales. La percepción del estudiante sobre el impacto positivo se demostró con la autoevaluación. El tutor cumplió en general con su rol de facilitador.

El ABP aplicado, permitió lograr los objetivos de integrar la teoría y la práctica en la enseñanza del climaterio y menopausia, favorecer la conceptualización científica de los

estudiantes respecto a los fenómenos fisiológicos, el estrés fisiológico, y superar los obstáculos epistemológicos de la pluridisciplinariedad y la no-linealidad. El ABP permitió analizar el problema desde diversas perspectivas enriqueciendo la discusión, el análisis, la respuesta y la solución, hecho que les permite pasar de ser obstáculos a convertirse en herramientas que ofrecen más elementos de análisis para el estudiante de postgrado.

Con el diseño, aplicación y evaluación del módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia con la estrategia metodológica del ABP, se fortalecieron competencias en la relación médico-paciente, la lectura holística del motivo de consulta, el razonamiento clínico, el trabajo en equipo, la comunicación, los procesos cognitivos y metacognitivos y la resolución del motivo de consulta.

Se hizo una lectura interdisciplinaria desde las ciencias humanas en la enseñanza de la medicina que afianzó la sensibilización de los estudiantes sobre las dimensiones sociales y culturales del fenómeno salud-enfermedad, específicamente en torno al climaterio y la menopausia; se reflexionó y discutió desde varias disciplinas en torno a conceptos como manejo integral de la paciente, formación integral de los estudiantes, la medicina narrativa, la teoría social. Se tuvo en cuenta los lineamientos de la terapia de la Gestalt, la terapia centrada en el cliente, la epistemología feminista, la psicológica clínica y de familia como recurso humanístico en la relación médico-paciente. Todos esto se articuló con el ABP como estrategia metodológica con el propósito de enriquecer la enseñanza de la medicina; la práctica clínica; la formación de los estudiantes; la docencia; y el aprendizaje en el contexto de la educación superior.

La investigación interdisciplinaria desde las ciencias humanas en la enseñanza de la medicina que fortaleció la sensibilización de los estudiantes de postgrado sobre las

dimensiones sociales y culturales del fenómeno salud-enfermedad, específicamente en torno al climaterio y la menopausia. Se reflexionó y discutió desde varias disciplinas como la terapia de la gestalt, la terapia centrada en el cliente, la epistemología feminista, la medicina narrativa, la teoría social, el constructivismo, pensamiento complejo, teoría de los sistemas, la psicológica clínica y de familia, en torno a conceptos como manejo integral de la paciente, formación integral de los estudiantes, humanización de la atención primaria en salud y la relación médico-paciente; todo esto articulado con el ABP como estrategia didáctica con el propósito de enriquecer la enseñanza de la medicina; la práctica clínica; la formación de los estudiantes; la docencia; el currículo de medicina; y el aprendizaje en el contexto de la educación superior.

Ventajas del ABP

Dentro de las ventajas que se refieren cuando se utiliza la estrategia metodológica del ABP para la resolución de problemas supone grandes ventajas tanto para el estudiante de postgrado como para el profesor:

Permite un aprendizaje significando. Esta metodología fomenta que el estudiante de postgrado relacione la información nueva con la que ya posee, ya que para resolver el problema debe incorporar nuevos conocimientos y experiencias a los que ya había asimilado anteriormente, modificar y reconstruir ambos de forma interrelacionada (Moreira, 1993). Esto implica, además, que los estudiantes de postgrado deben ser capaces de juzgar y decidir la

pertenencia de los conocimientos, detectar matices y diferencias, reformular o ampliar sus certezas.

Es muy versátil, el aprendizaje basado en problemas consolida estrategias en la resolución de problemas estructurando actividades abiertas sobre cualquier tema, desde diversos enfoques multidisciplinares y en distintos contextos. También puedes ajustar su complejidad y la longitud del proyecto, para que se adapte a sus necesidades y a las de los estudiantes de postgrado.

El ABP fomenta la autonomía, esta metodología se asienta sobre la importancia del aprendizaje activo y de aprender a aprender, es decir, de dar al estudiante de postgrado libertad, dotarle de las herramientas y las estrategias necesarias para que organice y construya su proceso de aprendizaje (Barrell, 1999). El aprendizaje basado en problemas mejora la toma decisiones, la capacidad de análisis, la detección de necesidades y objetivos y, potencia la autonomía, la responsabilidad y la independencia del estudiante de postgrado (Barrows H. , 1996).

Resulta motivador y ameno, enfoca el conocimiento desde un punto de vista práctico a través de un reto, que apalea a la curiosidad, establece metas y crea expectativas. Este proceso motiva a los estudiantes de postgrado y los anima a aprender con una finalidad específica: Solucionar el problema y mejorar la relación médico paciente.

Prepara para el futuro, esta metodología potencia la habilidad para identificar, analizar y resolver problemas y puede utilizarse para situaciones similares y retos reales. Ayuda al estudiante de postgrado a desarrollar destrezas de todo tipo que le ayudarán no sólo en sus estudios y en el centro escolar, sino también en su día a día y en su vida como adulto. Entre otras habilidades, trabajan la creatividad, la adaptación a los cambios, el razonamiento y la lógica o el pensamiento crítico. Además, si se combina el ABP con el trabajo cooperativo se potencian

también otras capacidades como la colaboración por un objetivo común, la comunicación o el respeto a los demás.

Ejercita la competencia digital. Sí se integra las nuevas tecnologías en el aprendizaje basado en problemas se ofrece al estudiante de postgrado la posibilidad de utilizar y dominar las nuevas herramientas de la información y la comunicación como instrumentos para construir su aprendizaje, y se le dará acceso a contenidos en diversos lenguajes y formatos (Pinzón, 2010).

Al utilizar las TIC para resolver problemas, los estudiantes de postgrado ejercitarán el manejo del ordenador/computador o la tableta, aprenderán a utilizar programas o aplicaciones, desarrollarán técnicas de búsqueda, selección, análisis y gestión de la información que se encuentra en Internet y comprenderán los usos de la tecnología para expresarse y comunicarse (Zabit., 2010).

Limitantes del aprendizaje basado en problemas

El uso del Aprendizaje Basado en Problemas presenta dificultades como:

Aunque la materia se explora en profundidad el ritmo de avance es considerablemente más lento y se cubre menos material.

Los estudiantes de postgrado sin experiencia previa en el trabajo en equipos presentan resistencias, prefieren trabajar individualmente y no les gusta trabajar en equipo por mucho tiempo.

La participación del estudiante de postgrado es fundamental para que el método funcione. Algunos estudiantes de postgrado muestran poca seriedad o interés por aprender, lo que ocasiona que la participación no sea homogénea.

Algunos estudiantes de postgrado se preocupan acerca de lo que se supone que deben aprender pues el curso está basado en el análisis de problemas y no en una lista de temas de contenido. Para implantar satisfactoriamente el ABP es muy importante hacer conscientes a los estudiantes de postgrado del nuevo proceso que deberán seguir con el cambio de una enseñanza tradicional a una que se sustenta con una didáctica del ABP (Walsh., 1918).

Por lo general, al inicio de la carrera el estudiante de postgrado no está acostumbrado a discutir abiertamente en forma grupal una determinada situación y espera que al final de las discusiones el profesor dé las respuestas correctas al problema planteado.

El profesor de la materia al inicio del semestre debe hacer la inducción sobre la técnica (lo que permitiría puntualizar las reglas del juego y establecer el contrato de enseñanza-aprendizaje). En este proceso, se busca asegurar que el estudiante de postgrado tenga una visión del uso de los problemas como fuente de conocimiento e información para uso posterior en su desarrollo como estudiante.

A continuación, se presentan algunos puntos que pueden representar dificultades al trabajar con la estrategia metodológica del ABP:

- Los grupos son numerosos y por lo tanto se pueden perder el control
- Los (as) estudiantes de postgrado, sobre todo los más jóvenes, se pueden perder en la tarea y olvidar sus propósitos de aprendizaje.
- Diseñar una evaluación válida resulta complejo.
- El tiempo de discusión del caso clínico debe ser administrado adecuadamente, de lo contrario se puede perder la atención del grupo. Porque pueden surgir tópicos externos al caso que se está discutiendo. El caso clínico

debe versar sobre una temática que incluya a la mayor parte del grupo, de otro modo algunos estudiantes de postgrado pueden perder interés.

- Los estudiantes de postgrado pueden percibir poca relación del caso con los contenidos de aprendizaje del curso.
- Se puede perder el orden cuando los estudiantes de postgrado se identifican y apasionan con una posición en torno al caso clínico que se está discutiendo, esto puede desmotivar a los estudiantes de postgrado brillantes, en algunos casos, cuando ellos piensan que deben hacer su trabajo y además el del equipo.

Según Vera (2016), dentro de las ventajas del ABP aplicado a la formación de profesionales en la salud, se destacan habilidades de estudio autodirigido, integración del conocimiento, desarrolla habilidades para el aprendizaje entre otros.

En cuanto a los inconvenientes que se requiere el concurso de más profesores; se puede ver ansiedad entre los estudiantes sino se les tutoriza adecuadamente; la evaluación es más compleja que con un examen teórico habitual; nivel adecuado en madurez y nivel académico, desconocimiento de la técnica por parte de los alumnos.

Recomendaciones

Finalmente, y como resultado de esta experiencia en investigación se presentan a continuación unas recomendaciones a nivel educativo y didáctico:

Incorporar la estrategia del aprendizaje basado en problemas en el currículo de medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Aplicar el aprendizaje basado en problemas en las facultades de medicina especialidades como medicina interna, cirugía, anestesiología y entre otras.

Seguir realizando trabajos con los estudiantes de pregrado y posgrado con la estrategia didáctica basado en problemas, ABP.

Incentivar a los profesores para que realicen cursos sobre la estrategia didáctica del ABP, proponiendo traer profesores nacionales e internacionales, para que compartan sus experiencias.

Una alternativa es ofrecer cursos de inducción a estudiantes de postgrado de nuevo ingreso para que vivan la riqueza del trabajo individual, el trabajo en equipos y el trabajo en grupo.

Incluir la medicina narrativa dentro de los programas de formación en comunicación, relación médico-paciente, con la estrategia metodológica aprendizaje basado en problemas

Referencias

Acevedo, E. (2010). La formación Humana Integral: Una aproximación entre las humanidades y la ciencia. *Organizacion de Estados Iberoamericanos para la Educacion la ciencia y la cultura.*, www.oie.es/salactsi/elsa/htm.

Acevedo, S. d. (2010). Competencias cognitivas en Educación Superior. 132.

Albanese, M. &. (1993). Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med*, (Pp.68:52-81).

Albanese, M. (2000). Problem-based learning"why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills. *Revista Med Educ*, (Pp.34:729-38).

Alfonso, T. &. (2001). Aprendizaje Basado en Problemas: Situación actual y perspectivas de implantación en las facultades de medicina europeas. *Dolor*, 16:119-127.

Alonso., M. &. (2003). La comunicación Médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev. Cubana Edu. Med. Super., 17*, 38-45.

Alterio, G. P. (2005). Conocimiento y actitud de los docentes de la clínica Obstétrica y Ginecologicas sobre la bióetica en la realción médico-paciente. *Decanato de medicina* (págs. 72-87). Venezuela: Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado"Fermentum Merida -.

Alterio, G.H. y Bolivar, C.R. (2010). Mediación metacognitiva, estrategías de enseñanza y procesos de pensamiento del docente de medicina. *educación Médica Superior*, 25-32.

Altieri, E. h. (2007). Porpuesta política de OFrmación general . 4-6.

Anguera, Alfajeme y Calderon. (2005). *Revista Iberoamericana de Educación*.

Angulo, B. G. (2007). Formación Integral de los estudiantes: percepción de los profesores de la facultad de salud de la Universidad del Valle. *Colombia Medica*, 38 (supl. 2): S15-26.

Arboleda., J. (2011). La relatoria social "Dispositivo de investigaci'n en el aula para fortalecer el pensamiento y el proyecto de vida social de los estudiantes, desde preescolar hasta universidad . *Facultad de Ciencias de la educación, Humanidades, Filosofía y Artes.* .

Area, M. (1991). *El desarrollo profesional a través de experiencias educativas: Un modelo de trabajo. Comunicación presentado al III Congreso Internacional sobre Pensamiento del Profesor y Desarrollo Porfesional.* . Universidd de Sevilla. , Dpto. de Didáctica y Organización Escolar.

Area, M. (1992). *Un modelo para la planificación, desarrollo y evaluación de unidades didácticas.* . Universidad de Laguna , Dpto. de Didáctica e Investigación Educativa y del Comportamiento. . La laguna : Documento Fotocopiado .

Area, M. (1993). Unidades didácticas e Investigación en el aula. un Modelo para el trabajo colaborativo entre profesores. . In M. Area, *Cuadernos Didácticos* . las Palmas de gran Canaria .

Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *Brit Journal Psychiatry.* , 10, 30-35.

Aspegren, K. B. (1998). Live patients and problem-based learning. . *Medical Teacher, , 20(5),* 417-420.

Assaf., N. (2010). *El aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica*. Obtenido de http://.sistema.itesm.mx/va/dide/inf=doc/estrategía/.

Ausubel, D. (1976). Psicología educativa, Un punto de vista cognoscitivo. Trillas, Ed.

Baca, E. (2006). Las cuatro Lógicas del sistema sanitario. Médico, enfermo, tercer pagador, industria. *Claves de razón práctica*, 165 42-47. 17.

Baker, C. M. (2007). Learning skills profiles of mater's students in nursing administration: Assessing the impact of problem-based learning. *Nursing Education perspectives, 28(4),* 190-195.

Balacheff., N. (1987). Processus de preuve et situations de validation. . *Educational Studies en Mathematics, 18,* 147-176.

Baños, J. (2001). El aprendizaje basado en problemas en los planes de estudio tradicionales: Una alternativa posible? . *educación Médica* , (Pp. 4:4-12).

Barrell, J. (1999). *El aprendizaje basado en problemas. Un enfoque investigarivo.* Buenos Aires: Manantial.

Barrett, T. (2005). Understanding problem-Based learning. En I. M. barrett, *Handbook of enquiry & problem based learning.* (págs. (Pp.13-25)). Fallon.

Barro, A. (1973). Sturves and alution of approaches to physician peritluímaice measurement. *Journal of Medical Education,* 48: 1048-1093.

Barrows, H. (1980). *Aprendizaje Basado en Problemas. Una propuesta para la educación médica.* New York: Springer Publishing Company.

Barrows, H. (1996). Problem-Based Learning in medicine and beyond: A brief overview. En L. &. Wilkerson, *Bringing Problem - Based Learning to Higher Education: Theory and Practice.* (págs. 3-12). San Francisco: Jossey - Bass Publishers.

Bassan, N. D. (2007). El aprendizaje Basado en Probelmas en una unidad temática de histología médica. Opinión de los alumnos sobre logros y grado de satisfacción. . *Revista Educación Ciencias de la Salud.*, (Pp. 116-120).

Bastién, G. (2010). *Desarrollo y aplicación de una metodología de resolucion de problemas de física elemental universitaria para enseñanza combinada.* Mexico : Instituto Politécnico Nacional : Centro de Investigación en Ciencia Aplicada y Tecnología Avanzada .

Becker, G. (1997). Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world. *University of California Press*.

Benavides, E. (1999). La educacion tradicionalista: Un paradigma a cambiar. En A. Monterrosa, *Docencia Universitaria: Reflexiones* (págs. 110-119). Santafé de Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Bericat, E. (1998). La integración de los Métodos Cuantitativos y Cualitativos en la Investigación social. Significado y medida. (A. Sociologia, Ed.)

Bernard, C. (1994). *Introduccion al estudio de la medicina experimental.* (UNAM, Ed., & J. J. Izquierdo, Trad.) México.

Bernis, C. V. (2001). Parámetros óseos, capacidades funcionales y revalencia de problemas osteomusculares en mujeres españolas de 45- 65 años. *Antropología Portuguesa.*, 15, 123-139.

Biley, F. & Smith. (1999). Making sense of problem -based learning : The perceptions and experiences of undergraduate nursing students. . *Journal of advanced Nursing. , 30 (5)*, 1205-1212.

Blanco, F. F. (2010). La equidad y la calidad en los procesos de admisión a la educación superior: Universidad Simón Bolivar y universidad Central de Venezuela . *Revista de pedagogía , Vol. 31* , Pp. 251-276.

Bloom, B. (1956). *Taxonomy of Educational Objetives.* (Mckay ed.). New York .

Blumberg, P. &. (1992). development of self directed learning behaviors in a partially teacher-directed problem-based learning curriculum. *Teach Learn Med*, (pp. 3-8).

Blumel, M. B. (1998). Efecto del Climaterio en la Calidad de vida. *Revista ChilenaObstetricia y Ginecologia*, 63(6), 437-445.

Boehrer, J. &. (1990). Teaching with Cases: Learning to question. En M. Svinicki, & MD (Ed.), *The Changing face of college Teaching . New direction for teaching and learning* (pág. No. 42). San Francisco - Jossey -Bass.

Bogdan, R. (1992). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods.* Boston: 2da. Allyn and Bacon.

Bohórquez, F. (2004). El diálogo como Mediador de la Relación Médico-Paciente . *Revista Electrónica de la Red de Investigación educativa , 1 No. 1*.

Bonilla, E. & Rodriguez.. (1997). *Más allá de métodos: la investigación en ciencias sociales* (Ediciones Uniandes ed.). Bogota.

Botella., J. &. (1993). Tratado de Ginecologia . (D. d. Santos, Ed.)

Brady, R. (1991). A close look at student problem solving and the teaching of mathematics: predicaments and possibilities. *School Science and Mathematics, 91(4)*, 144-151.

Branda, L. (2004). El aprendizaje Basado en Problemas: Una herramienta para toda la vida. En L. Branda, *El aprendizaje Basado en Problemas en la formacion en Ciencias de la Salud.* Madrid : Escuela Universitaria de Enfermeria de la Comunidad de Madrid .

Branda., L. (2009). El aprendizaje basado en problemas: De herejía artificial a res popularis. . *Educación Médica, 12*, 11-23.

Bronberger, J. M. (1997). Perspective study of determinants of menopause. . *American Journal of Epidemiology*, 145(2) 124-133.

Broussard, S. L.-D. (2007). Synergistic Knowledge Development in Interdisiplinary Teams. . *Journal of Natural Resources and Life Science Education, 36*, 129-133.

Brower, J. (2009). Fundamentos epistemológicos para el esbozo de una pedagogía compleja. *Resvita Universitaria Bolivariana. Vol. 8*, (Pp. 57-86).

Brown, A. (1980). Metacognitive development and reading. (B. B. In R.J. Spiro, Ed.) *Theoretical issues in reading comprehension*, 458-482.

Bruner, J. (1986). El habla del niño. (Paidos, Ed.)

Bulger, R. &. (2007). The history, Purpose, and Future of Instruction in the responsible Conduct of research. *Academic Medicine, Education in the responsible Conduct of research Vol. 82, no.9* , (Pp.829-834).

Burin, M. M. (1990). El Malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada.

Byrne, N. &. (1993). Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educación medica en Salud*, 53-123.

Byrne, N. &. (1994). Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para al educación médica en América Latina. *Educación Medica Salud*, 28(1): 21-42.

Cáceres, L. &. (2003). Recursos y Metodologías docentes de la medicina de Familia y la Atención primaria en la enseñanza de la medicina. *Educación Médica. Vol 6, No. 3* , Pp. 43-47.

Cárdenas, M. (2002). Conocimiento, autoestima y actitud de la mujer ante el climaterio.

Caiseda, C. &. (2009). El aprendizaje basado en problemas y proyectos: Una estrategía de integración. *Integración de las ciencias matema'ticas a nivel internado*, (Pp. 7-22).

Camilloni., A. (1997). De herencias, deudas y legados. Una Introducción a las corrientes actuales de la Didáctica. En M. ,. Camilloni., & Paidos (Ed.), *Corrientes didácticas contemporaneas* (pág. 67). Buenos Aires.

Campanario, J. O. (2000). Mas allá de las ideas previas como dificultades de aprendizaje: Laa pautas de epnsamiento, las concepciones epistemológicas y las estrategías metacognitivas de los alumnos de ciencas. *Enseñanza de las ciencas: Investigación Didáctica*, 155-169.

Campo, R. &. (1999). La Formación Integral como posibilitadora de lo humano. *Formas de educación.*, 1: 1-32.

Candreva., A. &. (2002). Propósitos básicos de la formación docente universitaria . *Departamento de Pedagogía Médica*.

Carrera, E. (2009). *Comparación de la eficacia del aprendizaje basado en casos/problema frente al método tradicional de leccion magistral para la enseñanza de la Anestesiología en pregrado, postgrado y formación médica continuada.* . Barcelona España : Universitat de Barcelona .

Carvallo, M. (2010). Los procesos y prácticas educativas, un breve apunte de la literatura. En M. J. Rodríguez, *Sujetos, practicas y proceso educativos; Una mirada desde la investigación educativa* (págs. Pp. 13-16). Mexico: AIDU.

Castañeda, S. &. (1999). Enseñanza y aprendizaje estratégicos. Modelo integral de evaluacióne instrucción. . *Revista latina de Pensamiento y Lenguaje.* , (Pp. 251-78).

Castañeda, S. (2003). Construyendo puentes entre la teoría y la práctica. En *Pensamiento Educativo* (págs. (pp. 155-76)). Chile: Pontificia Chile Universidad de Chile.

Chaves, O. (2004). Educación enfocada e problemas. *Documento de la facultad de Ciencias de la Salud, Eugenio Espejo.*

Chica, F. (2010). Factores de la enseñanza que favorecen el aprendizaje autónomo en torno a las actividades de aprendizaje . *Reflexiones Teológicas. Núm. 6* , (Pp, 167-195).

Chiuan, T. &. (2010). A medical athical reasoning model and its contributions to medical education. *Medical Education* , (Pp. 864-873).

Coambs, R. (1995). Review of Scientiific Literature on prevalence. *COnsequences and Health Costs of Noncompliance* .

Cole, M. (1985). The zone of the proximal development, where culture and cognition create each other. En J. Wertsch, *Culture communication and cognition. Vygostskian perspectives* . Cambridge: Cambridge University Press.

Coll, C. &. (1999). La evaluación del aprendizaje en el curriculo escolar, una perspectiva constructivista. En C. &. Col, *El constructivismo en el aula.* . barcelona : Edts. .

Coll., C. (1998). La teoria Genética y los procesos de construcción de conocimiento en el aula. En *Piaget en la Educación , Debete en todas sus aportaciones* (págs. 15-52). Mexico: Paidos .

Comenio, J. (1998). *Didáctica magna.* . Mexico: Porrúa 8 edicion. .

Contreras, L. (1987). La resolución de problemas, una panacea metodológica. *Enseñanza de las ciencias*, (Pp 49-52).

Cook, T. & Reichardt. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa* . (Ediciones Morata ed.). Madrid .

Cordón., R. (2008). Enseñanza y Aprendizaje de Procedimientos cientificos (contenidos procedimentales) en la educación secundaria obligatoria: Análisis de la situación, dificultades y perspectivas. *Departamento de Didactica de las ciencias experimentales* .

Coria., A. &. (1993). el pedagogo en la universidad. Un discurso posible. . *Pensamiento Universitario* , 1: 29-40.

Cornejo, M. &. (2011). Rigor y Calidad Metodológicos: Un reto a la Investigación social Cualitativa . *Psicoperspectivas*, (pp.12-34).

Cossette, R. M. (2004). Lápprentissage par problésmes en soin infirmiers:adpatation en clinique el évaluation des effetts. .

Costa, S. S. (2001). La resolucionde Problemas como un tipo especial de aprendizaje significativo. *Cuaderno Catarinense de Ensino de Física*, 18(3), 263-277.

Cox , M. I. (2006). Educational Strategies to promote Clinical diagnostic Reasoning . *N Engl J Med* , 355:2217-25.

Crawford, P. & Machemer. (2008). Measuring incidental learning in a PBL environment. *The Journal of Faculty Development, 22 (1),* 104-112.

Creatsas, G. (2010). Continuing education and clinical research for the training fo obstetricians and gynecologists in Europe. *Women's Health and Disease,* (P.p 1-4) .

Creswell, J. &.-C. (2007). Designing and conducting mixed methods research. (C. S. Thousand Oaks, Ed.)

Croskerry, P. (2008). Cognitive and affective dispositions to respond. En *Patient safety in emergency medicine,* (Vol. 32, págs. 219-227). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins .

Cruz, N. (2013). Existe una epistemología feminista. En P. Paramo, *La Investigación en ciencias sociales: Discusiones Epistemológicas.* (págs. 241-254). Bogota, Colombia: Universidad Piloto de Colombia.

Cudmani., L. :. (2003). Marcos teoricos de referencia para orientar la evaluación del aprendizaje en cursos básicos universitarios en ciencias. *Conferencia Interamericana sobre educación en la Física. VIII.* La Habana - Cuba .

Dahle, L. B. (2002). Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basec science within a Problem-based undergraduate medical curriculum: examples an experiences from Linkopin, Sweden. *Med Teach*, (Pp. 24:280-5).

Davidson., J. & Sterberg. (1998). Smart problem solving: how metacognition helps. . En D. J. Hacker., *Metacognition in educational Theory and practice* (págs. 47-68). New Jersey. : Mahwah LEA.

Davis, D. T. (1992). *Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials.* (Pp. 268 (9): 1111-7): JAMA.

Davis, M. & cols. (1999). AMEE Medical Education Guide No. 15. Problem Based learning: A Practical guide . *Medical Teacher,* (pp. 21:130-40).

Davis, M. H. (1999). Problem-Based Learning; a practical guide. . *AMEE Medical Education Guide No. 15. Medical Teacher.* , (Pp. 130-40).

De Colmenarez, M. (2002). *Propuesta de un programa de capacitación pedagógica para la enseñanza de la asignatura Ginecología y Obstetricia II. en la U.C.L.A.* Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", Maestria en Ecucación mención ciencias de la salud. , Barquisimeto .

De la Fuente, J. &. (2003). Escala de Estrategías de aprendizaje ACRA- Abreviada para alumnos universitarios. *Revista Electronica de investigación psicoeducativa y psicopedagógica. No.1. (2)*, 139-156.

De la Herrán, A. (2008). Didactica Gneneral . La practica de la enseñanza en Educación Infantil. Primaria y Secundaria .

Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). *ONU*.

Delors, J. (1996). la educación encierra un tesoro. . *Informe de la UNESCO de la comisión Internacional sobre la Educación*, (Pp. 95-108).

Di Silvestre, C. (2008). Metodología Cuantitativa versus Metodología Cualitativa y los diseños de investigación mixtos: Conceptos Fundamentales. . (U. d. Andes, Ed.)

Díaz, E. C. (2009). Labor Metodológica y enfoque de sistemas en la carrera de Medicina. Facultad de Medicina de Villa Clara. *Edumecentro - Revista de Educación Médica del Centro.*, (Pp. 1-10).

Dibarboure, M. (2009). Las situaciones de enseñanza como objeto de análisis. En J. B. Leymonie, *Aporte para la enseñanza de las ciencias Naturales* (págs. (pp. 105-125)). Santiago de Chile: LLECE. Laboratorio latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación.

Dolmans, D. (2001). Solving Problems with groups work in problem-based learning: Hold on the philosophy. *Medical Education., 22, No. 2.*, 173-177.

Domingues, A. C. (1995). Factores predictivos de las infecciones nosocomiales producidas por microorganismos grampositivos y gramnegativos. . *Enferm Infecc Microbiol Clin* , (Pp. 13:19-27).

Downing, K. (2009). Problem Based Learning and Development of metacognition. . *Higher Education , 57(5)*, 609-621.

Dueñas, V. (2001). El aprendizaje basado en probelmas como enfoque pedagógico en la educación salud . *Revista Colombiana Médica* , (Pp. 189-196).

Duers, L. (2005). Brown Student learning in clinical nursing education: Perceptions of the relationship between assessment and learning. *Nurse Educ Today* , 25:299-308.

Duran, M. (1999). Los costes invisibles de la enfermedad. .

El Centro Latinoamericano de Economía Humana (Claeh). (2007). *El aprendizaje Basado en Problemas* . Montevideo , Uruguay : Facultad de Medicina .

El Congreso de Colombia. (1992). Ley 30 de 1992. *Diario Oficial No. 40.700 de 29 de Diciembre de 1992*.

Elizondo, L. H. (2004). Evaluación Formativa y sumativa de la sesión tutorial del Apendizaje Basado en Problemas, Utilizando un sistema de rúbricas de referencia. *Escuela de Medicna de Tec de Monterrey. División de Ciencias de la Salud* , (Pp. 3 -12).

Elstein, A. (1972). Methodos and theory in the study of medical inquiry. *Journal of Medical Education*, 85-92.

Elstein, A. S. (1978). *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Engel, C. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137: 535.

Escobar, A. (2006). *Análisis Crítico de Género del discurso médico sobre la andropausia y menopausia en un hospital universitario.* Bogotá.: Universidad Nacional de COlombia.

Escobar, H. D. (2010). Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una facultad de medicina, categoria altruismo y dignidad, beneficiencia, confidencialidad y deber de cuidado. *Revista Colombiana de Bioética. Vol. 5 No. 1* - , pp. 57-60.

Escribano, A. y Del Valle. (2008). EL aprendizaje Basado en Problemas. Una Propuesta Metodológica en educación Superior.

Escudero., T. (2003). La formación Pedagógica del profesorado universitario vista desde la enseñanaza disciplinar. *Revista de Educación* , 331.

Esteban, M. (2009). La dimensión ética de la práctica profesional: Evaluación de un programa formativo. . *Diálogo educacional , (9)*, 91-101.

Esteban, M. (2011). Del aprendizaje Basado en Problemas (ABP) al Aprendizaje Basado en la Acción (ABA). *Claves para su complementariedad e implementación. Revista de Docencia Universitaria*, 91-107.

Eva, K. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasong. . *Med. Educ.* , 39:98-106.

Faidley, J. E.-G y cols. (2000). How are you doing ? Methods of assessing group processing in a problem-based learning context. En &. C. D. Evensen, *Problem-based learning. A research perspective on learning interactions* (págs. 109-135). United States , New Jersey : Lawrence erlbaum Associates.

Faria, J. &. (2004). A educacao para o século XX e a formacao do professor reflexivo na enfermagem. *Latino-am Enfermagem* , (Pp. 111-8).

Fasce ., H. (2001). Utilización del Aprendizaje Basado en problemas en la enseñanza de Física en estudiantes de medicina. Comparación con la enseñanza tradicional . *Rev. Méd. , 129*, 1031-1037.

Fee., E. (1978). Science and the "women Question". *A Study of Engish Scientific Periodicals*, 1860-1920.

Fernández, L. M. (1985). La dirección con un enfoque sistémico. En *Metodología de Organización de un sistema de dirección* (págs. (Pp. 1-9)). La Habana - Cuba: Universidad de la Habana.

Fernández., M. G. (2006). El aprendizaje Basado en Problemas revisión de estudios empíricos internacionales. *Revista de Educaciín* , 341: 397-418.

Figueroa, A. (1999). A inovacao da educacao superior em Enfermagen e os aportes do desenho da instrucao. *Latino-am Enfermagem*, (Pp. 5-13).

Finucane, P. J. (1998). Problem-based learning: its rational and efficacy. *Med J Aust* , (Pp. 168:445-8).

Flavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. . (Resnick, Ed.) *The nature of intelligence* .

Flavell, J. &. (1977). Metamemory. (R. K. Hagen, Ed.) *Perspectives on the development of memory and cognition* .

Flexner, A. (1910). *Medical education in the United Stated and Canadá. A report of the Carnegie Foundations on the Advancement of teaching.* Boston: The merrymount press.

Font, A. (2004). Linea maestras del aprendizaje por problemas. . *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado , 18 (1)*, 79-95.

Francois, C. (2009). Transdisciplinariedad, cibernética y sistémica para comprender la complejidad. Una nueva metodología para la gestión de las situaciones multifacéticos de la realidad. . En C. d. Publicación Semestral, *Auto-organización. Pensando la complejidad. Transdisciplinariedad, Complejidad, Emergencias. No. VII. Año III.* (págs. (Pp. 3-7)). La Habana - Cuba : Catedra de Complejidad .

Gafo, J. (1993). *10 palabras clave en Bioética.* Navarra - España: Verbo divino.

Garcia, J. (2015). La revisión de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurológicas. *30(1)*, 8-15.

Garret, R. (1987). Issues in science education:problem-solving, creativity and originalitu. *International Journal Of Sicence Education, 9(2)*, 125-137.

Garret, M. (1988). Reslución de Problemas y creatividad:Implicaciiones para el curriculo de ciencias. *Enseñanza de las ciencias*, 6(3), 224-230.

Gianfranco, H. A. (2005). Conocimiento y actitud de los Docentes. *Fermentum Mérida*, Año 15 No 42 enero-abril Pp.72-87.

Gijbels, D. V. (2005). Integrating assessment tasks in a problem-based learning environment. *assessment & Evaluation in Higher Education , 30 (1)* , 73-86.

Gil, D. &. (1987). *La resolución de problemas de física.* Madrid: M.E.C. Vicens Vives.

Gillamet, A. &. (2008). El aprendizaje Basado en problemas como cambio de cultura en las escuelas de Enfermería. *Nursing , 26*, 3:64-65.

Gimeno, J. (1998). Comprender y transformar la enseñanza . 334-397.

Glaser, B. & Strauss. (2001). Investigación acción y curriculum. En J. McKernan. madrid : Morata .

Golich, V. (2000). What is a case? Workbook on case teaching for Mount Holyoke College. *Case Method Project Faculty Development*.

González, E. G. (2010). Aprendizaje basado en resolucion de problemas: una expereicnai practica. . *Educ. Med.* , (Pp. 13(1): 15-24.

González, I. (2010). Prespectiva de la didácticas especificas, una rama de las ciencias de la educaicón para la eficacia en el aula. *Perspectiva educacional* , (Pp. 1-31).

Gowin, D. B. (1981). *Educating(Traduccion castellana: Hacia una teoría de la educación.* Ithaca, N.Y.,: Conell University Press.

Granero, J. F. (2011). Aprendizaje basado en Probelmas: Seminario Integrado en el grado de Enfermería. *Formación Universitaria* , (Pp. 29-36).

Greening., T. (1998). Scaffolding for Success in Problem-Based Learning. *Medical Education* .

Guevara, G. (2010). Aprendizaje basado en problemas como técnica didactica para la enseñanza del tema de la recursividad. *Revista Intersedes, 11 (20)*, 142-167.

Gómez, C. C. (2007). Conocimiento que tiene sobre el climaterio mujres entre 40-64 años usuarias de atención primaria . *Revista Chile Obstretricia Ginecología* , 321-328.

Gómez., R. (2002). El médico como persona en la relación médico- paciente.

Gutierrez, J. (1995). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.* Madrid: Sintesis.

Harding, S. (1996). Ciencia y Feminismo . *The Science Question in Feminism* .

Haymes, R. A. (2008). Interventions for enhancing medication adherence . *Cochrane Database Syst Tev , 16 (2)* .

Henderson., A. (1988). An introduction to social psychology. New York . *Oxford University Press* .

Hernández, C. S. (2004 йил Mayo). Preguntele al paciente; Un instrumento evaluador de las competencias de los estudiantes en la rotación de ginecologia. *Educacion médica., 1. No. 3*.

Herrera, N. G. (2010). Representaciones Sociales de la Relación Médico-paciente en médicos y pacientes en Bogotá, COlombia. *Revista de Salud Pública. 12*, 3:343-355.

Hill, J. R. (1998). Do junior doctors feel they are prepared for hospital practice? A study of graduates from tradicinal and non-tradicional medical schools. *Med. Edu.* , (Pp. 32(1): 19-24.

Hmelo, C. &. (2000). Problem-based learning: Gaining insights on learning interactions through multiple methods of inquiry. En &. C. D. Evensen, *Problem-based learning. A research perspective on learning interactions* (págs. 1-16). New Jersey:: Lawrence erbaum Associates.

Hmelo., S. (2004). Problem-Based Learning: What and How Do Students Learn? . *Educational Psychology , 16*, 235-266.

Hodges, H. (2011). Preparing new nirses with complexity science and problem-based learning. . *Journal of Nursing Education*, (Pp. 7-13).

Hoffmann, H. H.-A. (2006). Risk communication in consultations about hormone therapy in the menopause: concordance in risk assessment and framing due to the context. *Climateric 9.* , (Pp. 347-354).

Holen, A. (2000). The PBL group: Self-reflections and feedback for improved learning an growth. . *Med Teacher*, (Pp. 485-488).

Holm, U. &. (1999). Pedagogical methods and effect tolerance in medical students. *Med Edu*, (Pp. 33:14-8).

Hopenhayn., M. &. (2000). El gran esabón educación y desarrollo en el umbral del siglo XXI. *Fondo culturall Economica* .

Hugo., V. (2001). El aorendizaje basado en probemas como enfoque en la educación en salud. . *Revista Colombiana Médica , 32 (4)* , 189-196.

Hvas, L. R. (2004). Women's needs and wants when seeing th GP in realtion to menopausal issues. *Agendas of menopause women consulting a GP.*, (Pp. 118-121).

Iglesias, J. (2002). El aprendizaje Basado en Problemas en la formación inicial de docentes . *Perspectivas, Vol. XXXII, No. 3.* , 1-17.

II Consenso. (2007). Nacional de Climaterio y Menopausia. (págs. 3-64). La Habana - CUba: Ciencias Médicas.

Instituto Central de Ciencias Pedagógicas. (2004). *Guia de Observación de Clases en video, teleclases y clases.* . Ministerio de educación , La Habana .

Iñiguez, R. &. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases Teóricas y Conceptuales. *Atención Primaria*, 23:496-502.

Ipinza, M. (2009). Calidad y Atención Integral de slaud; Dos conceptos inseparables. En *Cuadernos de médicos sociales* (págs. Vol 47, No. 1 P.P 5-15). Chile.

Jaffe., J. M. (1978). The relationship of structured, student-centered small group instruction formats to higher-level thinking in collegiate learning groups. . En *Tesis Inedita* . Chapel Hill: Universidad de Carolina del Norte .

Jessup, M. &. (1998). Estudios en Calidad de vida.Alternativa en Educación basada en al Investigación. *Tecne Episteme Y Didaxis*, (Pp. 111-124).

Jessup, M. (2009). *Resolución de problemas en una perspectiva de investigación: Hacia un Modelo Didáctico.* Bogotá. Colombia: Universidad Pedagógica Nacional. Facultad de Educación. Programa de Doctorado en Educación.

Jiménez, V. P y col. (2009). Medición de Estrategías metacognitivas mediante la Escala de Conciencia Lectora: ESCOLA. *Electronic Journal of Rsearch in Educational Psychology*, 7(2),779-804.

Josep, J. (2008). Conocimiento previo, modelos mentales y resolcuion de problemas. Un estudio con alumnos de bachillerato. *Revista electronica de Investigacion educativa. Vol. 10*, Pp. 1 - 15 .

Jovell, A. J. (2006). El Paciente del siglo XXI. Anales del sistema sanitario de Navarra. *[suplemento]*, 3 (85-9).

Kevin, W. (2009). Diagnostiv error in medical education: where wrongs can make rights . *Adv. in Health Sci Educ*, 71-81.

Khoo, H. C. (2001). Introduction od problme - basaed learning in tradicitional curriculum in Singapore - students'and tutors'perspective. *Ann Acad Med.* , (Pp. 30:371-4).

Knight, L. &. (2006). When I frist came here, I thought medicne was clack and ahite: Marking sense of medical students Way of knowing. *Soc sci med.* , (Pp. 63:1084-96).

Kurrek, M. &. (1997). The cost for construction and operation of a simulation centre. *Can J. Anaesth*, (Pp. 44(11) : 1191-5).

Labardini, M. J. (2000). In memorian Dr. Luis Sánchez Medal". *Gaceta Médica Mexicana , 136. No. 1.*, 88.

Labra., P. (2011). El enfoque ABP en la formación incial docente de la Universidad de Atacame: El quehacer docente . . *Estud. Pedagóg., 37*, 167-185.

Lacon, N. &. (2008). Cognición, Metacognición y escritura . *Revista Signos*, (Pp. 231-255).

Lampert, J. (2002). *Tendencias de Mudanca na Formacao médica no Brasil: Tipología das escolas.* Sau Paulo : Hucitec.

Lara, L. (2011). *Hacia una caracterización de los programas de posgrado en medicina alternativa en Colombia.* Bogota.: Universidad Nacional de Colombia .

Larios, M. (2005). Examen profesional con el examen clínico objetivo estructurado. *Revista de la Educación Superior , XXXIV*, 7-17.

Latasa, I. (2012). Aprendizaje Basado en Problemas en Curriculos Tradicionales. *Beneficios e inconvenientes, 5/5*, 15-26.

Lave., J. &. (1991). Situated learning: Legitimate peripheral participation. . *Cambridge University Press* .

Lee, R. &. (2002). Monitoring the Outcome of Problem-based learning in Medical Education . *Journal of Medical Education*, (Pp. 6(2):215-223.

Lee, Y.-W. &. (1999). Analysis of tutor interventions for problem based learning tutor self-assessment questionaire.

Leighton, F. O. (1981). Introduccion practica del estudiante de medicina a la investigación biomédica. *Educacion Médica Salud*, 15:219-231.

Lekhtsier, V. &. (2017). Medicina Narrativa enfocada a la investigación empírica social: el contexto ruso . *Salud Colectiva* , 1159.

Lerner, D. J. (1989). Patterns Of Coronary Heart Disease Morbidity and Mortality in the Population. . *American Heart Journal*, 111(2).

León, F. (2009). Fundamentos y Principios de Bioética Clínica, Institucional y Social. *Acta Bioethica* , 15(1); (pp.70-78).

Levinas, E. (2000). Ëtica e infinito. .

Lewin, S. S. (2001). Interventions for providers to promote a patient -centred approach in clinical consultation. . *Cochrane Database Syst Rev. , 4*, 3267.

Lifschitz, V. B. (2010). Aplicacion del aprendizaje basado en problemas para la enseñanza de la microbiología en estudiantes de medicina. *Educ. Med.*, (Pp. 13(2):107-111.

Litzinger, T. W. (2005). Self-directed kearning readinessamong engineerin undergraduate students. . *Journal of Engineering Education, 94(2)*, 215-221.

Lorenzano, C. (1980). *Crítica al modelo sociológico de medicina.* Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México. Buenos Aires: Plan A-36.

Lorenzo., E. (Noviembre de 2001). Cuadernos de Investigación Educativa . *Publicación semestral del instituto de Universidad ORT Uruguay. , Vol.1 No. 9*.

Lorenzo., R. F. (2011). Experiencia en la aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas en la Asignatura proyecto de licenciatura en Química. . *Form Univ. , 4*, 37-44.

López, R. F. (2001). Diseño de una estructura curricular por competencias . *39. No. 2* , 145-156.

Lycke, K. G. (2006). Student learning strategies, mental models and learning outcomes in problem-based and tradicitonal curricula in medicne. *Medical Teacher,, 28(8)*, 717-722.

Maninng, K. (1997). Authenticity in constructuvust inquiri: methodological considerations without prescriptions. *Qualitative Inquiry*, 3(1):93-115.

Manzano, B. A. (1998). Modelo de atencion a la mujer climatérica (MACLI). *Revista Cubana Obstetricia Ginecologia*, 24(2):105-11.

Mariano, H. R. (2001). Salud y Juventud. *Consejo de la Juventud de España.*, 5, 8.

Markham, A. (1995). An overview on problem-based learning. *Br. J Pharmacol* , (Pp.116-466).

Martin, J. S. (2005). Menopausia y terapia Hormonal en una clínica de Climaterio . *Revista del Climaterio* , (P.p 11-18).

Martinez, M. (2007). Repensando la Ciencia. *Enlace Cientifico Año 7 : Revista tecnológica de Lara* , (Pp. 9-25).

Martinez, N. y. (2002). El Aprendizaje Basado en Problemas. . *REV. FAC. MED. UNAM*, 45:185-86.

Maudsley, G. (1999). Do we all mean the same thing by problem based learning? a Review of the concepts and a formulation of the grown rules. . *Acad Med*, 74:178-85.

Mckeachie, W. J. (1984). Effective college teaching. F.N. N. Kerlinger (ed), Review of Research in Education, Vol2. Itasca, Illinois, Peacoock Press 1975. *Educacion Médica y Salud*, ol.18 No.1 (1984).

Medina, G. A. (1999). El Método de Aprendizaje Basado en Problemas en la carrera de Medicina. . *Manual del Alumno* .

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ?Qué es medicinal tradicional? *Revista Alteridades, 7*, 71-83.

Mengelkamp, C. &. (2009). Judements about knowledge: Searching for factors that influence their validity. . *Eletronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17, 7 (1), 163-190.

Miller, F. &. (2011). Equipoise and the Dilemma of Randomized Clinical. *N Engl J Med.*, (Pp. 364 (5): 476-480.

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guias de Climaterio.* Montevideo - Urugay: Del Este Sol S.R.I Déposito Legal No.

Mishler, E. (1984). The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews. . *Norwood : Ablex* .

Mondragon, A. (2002). *Formatos para consentimiento informado.* Servicio Canario de Salud-Gerencia de Atención Primaria Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria , Unidad Docente Medicna de Familia y Comunitaria la Palmas Norte y Sur . Las Palmas Norte- Sur : Aspectos Eticos de la especialidad.

Monterrosa, A. (1999). La superficialidad conceptual: Un Común denominador ente estudiantes de Último año de Medicina . En A. Monterrosa, *Docencia Universitaria : Reflexiones* (págs. 104-110). Santafe de Bogotá: Universidad Santo Tomas .

Monterrosa, A. (2010). *10 Reflexiones sobre Menopausia Climaterio y terapia Hormonal.* Bogotá - Colombia: 1A. Edicion.

Moore, G. B. (1994). The influencia of the new Pathway curriculum on harvard medical students (see coments). *Acad Med.*, (Pp. 69(12): 983-9.

Moore, P. G. (2010). La comunicación médico-paciente: Cuales son las habilidades efectivas? . *Rev. Medica, 138*, 1047-1054.

Morales, P. (2004). Aprendizaje Basado en Problemas. *Problem-Based Learning, Thoeria*, (Pp. 145-157).

Moreira, M. (1993). A teoría de educacao de Novak e o modelo de ensino aprendizagem de Gowin. *Conferencia II ELAPEF.* Porto Alegre (Canela) Brasil.

Moreno, E. &. (2012). Definición e implementación del modelo pedagógico en la institución educativa. . (S. S.A.S, Ed.)

Moreno, R. (2007). La educación basada en normas de competencia como un nuevo modelo de formación profesional en mexico . *Pensamiento Universitario 91* , 45-75.

Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo.* Barcelona: Gedisa.

Myneni, S. &. (2011). Analysis of Factors Affecting Information usage during learning by Students and Faculty at a School Of Medicine, School of Biomedical Informatics . *Health Science Center - University Of Texas.* .

Newble, D. &. (1986). The approaches to learning of students in a traditional and in an innovative problem-based medical shcool. *Med. Educ.* , (Pp. 22: 267-73).

Nolla, M. (2006). El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educación Médica* , Pp. 11-16.

Norman, G. S. (1992). The psychological basic of problem-based learning: a review of the evidence. . *Acad Med.* , (Pp. 67:557-65).

Norman, G. (2005). Research in clinical reasoing: past history and current trends. *Med. Educ.* , 39:418-27.

Ojalvo., V. (1997). Concepción de la enseñanza -aprendizaje y organización docente para la formación de valores en estudiantes universitarios. Diseño de Investigación. . *CEPES.*

OMS. (2000). *Organización Mundial de la Salud. De Alma - Ata* . Ginebra: OMS.

Orem, D. (2009). Consideraciones sobre la salud, los cuidados de la salud y la enfermeria. En D. Orem., *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica* (pág. 421.). Pennsylvania.: Masson y Salvat.

Orem., D. (1993). Una teoría general . In *Teorías de Enfermería.* Barcelona: 4 ed.

Organización Panamericana de la Salud . (2010). la Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la Orientación hacia la APS. *La Renovación de la Atención Priamria de Salud en las Américas. N.3,* 13-15.

Ortega, P. (2006). *Los sentimientos y la Moral [en prensa material policopiado]*.

Osses, S. &. (2008). Metacognición: Un camino para aprender a aprender . *Estudios pedagogicos XXXIV, No.1.* , 187-197.

Ostiguin, M. R. (2011). Teoría general del deficit de autocuidado: Guía básica ilustrada. En *El manual moderno.* Mexico: D.F.

Ozturk, C. M y cols. (2008). A comparison of problem-based and traditional education on nursing students critical thinking dispositions. . *Nurse education Today , 28(5)* , 627-632.

Páramo, P. &. (2006). "Investigación Alternativa: Por una distinción entre posturas epistemológicas y no entre métodos". *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales 25,* Pp. 1-8.

Palomino, B. &. (1999). Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y Sociedad, 1 (17),* 171-185.

Paredes, J. (2008). Didáctica General. La práctica de la enseñanza en Educación Infantil, Primaria y Secundaria. .

Patiño, J. (1998). La profesión Médica en al reforma de la seguridad social. *Sociedad Geográfica de Colombia. Academia de Ciencias geográficas,* www.sogeocol.edu.co.

Patiño, J. (2001). La desprofesionalización de la medicina en Colombia . *Acta Médica Colombiana* , (Pp.26:43-9).

Patiño, J. (2011). La atención de la Salud en un modelo de aseguramiento comercial. *revista Colombiana* , (Pp. 26:9-10).

Paulsen, J. (2011). A narrative ethics od care. . *Health Care Analysis , 19(1),* 28-40.

Pease., M. &. (2011). Experimental Analysis of the Effective Components of Problem-Based Learning. *Science Education, 95,* 57-86.

Pellicer, P. &. (2011). El logro de la madurez femenina: la experiencia del climaterio en grupo de mujeres. *Enfermeria Social - Enfermería y perspectiva de género.*, www.um.es/elglobal.

Pellón., A. ,. (2011). Relación entre rendimiento académico y estrategías metodológicas en dos grupos de estudiantes novatos de las carreras de Terapia Ocupacional y Nutrición Diética en la Universidad MAyor de Temuco. *Int, J. Morphol, 29*, 661-666.

Peña., J. (1998). El enfoque por problemas en la sistematización de la práctica clínica y en la formción médica. (P. edición, Ed.) 165.

Peñaloza, W. (2005). *El Currículo Integral* (Centro de Producción Editorial E Imprenta Universidad Nacional Mayor de San Marcos ed.). (CEPREDIM, Ed.) San Marcos , Perú.

Pera, C. (1997). *Formación de los profesionales de la salud: Una reflexión a las puertas del siglo XXI.* Universidad de Barcelona , Madrid .

Perales, J. A. (1998). La resolucion de problemas en la didáctica de las ciencias experimentales. *Educacion y Pedagogía*, (Pp.119-143).

Pérez, L. G. (2011). Actividades experimentales dirigidas al desarrollo de habilidades manipulativas instrumentales en los futuros tecnólogos de la salud. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (Pp. 1-16).

Peronard, M. (2005). La metacognición como herramienta didáctica . *Revista Signos. V38.* , (Pp. 61-74).

Phillips, D. (1995). The Good, The Bad and the Ugly: The Many faces of Constructivism. *Educational Researcher*, 24(7) 5-12.

Piaget, J. (1980). The Psychogenesis of knowledge and its Epistemological Significance. En M. Piattelli Palmarini., *The Debate between Jean Piaget and Noam Chomsky.* London: Routledge & Kegan Paul.: Language and Learning.

Pinzón, O. &. (2010). *Surveying Information Visualization Usage in Faculty and students of the medicine school at the National University of Colombia.* Houston TX. : School Health Information Sciences Health Science Center - University of Texas at Houston .

Polanco, A. (2005). La Motivación en los estudiantes universitarios. *Actualidades Cientificas en Investigación, 5 / No. 002*.

Polya, G. (1973). How to solve it. En Hillsdale, *Princeton University Press.* Nueva Jersey: 2a.Ed.

Ponce-De León, M. E. (2007). *Tendencias actuales en la enseñanza de la medicina. Estrtegías del aprendizaje en medicina.* Obtenido de http://www.medigraphic.com/espanole-htms/e-gaceta/egm2004/r-gm04-3/em-gm043.htm.

Pons-Vigués, M. P. (23 de Enero Vol. 23 Núm. Suple. 1. de 2009). Estrategias para reclutar mujeres inmigrantes para participar en una investigación cualitativa. *Gaceta Sanitaria* , págs. (pp. 90-2).

Prideaux, D. (2002). *Researching the outcomes of educational interventions: a matter of design.* (Pp. 324 (73-30): 126-7): BMJ.

Prieto, A. B. (2006). Un nuevo modelo de aprendizaje basado en problemas, El ABP 4x4 es eficaz para desarrollar competencias profesionales valiosas en asignaturas con más de 100 alumnos. *Aula abierta, 87,* 171-194.

Quintana, M. &. (2008). Aspectos biosicosociales que caracterizan a mujeres con síndrome Climatérico . *Revista cubana de enfermería,* (Pp. 1- 10).

Quintana, O. (2003). Los objetivos de la medicina. *Calidad Asistencial,* 18:132-5.

Ragin., C. (2007). La construcción de la investigación social: Introducción a los métodos y su diversidad. pag 290 .

Ramiro, P. N. (2010). Estilo Cognitivo relfexividad-impulsividad en escolares con alto nivel intelectual. *Revista Latinoamericana de psicología. Vol 42. No.2* , Pp. 193-202.

Rancich, M. &. (1995). Razonamiento Médico: factores y condiciones de la resolucion de problemas como estrategía de enseñanza-aprendizaje . *Educacion Médica Salud Vol. 29. no.3 -4* , 257-269.

Rathgeber, E. &. (1993). Gender and Tropical diseases: A new Research focus Social Science Medicine. *37,* 5(4):51320.

Raya., F. &. (2001). Metaevaluación en Ciencias: una mirada retrospectiva para una investigación educativa. . *Revista de Enseñanza de la Física , 12*.

Regan -Simith, M. (1999). Commentary on Flexner's impact-them and now. A profound effect on medical aducation, research, practice. . *Journal Medical Education,* (Pp. 62:(1) 31).

Resnick, L. (1987). Learning in School and Out. *educational Researcher,* 16,13-20.

Restrepo, A. (2005). Clases magistrales versus actividades participativas en el pregrado de Medicina. *Estud. Soc,* (Pp. 20:83-91).

Roa, K. &. (Enero - Junio de 2009). Construcción de conocimiento con metodología de ABP frente al modelo tradicional, en ambiente virtual . *Teoria , Praxis y Investigación , 4*, 11-25.

Roberts., M. &. (1993). Strategy selection and metacognition. *Educational Psychology , 13 No. 3* , 259- 266.

Rochelle, J. (1992). *Reflections on Dewey and Tecnology for Situated Learning.* American Educational Research Association, San Francisco - California .

Rodríguez, D. &. (2009). Algunas Reflexiones sobre la relacion entre el uso de resolucion de problemas como estrategía metodológica para la enseñanza de ciencas en la educación primaria y los cambios de comportamiento del grupo en estudio. *Rev. Eureka Enseã. Divul. Ciencias,* 6(2) (pp. 232-246).

Rodríguez, H. L. (Septiembre de 2004). El Aprendizaje Basado en Problemas , en el Curriculo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. *IATREIA, 17 No. 3.*

Rodriguez, J. (1985). Curriculum, Acto didactico y teoría del texto .

Rodríguez, R. (2011). Estrategía didáctica para la integración del método cl'junico en el contenido de enseñanza -aprendizaje de la asignatura Anatomía General: Modelación de la habilidad "Diagnóstico Anatómico". *Revista electronica de Veterinaria* , (Pp.1-15).

Rogers, J. C. (2000). Do students Attitudes during Preclinical Yeas predict their Humaniusm as Clerkship. *Academic Medicine. Vol 75 No 10*, 74-77.

Roggi, L. (1999). *Los cambios en la formación docente en América Latina: Una perspectiva comparadaz. [Ensayo en línea]*. Eduforum.

Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive Development in social context.* New York: Oxford University Press.

Roldán, I. (2001). Reflexiones acerca de la relación médico-paciente . *Revista de la Facultad de Medicina , 49(1)*, 288-290.

Román., J. &. (1994). Escala ACRA- Abreviada para alumnos universitarios, Escala de Estrategías de Aprendizaje. .

Rosado, P. P., Rendas, A., & Gamboa, T. (2001). Tutor's Performance evaluation : a feeback tool for the PBL learning process . *Medical Teacher., 23*, 289-294.

Roselló, M. (2005). Didiactica general versus didacticas especificas:un viaje de ida y vuelta. *Revista Educación y Cultura* , (Pp. 133-142).

Rosser., W. (1998). Feminism with the Science and Healthcare Professions: overcoming resistance. . *Revisioning clinical research: gender and the ethics of experimental desion*, 353-661.

Rothman, A. I. (2000). "Problem Based Learning - time to move forward". *Medical Educaton , 34*, 509-511.

Round, A. (2005). Introduction to clinical reasoning. *Med Education, 39*, 418-427.

Rué., J. (2007). Enseñar en la Universidad. El EEES como reto para la Educación Superior.

Ruiz, R. (2004). Evaluar la relación Clínica. En R. Ruiz, *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar* (págs. 331-352). Barcelona : semFYC.

Ruiz, R. (2005). *Proyecto de Investigación financiados para el desarrollo de otros tipos de validez y fiabilidad.* Expte. 0142, Agencia: Consejera de Salud de la Junta de Andalucia. , Andalucia .

Ruiz, R. P. (2001). An instrument for a seessing interviewing skills of family medicine traines . *The Gatha -Resident questionnaire., 12*, 401-11.

Ruiz., R. (2006). Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Grupo Comunicación & Salud. .

Sánchez, J. R. (2007). Menopausia y Climaterio. (E. Editorial, Ed.) *Texto Ginecología*, 287-308.

Sánchez, N. J. (2010). Reoslucion de casos prácticos en pequeños grupos en la enseñanza de la asignatura "química general y analítica"del grado de farmacia. *ARS Pharm, Vol. 51 suplemento 2.*, pp. 96-101.

Sandoval, H. (2011). *Aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas en estudiantes de medicina de la asignatura "Medicina Interna I" de la Universidad Nacional de Colombia. Sede - Bogota.* . Universidad Nacional de Colombia , Medicina Interna , Bogota.

Sardo., P. & Dal Sasso. (2008). problem-based learning in Cardiopulmonary resuscitación: Basic life support. *Rev. esc. enferm USP, 42*, 784-792.

Sarduy Napoles., M. R. (2010). *Sección de Climaterio y Menopausia.* la Habana - Cuba: CIMEQ.

Schmidt, H. (1993). Foundation of problem-based learning. SOme explanatory notes. *Medical EDucation., 27*, 422-423.

Schoenfeld, A. (1989). Teaching mathematical thinking and problem solving.T. *Twoard the thinking curriculum: current cognitive research.* Washington.DC: ASCD.

Schraw, G. (2000). Issues in the measurement of metacognition. *Buros Institute of Mental Measurements.*

Secco, L. (2004). Formadores em odontología: profissionalizacao docente e desafio político-estruturais. . *Cienc Saude Coletiva* , (Pp.113-20).

Sevillano, M. (2004). Didáctica y Curriculum : controversia inacabada. *Enseñanza, 22*, (Pp. 413-438).

Shipman, B. (2010). The role of comunication in the patient -psysician relationship . *The Journal of legal medicine, 31* , (Pp. 433-442).

Silva, D. M. et.al. (2001). Violencia en la Mujer en la Etapa del Climaterio.

Simon, H. A. (1979). Information processing models of cognition. *Psychol 30*, 363-396.

Simon, P. G. (2001). Bioética para médicos. *Medicina Clinica*, 17:99-106.

Skinner, B. (1958). Teaching Machines. *Science*, 128.

Sleight, D. &. (2006). Study skills and academic performance among second-year medical students in problem-based Learning. . *Medical Education online, 11(3)* , 1-6.

Smith, R. (2000). Disorderly COnduct: Vision of Gender in Victorian America. *Snyder*.

Smits, P. V. (2002). *Problem Based Lerarning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies.* . (Pp. 324:153-6).: BMJ .

Solaz-Porolés, J. &. (2007). Resolución de problemas, modelos mentales e instrucción . *Revista Eletrónica de enseñanza de las ciencias Vol. 6 No. 1* , Pp. 1-20.

Spaendonck, K. P.-B. (1999). Habilidades de comunicación. *recursos para profesores en las enseñanza de las habilidades médicas.*, 39-64.

Spencer, J. (2003). Learning and teaching in the clinical environment,. *Brittish medical Journal*, (Pp. 591-594).

Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos.* Madrid , España : Morata .

Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a riview {see comments}. *CMAJ*, 152: 1423-33.

Stewart, M. B. (1994). Patient- Centred Medicine. *Transforming the clinical method.*, 32-44.

Stimmel, B. (1976). Faculty attitudes toward a thesis requirement. A Prepequisite to obtainig a medical degree. *Journal Medi Educ*, 51:508-510.

Straus, E. R. (2006). Diágnostico y Cribado. . *Medicina basada en la videncia* .

Sturdee, W. (2011). Updated IMS recommendations on Postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climateric*, 14:302-320.

Suárez, V. M. (2009). Una estrategía Metacognitiva y de autorregulación en la resolucion de problemas en física. *26*, 514-532.

Suárez., S. ,. (1999). Venous air embolism during parkinson surgery in patients with spontaneous ventilation. *Anesth Analg, 88*, 793-4.

Sungur, S. & Tekkaya.(2005). effects of Problem-based learning and traditional instrction on self-regulated learning. *The Journal of Educational Research, 99 (5)*, 307-317.

Tamblyn, R. M. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predicotrs of complaints to medical regulatory authorities. . *JAMA*, 298:993-1001.

Tarazona., J. (2005). Reflexiones acerca del aprendizaje basado en problemas. Una alternativa en la educación médica. . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología , 56*, 147-154.

Taylor, S. &. (1990). *Introduccion a los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona , España: Laertes.

Taylor, S. y. (1986). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Buenos Aires: Paidos.

Tena, C. R. (2002). Derechos de los pacientes. *Revista Médica de IMSS. Vol. 40. No6.*

Torp, L. &. (1995). *El aprendizaje basado en Problemas.* Buenos Aires.: Amorrortu.

Torres, L. (2005). Para qué los semilleros de Investigación . *Memorias Semilleros* .

Tunnin Educacional Structures in Europe. (2003). *Informa final Proyecto Piloto- Fase 1.* Universidad de Deusto - Universidad de Groningen. . Edición y Cultura. Socrates.

UNESCO. (1996). *El tiempo de la innovación en materia de educación.* . México: Sep Setenta.

Universidad de Antioquia. (1999). *El proceso de sistematización oara la renovación del curriculo en la Facultad de medicina.* Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina. Medellin: Documento Introductorio.

Universidad Ort Uruguay Instituto de educación. (2001). *Cuadernos de Investigación Educativa.* Uruguay: Instituto de educacion de la Universidad ORT Uruguay.

Urrego, E. (2007). *La consulta Ginecológica, la mirada médica sobre el cuerpo desnudo.* Medellín Colombia: Informes psicológicos, Universidad Pontificia Bolivariana.

Valencia, F. &. (1999). *Ley 100: Seguridad Social y sus decretos reglamentarios.* Manizales - Caldas.

Valle, R. &. (1999). Assessment of Student performance in problem- based learning tutorial sessions. *Medical Education* , (Pp. 818-822).

Vallez Martinez, M. (2007). Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. .

Valls-Llobet., C. (2000). Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. . *QUACK Ciencia, Medicina, comunicacion y cultura* , 16-22.

Valverde, C. (2006). El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: Hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas . *NOrte de la salud mental, 25*, 77-81.

Valverde, C. (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosoía para enfermería . *Norte de Salud Mental , 28*, 8-15.

Van Der Hurk, M. (2006). The relation between self regulated strategiesand individual study time, prepared participation and archievement in a problem based curriculum. . *Learning in higher education , 7(2)*, 155-169.

Venturelli, C. (2000). *Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos.* Washintong: OPS/OMS. Serie Paltex Salud y Sociedad. No. 5.

Venturelli, J. (2003). Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. . (2. Edición, Ed.) *Organización Panamericana de la Salud* .

Vera., O. (2016). El Aprendizaje Basado en Problemas y la Medicina Basada en Evidencias en la Formación Médica. *Educación Médica Contínua,* Pag. 78- 82.

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la promoción de la salud.*, 41-50.

Vernon, D. &. (1993). Does problem-based learnong work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med*, (Pp. 68:550-63).

Vicedo, A. (2002). Abaham Flexner, Pioneron de la Educacion médica. *Educación médica*, 5:163-167.

Videla, R. (2010). Clases pasivas, Clases activas y clases virtuales. Transmitir o construir conocimientos? *Educacion Médica continua*, (Pp. 187-190).

Viesca, C. P. (2010). El ejercicio actual de la medicina, Razonamiento clínico. . Mexico.

Villa, A. &. (2007). Aprendizaje Basado en Competencias . (2da., Ed.)

Villa, N. &. (2008). Aprendizaje Basado en Problemas: Una Propuesta Metodológica con Futuro. . En A. &. Escribano, & Narcea (Ed.), *Una Propuesta Metdológica en Educación Superior* (págs. 24 - 30). Madrid, España: Narcea. S.A. Editores .

Villarroel, C. (2008). *La evaluación Institucional de las Universidades. El Mecanismo mas idóneo para asegurar su calidad. CNU OPSU.* . Caracas Venezuela : CNU OPSU.

Villegas, M. A., & Arango, M. K. (2011). la funcion del tutor en la estrategía de Aprendizaje Basado en Problemas en la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. *Revista médica Universidad de Antioquia* .

Von Glaserfeld, E. (1989). *Cognition, Construction of Knowledge, and Teaching* . Synthese.

Vygostky, L. (1978). *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes.* Cambridge, Massachusetts: Havard University Press.

Vygotsky, L. (1996). *La Imaginación y el arte en la infancia.* Madrid: Ediciones Akal 3a. Ed.

Walrond., E. A. y et.al. (2002). Problem-based compared with traditional methods. *Faculty of Medical Science, Medical teacher, 24*, 273-279.

Walsh., W. (1918). The McMaster Programme of Medical Aducation. *Developing problem-solving abilities*, 70, 69-77.

Warmock, K. (1976). Imagination. london: Faber and Faber. .

Wassermann, S. (1994). Introduction to Case Method Teaching. *Teachers College Press*.

Watson, J. (1960). Psychologi from the standpoint of behaviorist. 158-177.

Watzlawiick, P. (1991). Teoria de la Comunicación Humana . (Heder, Ed.) 82-96.

Weaver. MJ., &. W. (1993). A questionnaire for patients evaluations of their physician humanistic behavior. *Journal Of General Internal Medicine., 8,* 135-139.

Wojtczak, A. (2006). Profesionalismo médico: Una problematica global. *Educación Médica*, 9:144-5.

Wood, D. (2003). ABC of Learning and teaching in Medicine. . *Problem Based Learning* , (Pp. 326:328-30).

Yepes, C. (2005). La atención primaria en salud, como escenario para la transformación médica y la transformación social. *IATREIA, 18*.

Zabalza, M. (2004). *O ensino universitario: seu cenario e protagonistas* . Sao Paulo : Artmed.

Zabalza, M. (2011). El practicum en la formación universitaria: estado de la cuestión. *Revista de Educación, 354*, Pp. 21-43.

Zabit., M. (2010). Problem-Based Learning On Students, Critical Thinking Skills In Teaching Business Education In Malaysia: A Literature Review. *American Journal of Business Education, 3 (6)*, 19-32.

Anexos

Anexo 1. Encuesta Para Estudio De Uso De información en el aprendizaje y enseñanza
Anexo 2. Preguntas Sobre Cómo Se Desarrolla La Práctica Clínica. Dirigida A Residentes
Anexo 3. Entrevista Con Los Docentes Para Establecer Como Se Da La Enseñanza De La Medicina.
Anexo 4 . Guion De Observación De Un Clase De Y Postgrado Ginecologia Y Obstetricia

Anexo 5. Guión De Observación De Consulta Médica.
Anexo 6. Escala Para Medir Estrategia Cognitivas Y De Control De Aprendizaje
Anexo 7. Escala Para Medir La Metacomprensión En Los Procesos Metacognitivos.
Anexo 8. Aprendizaje Basado En Problemas (Abp) En La Formacion De Residentes De Obstetricia Y Ginecologia.
Anexo 9. Esquema Basico Del Informe
Anexo 10. Hoja De Consentimiento Para Observar Y Grabar La Consulta De Climaterio Y Menopausia

Anexo 11. Encuesta de satisfacción de atención a Pacientes en Obstetricia y Ginecología
Anexo 12. Evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de Endocrinologia Ginecológica – Climaterio y Menopausia.
Anexo 12.1 Evaluacion del Aprendizaje Basado en Problemas del curso de Endocrinología Ginecológica.
Anexo 13. Resultados
Anexo 14. Observaciones de los videos Seminarios con la estrategia metodológica del ABP

Anexo15. Percepción y descripción de los videos realizados durante la realización de los seminarios.

Anexo 16. Observaciones De Los Videos Seminarios Con La Clase Tradicional

Anexo 17. Modulo sobre el manejo integral de la paciente

Anexo 1. Encuesta para estudio de uso de información en el aprendizaje y enseñanza

ENCUESTA PARA ESTUDIO DE USO DE INFORMACION EN EL APRENDIZAJE Y ENSEÑANZA

ANEXO 1

INSTRUCCIONES: Diligencie solo una respuesta por pregunta, rellenando completamente el óvalo

Incorrecto	Correcto
a b c d e	a b c d e

OS DE SALUD - UNISALUD
EPIDEMIOLOGIA Y CALIDAD

Esta encuesta pretende evaluar el uso de la información y el proceso cognitivo respecto a los procesos de enseñanza y aprendizaje en medicina. Responsa las siguientes preguntas en la escala de 1 a 9 siendo 1 (leve, nunca, desacuerdo) a 9 (fuerte, siempre, totalmente de acuerdo). el diligenciamiento de esta encuesta tarda aproximadamente 25-35 minutos y consta de 78 o 93 (si es docente) preguntas. por favor, escriba su numero de documento de identidad al pie de cada

	ACERCA DE SU PROCESO INDIVIDUAL DE APRENDIZAJE	*Desacuerdo*		*Indiferente*		*De acuerdo*
1	Lo mas importante son mis propias habilidades individuales	1	2	3	4	5
2	Lo mas importante es Mi motivación	1	2	3	4	5
3	Lo mas importante es Mi Entorno social y cultural	1	2	3	4	5
4	Lo mas importante son mis estrategias y tecnicas de aprendizaje (de lectura, etc)	1	2	3	4	5
5	Lo mas importante son las habilidades del docente	1	2	3	4	5
6	Lo mas importante es el acceso a practicas supervisadas	1	2	3	4	5
7	Lo mas importante es el Acceso a computadores y tecnologia	1	2	3	4	5
8	Lo mas importante es el acceso a ayudas tecnológicas (agendas, Celulares, internet, etc)	1	2	3	4	5
9	Lo mas importante es el Auto-aprendizaje (lectura, etc)	1	2	3	4	5
10	Lo mas importante son las actividades grupales	1	2	3	4	5
11	Lo mas importante es el Uso de tecnologia y computadores	1	2	3	4	5
	ESTILOS Y PREFERENCIAS DE APRENDIZAJE DE NUEVOS CONTENIDOS	*Nunca*		*Algunas veces*		*Siempre*
12	Cuando entrego un trabajo escrito, la presentación y el formato son lo mas importante	1	2	3	4	5
13	Tengo que aprender por separado los contenidos prácticos de los contenidos teóricos	1	2	3	4	5
14	Cuando estoy aprendiendo un tema, me concentro en titulos, ilustraciones y pies de pagina	1	2	3	4	5
15	Me fijo en aprender todo al detalle	1	2	3	4	5
16	Me fijo en aprender la idea global y representarla con mis propias palabras	1	2	3	4	5
17	Si un concepto es confuso, prefiero pasar al siguiente	1	2	3	4	5
18	Si tengo problemas entendiendo o recordando un contenido, elaboro una forma para recordarlo.	1	2	3	4	5
19	En mi experiencia, las tablas o matrices son mas faciles de entender que cualquier otro tipo de visualización	1	2	3	4	5
20	En mi experiencia, Los graficos o diagramas son mas faciles de entender que cualquier otro tipo de representacion	1	2	3	4	5
21	En mi experiencia, Los diagramas de flujo son mas faciles de entender que cualquier otro tipo de visualización	1	2	3	4	5
22	En mi experiencia, prefiero usar parrafos y textos que cualquier otro tipo de visualzación de información.	1	2	3	4	5
23	Entiendo mis propias notas de clase mas que cualquier otro tipo de visualización de información	1	2	3	4	5
	TECNICAS INDIVIDUALES DE APRENDIZAJE	*Nunca*		*Algunas veces*		*Siempre*
24	En un libro o texto, resalto ideas	1	2	3	4	5
25	Hago resumenes de los conceptos que leo o que acabo de escuchar	1	2	3	4	5
26	Elaboro tablas o diagramas a manera de resumen o herramienta de estudio	1	2	3	4	5
27	Antes de una clase magistral, hago una lectura preliminar acerca del tema	1	2	3	4	5
28	Hago preguntas a mi mismo respecto al tema que he revisado	1	2	3	4	5
29	Hago re-lectura en voz alta del contenido que acabo de leer	1	2	3	4	5
30	Relaciono los nuevos aprendizajes con conceptos que he aprendido anteriormente	1	2	3	4	5
31	Aparte de utilizar los textos requeridos para una clase, busco por iniciativa propia otras fuentes de información	1	2	3	4	5
32	Cuando aprendo un contenido, lo describo en mis propias palabras	1	2	3	4	5
33	Realizo notas al margen de las ideas mas importantes de un parrafo	1	2	3	4	5

34	Busco la idea principal al hacer una lectura	1	2	3	4	5
35	Al leer un contenido, incluso si lo entendí completamente, lo vuelvo a leer.	1	2	3	4	5
36	Tengo mis propias tecnicas para memorizar conceptos	1	2	3	4	5
37	Luego de completar una lectura, me planteo preguntas para confirmar que he comprendido la idea central	1	2	3	4	5
38	Hago resumenes en forma de texto de lo que he aprendido	1	2	3	4	5
39	Cuando estudio un tema, hago mis resumenes utilizo principalmente diagramas	1	2	3	4	5
40	Cuando estudio para un examen, hago diagramas para repasar los contenidos	1	2	3	4	5
ESTRATEGIAS CONGNITIVAS		*Nunca*		*Algunas veces*		*Siempre*
41	Al elaborar un diagrama o resumen, verifico que abarque los contenidos del tema que acabo de aprender.	1	2	3	4	5
42	Cuando resuelvo un caso clinico, resalto las ideas principales del mismo	1	2	3	4	5
43	Cuando voy a hacer una representacion alternativa de una idea o un concepto, elijo primero como la voy representar	1	2	3	4	5
44	Relaciono un nuevo caso clinico, con los casos que ya ha aprendido	1	2	3	4	5
45	Al resolver un caso o problema, analizo los pasos necesarios para resolverlo	1	2	3	4	5
46	Cuando me asignan una tarea me aseguro de entender lo solicitado y como tengo que resolverlo	1	2	3	4	5
47	Uso formas diversificadas de obtener información para realizar una tarea	1	2	3	4	5
48	Al resolver un problema o caso, primero elijo cual es la forma apropiada de resolverlo.	1	2	3	4	5
49	Cuando resuelvo un caso, primero reorganizo y resumo las partes clave del mismo	1	2	3	4	5
50	Antes de resolver un problema, me tomo el tiempo para entender los contenidos e instrucciones antes de resolver el problema.	1	2	3	4	5
51	Cuando presento una evaluación oral o escrita o resuelvo un caso, la mayor presión que percibo es la carga mental.	1	2	3	4	5
52	Cuando presento una evaluación oral o escrita o resuelvo un caso, experimento mucha presión de tiempo o de completar un plazo	1	2	3	4	5
53	Tengo que realizar un gran esfuerzo general para resolver un caso o presentar un examen	1	2	3	4	5
54	Me siento exitoso al terminar una evaluación o al resolver un caso clinico	1	2	3	4	5
55	Me siento inseguro, Irritado o desanimado al entregar una asignación o una evaluación	1	2	3	4	5
INTENCION DE USO DE TECNOLOGIA		*Desacuerdo*		*Indiferente*		*De acuerdo*
56	Si existiera contenido para telefonos moviles, lo usaria para aprender	1	2	3	4	5
57	Estoy dispuesto a usar computadores portatiles en mi aprendizaje de nuevos conocimientos	1	2	3	4	5
58	Estoy dispuesto a usar internet como parte de mi estudio o entrenamiento	1	2	3	4	5
59	Estoy dispuesto a usar agendas PDA o celulares para apoyar mi proceso de aprendizaje de nuevo conocimiento	1	2	3	4	5
60	Prefiero la clase magistral predominantemente sobre cualquier otra forma de enseñanza	1	2	3	4	5
61	Acerca del uso de historias clinicas, prefiero usar documentos en papel para leer/ingresar datos del paciente	1	2	3	4	5
62	Acerca del uso de historias clinicas, prefiero usar computadores para leer/ingresar datos del paciente	1	2	3	4	5
63	Tengo conocimientos basicos de uso de computadores	1	2	3	4	5
64	En mi practica clinica estoy dispuesto a usar computadores como herramienta de trabajo	1	2	3	4	5
65	Califique de 1 a 9 su experiencia a nivel intermedio de dificultad usando computadores (creando bases de datos, haciendo diagramas, etc)	1	2	3	4	5
66	Una sesión de entrenamiento en cuanto a uso de computadores para APRENDER medicina clínica es importante	1	2	3	4	5
67	Una sesión de entrenamiento en cuanto a uso de computadores para PRACTICAR medicina clínica es importante	1	2	3	4	5
68	Si existiera una clase de informática médica, la incluirÍa dentro de mi formación	1	2	3	4	5
BARRERAS DE APRENDIZAJE		*Desacuerdo*		*Indiferente*		*De acuerdo*
69	Aprender acerca de computadores es dificil por los costos de adquisicion	1	2	3	4	5
70	El uso de tecnologia incrementa mis posibilidades de aprendizaje en medicina	1	2	3	4	5
71	Para leer contenido prefiero usar documentos en fisico en lugar monitores de computador	1	2	3	4	5
72	Para leer contenido prefiero usar monitores de computador que usar documentos en fisico	1	2	3	4	5

	SATISFACCION PERSONAL ACERCA DEL PROCESO DE APRENDIZAJE	*Desacuerdo*		*Indiferente*		*De acuerdo*
73	Me siento satisfecho con la forma en la que aprendo nuevos conocimientos	1	2	3	4	5
74	Al terminar las clases, siento que se cumplieron mis expectativas acerca de la misma	1	2	3	4	5
75	Usualmente entiendo la totalidad de los contenidos de la clase	1	2	3	4	5
76	He mejorado mis tecnicas de aprendizaje con el tiempo	1	2	3	4	5
77	Siento que mi aprendizaje es PRINCIPALMENTE producto de mis formas de procesar nuevos conceptos	1	2	3	4	5
78	Me siento motivado basado en los metodos y técnicas de aprendizaje que utilizo	1	2	3	4	5
	POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI UD. DESEMPEÑA ACTIVIDADES DE DOCENCIA					
	ACERCA DE LA PRACTICA ACADEMICA	*Nunca*		*Algunas veces*		*Siempre*
79	Cuando un tema es complejo para los estudiantes, modifico el abordaje que le doy a los temas	1	2	3	4	5
80	Al inicio de las clases, ofrezco un indice de contenidos a los estudiantes	1	2	3	4	5
81	Uso diagramas o imágenes para determinar las competencias de los estudiantes	1	2	3	4	5
82	Uso pretests para evaluar a los estudiantes antes de dictar una materia	1	2	3	4	5
83	Uso el dialogo para evaluar el nivel academico de los estudiantes	1	2	3	4	5
84	Uso mapas conceptuales como herramienta de aprendizaje	1	2	3	4	5
85	Uso herramientas practicas para evaluar el desempeño de los estudiantes	1	2	3	4	5
86	Uso ensayos o trabajos escritos dentro de la evaluación o desempeño de los estudiantes	1	2	3	4	5
87	Uso examenes orales para evaluar el desempeño de los estudiantes	1	2	3	4	5
88	Uso tests para determinar el desempeño de los estudiantes	1	2	3	4	5
	ESTRATEGIAS DE DOCENCIA	*Desacuerdo*		*Indiferente*		*De acuerdo*
89	Enfatizo a los estudiantes la importancia de tener actitud proactiva hacia el autoaprendizaje	1	2	3	4	5
90	Al tratar casos clinicos o temas complejos, enseño a los estudiantes como descomponerlo en partes.	1	2	3	4	5
91	Enseño estategias acerca de como representar conceptos de otras formas que resulten didacticas y educativas	1	2	3	4	5
92	Animo a los estudiantes a que expliquen los contenidos aprendidos en sus propias palabras o ideas	1	2	3	4	5
93	Enfatizo la conexión del tema que estoy enseñando con temas previamente aprendidos por los estudiantes	1	2	3	4	5

Adaptado - Pinzón, O. &. (2010). *Surveying Information Visualization Usage in Faculty and students of the medicine school at the National University of Colombia.* Houston TX. : School Health Information Sciences Health Science Center - University of Texas at Houston .

Anexo 2. Preguntas sobre cómo se desarrolla la práctica clínica. dirigida a residentes

Señor(a) Residente, comedidamente solicito su colaboración en desarrollo de una investigación relacionada con la didáctica de la medicina, que se encuentra en proceso de desarrollo. Para ello, le solicito contestar de la manera más sincera posible los siguientes interrogantes relacionados con su rol como residente, relacionadas con su proceso de formación.

- De acuerdo a su complejidad plantee la secuencia lógica de pasos que usted desarrolla durante la consulta con una paciente, por ejemplo 1. Anamnesis y/o Historia clínica luego que hace:

  _____
  _____
  _____

- Describir el contexto – situación sobre la cual, cree usted que se presenta el problema y/o motivo de consulta.

  _____
  _____
  _____

- Describa las posibles soluciones y/o conducta a seguir dependiendo del motivo de consulta.

  _____
  _____
  _____

- Escriba las posibles soluciones y con qué criterio las escoge.

  _____
  _____
  _____

- Sí hace consulta con un docente cuál es el rol del docente… como actúa el docente, y como actúa usted como residente y/o estudiante de medicina.

  _____
  _____
  _____

- Usted como residente se plantea Hipótesis sobre el estado de la paciente, describa que aspectos tiene en cuenta para plantearse las hipótesis y como las utiliza en la solución del problema y/o motivo de consulta.

_____
_____
_____

- Qué conocimientos previos tiene en cuenta para plantear la solución del motivo de consulta y como inciden los conocimientos previos en la toma de decisiones en la relación con la paciente.

_____
_____
_____

- Cuál es el objetivo final y/o meta que se plantea para resolver el problema y/o motivo de consulta.

_____
_____
_____

- Enumere y explique las posibles dificultades que puede tener para resolver el problema y/o motivo de consulta satisfactoriamente.

_____
_____
_____

- ¿Qué es lo más importante en práctica clínica? Enumere y explique.

_____
_____
_____

- ¿Qué proyectos de investigación cree usted que se podrían desarrollar de los interrogantes no resueltos durante la consulta?

_____
_____
_____

- Luego de finalizar la consulta, usted como residente se auto referencia frente al proceso de la consulta. Explique.

  _____
  _____
  _____

ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS

¿Es consciente de lo que piensa sobre la actividad o problema? Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Comprueba sus hipótesis y sus preconcepciones sobre la aparición del motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Intenta descubrir las ideas principales o la información relevante en la comprensión del motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Intenta comprender los objetivos del motivo de consulta antes de ponerse a resolverla?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

Es consciente de qué técnica o estrategia de pensamiento usa y/o cuando usarla en la resolución de un motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Identifica y corrige los errores durante la resolución del motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Se pregunta cómo se relaciona la información importante de la actividad con lo que ya sabe?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Intenta concretar que se le pide a una paciente cuando está en consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Reflexiona sobre el significado de lo que le pide la paciente durante la consulta antes de empezar a resolver el motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Es consciente de los procesos de pensamiento que utiliza (de cómo y en que está pensando) durante cualquier actividad académica?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Hace un seguimiento de los procesos y sí es necesario cambia sus técnicas y estrategias?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Utiliza múltiples técnicas de pensamiento o estrategias para resolver el problema y/o motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Antes de empezar a atender una paciente en consulta, decide primero como abordarla?
Si__ o No ___

Explique:_____
_____
_____

¿Es consciente de su esfuerzo por intentar comprender el motivo de consulta antes de empezar a resolverlo
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Comprueba su precisión a medida que avanza en la resolución del motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Selecciona y organiza la información relevante para resolución del motivo de consulta?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Se esfuerza por comprender la información clave de lo que la paciente quiere consultar antes de intentar resolverla?
Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

Desarrollar y promover en el estudiante la reflexión, para una formación en ética y valores, que armonice sus relaciones con los pacientes, colegas y personas relacionadas con su desempeño como profesional y ciudadano.

Este es un objetivo de la carrera de medicina. ¿Cree usted que si se logra?

Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

Promover en el estudiante una actitud investigativa, por medio de los diferentes componentes del currículo, en particular del componente flexible, para motivar, vincular y desarrollar en él una actitud crítica, un pensamiento creativo y hacerlo así intelectualmente más autónomo.

Este es un objetivo de la carrera de medicina. ¿Cree usted que si se logra?

Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

Favorecer la formación integral del estudiante a través del trabajo interdisciplinario con otras áreas del conocimiento, aprovechando sus aptitudes e intereses para fortalecer el espíritu institucional de la Facultad y de la Universidad.

Este es un objetivo de la carrera de medicina. ¿Cree usted que si se logra?

Si__ o No ___
Explique:_____
_____
_____

¿Qué entiende por formación Integral, de un ejemplo?
_____
_____

Adaptado Escobar, A. (2006). *Análisis Crítico de Género del discurso médico sobre la andropausia y menopausia en un hospital universitario.* Bogotá.: Universidad Nacional de Colombia.

Anexo 3. Entrevista con los docentes para establecer cómo se da la enseñanza de la medicina.

Señor(a) docente Comedidamente solicito su colaboración en desarrollo de una investigación relacionada con la didáctica de la medicina, que se encuentra en proceso de desarrollo. Para ello, le solicito contestar de la manera más sincera posible los siguientes interrogantes relacionados con su rol como docente, pedagogía, estrategias de aprendizaje.

- ¿Qué metodología docente utiliza en los procesos de enseñanza estudiantes de postgrado? Explique.
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

- Enumere los contenidos que enseña.
  _____
  _____
  _____

- Como promueve el autoaprendizaje, que actividades desarrolla.
  _____
  _____
  _____

- Cómo se desarrolla la práctica clínica en los estudiantes de postgrado, enumere los aspectos que usted considera más importantes
  _____
  _____
  _____

- Que pedagogía utiliza para promover los procesos de enseñanza aprendizaje. Por ejemplo si es clase magistral, seminario, charla, conferencia.

  _____
  _____
  _____

- Cómo evalúa los aprendizajes en los estudiantes de postgrado. Por ejemplo: Parciales escritos, orales, trabajos escritos. Etc. Explique

  _____
  _____

- Qué proceso se desarrolla para dar solución a los problemas y/o interrogantes que surgen en clase.

  _____
  _____

- ¿Qué proceso se desarrolla para dar solución a los motivos de consulta, se plantea alguna estrategia? Enumere y explique.

  _____
  _____

- ¿Los estudiantes investigan? Como se da el proceso de investigación en los estudiantes, que actividades de investigación se desarrollan durante la formación de los residentes._____
  _____
  _____

- Considera usted que con los procesos que usted promueve en el aula de clase los residentes han adquirido aprendizajes que les desarrollan integralmente como profesionales? Si o no Explique_____
  _____
  _____
  _____

Adaptado de Cordón, R. (2008). Enseñanza y Aprendizaje de Procedimientos científicos (contenidos procedimentales) en la educación secundaria obligatoria: Análisis de la situación, dificultades y perspectivas. Departamento de Didáctica de las ciencias experimentales.

Anexo 4. Guion de observación de un clase de y postgrado ginecología y obstetricia

Semestre					
Clase					
¿En qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones? señale en la casilla , según la respuesta nunca, casi nunca , algunas veces, Casi siempre, siempre…					
Desde el perfil del docente	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Le dedica tiempo a sus alumnos para resolver dudas, ideas preconcebidas o prejucios	1	2	3	4	5
El docente aclara/refuerza los conceptos aprendidos por los estudiantes	1	2	3	4	5
El docente repasa las bases conceptuales previas al abordaje de un tema	1	2	3	4	5
Hay clima de empatia en la relación docente - estudiante	1	2	3	4	5
Hay situaciones de conflicto en la relación docente - estudiante	1	2	3	4	5
Desde el perfil del estudiante	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
El estudiante refleja aprendizaje suficiente de los contenidos abordados	1	2	3	4	5
El estudiante realiza analogias desde lo vivencial o lo presente, respecto al contenido	1	2	3	4	5
Aporta espontáneamente ejemplos, sugerencias, propuestas, iniciativas para mejorar su trabajo en el aula	1	2	3	4	5
El rol que ejerce es repetidor de la informacion- protagonista se queda al margen- colabora-niega- colabora-se interesa- se desinteresa De qué, cuanto, por qué….	1	2	3	4	5
Se presentan procesos de negacion o de marginalizacion en el aprendizaje de los contenidos	1	2	3	4	5
Se presentan procesos de participacion o colaboracion espontanea por parte de los estudiantes	1	2	3	4	5
Hay clima de empatia en la relación del estudiante hacia el docente.	1	2	3	4	5
Hay situaciones de conflicto en la relación del estudiante hacia el docente.	1	2	3	4	5
El ambiente físico	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
EL entorno fisico de aprendizaje es confortable (temperatura, acustica, iluminacion)	1	2	3	4	5
El ambiente fisico de aprendizaje es adecuado (dotacion fisica,tecnologica, etc	1	2	3	4	5
El contexto institucional	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Hay entorno politico y academico que respalde los procesos de enseñanza especificos para esta linea de estudio	1	2	3	4	5
Tipo de comunicación de la información:	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre

Tipo de actividades	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Las actividades académicas que se desarrollan en el aula son suficientes para los procesos de aprendizaje	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
Hay sustento bibliografico de los contenidos planteados	1	2	3	4	5
Las actividades de enseñanza no magistral (tareas, actividades, trabajo de laboratorio, trabajos prácticos, proyectos, clases teóricas - prácticas, etc(son asumidas positivamente por los estudiantes	1	2	3	4	5
Las actividades de enseñanza no magistral (tareas, actividades, trabajo de laboratorio, trabajos prácticos, proyectos, clases teóricas - prácticas, etc(son asumidas como cargas o con indiferencia por los estudiantes	1	2	3	4	5
El clima de enseñanza -aprendizaje es aburrido	1	2	3	4	5
El clima de enseñanza -aprendizaje es repetitivo/monotono	1	2	3	4	5
El clima de enseñanza -aprendizaje es superficial en contenidos	1	2	3	4	5
El clima de enseñanza -aprendizaje es formativo y motivacional	1	2	3	4	5
Estrategias pedagogicas.	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Son suficientes y adecuadas para el contenido expuesto	1	2	3	4	5
Son coherentes y pertinentes con la linea de topicos a tratar	1	2	3	4	5
Hay adecuada correlacion de teoria con practica	1	2	3	4	5
Se alternan con actividades individuales con actividades grupales	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Se alternan con actividades individuales con actividades reflexivas	1	2	3	4	5
Se alternan con actividades individuales con actividades cooperativas o grupales	1	2	3	4	5
Se alternan con actividades individuales con ejemplificaciones suficientes	1	2	3	4	5
Se hacen propuestas, manejan sugerencias, se proponen aportes.	1	2	3	4	5
Los docentes	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Tienen objetivos al plantear los contenidos a tratar	1	2	3	4	5
Fomentan el aprendizaje en forma activa	1	2	3	4	5
Interactuan con el medio al que tratan de darle sentido	1	2	3	4	5
Los saberes	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Son adquirirdos a traves de la interaccion con el medio social físico y cultura	1	2	3	4	5
La apropiación del conocimiento supone un proceso activo, el individuo contrasta sus propios significados para ver si se adecuan a la situación.	1	2	3	4	5
Los estudiantes construyen significado de la realidad que los rodea.	1	2	3	4	5
Las ideas previas	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Ejercen en ocasiones un obstaculo para la adquisición de nuevos saberes	1	2	3	4	5
Los sujetos construyen sentido para generar una forma de ver algo y a travésde esto entienden el mundo que los rodea.	1	2	3	4	5

El aprendizaje	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Implica un cambio comceptual este cambio compromete a estudiantes y docentes en sus puntos de vista respecto a la enseñanza y el aprendizaje.	1	2	3	4	5
Competencias	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Se fomenta la capacidad de análisis, síntesis y evaluación	1	2	3	4	5
Se promueve la capacidad de organización y planificación	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
Se fomenta la capacidad de abstracción: capacidad de crear y utilizar modelos que reflejen situaciones reales.	1	2	3	4	5
Se promueve la capacidad de buscar, relacionar y estructurar información proveniente de diversas fuentes y de integrar ideas y conocmientos	1	2	3	4	5
Se promueve la resolución de problemas	1	2	3	4	5
Se fomenta la capacidad de tomar decisiones	1	2	3	4	5
Se promueve la capacidad para argumentar y justificar lógicamente las decisiones tomadas y las opiniones	1	2	3	4	5
Personales	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Se favorece la capacidad de actuar autónomamente	1	2	3	4	5
Se favorece la capacidad de integrarse rápidamente y trabajar eficientemente en equipos interdiciplinarios y de colaborar en un entorno multidisciplinar	1	2	3	4	5
Se fomenta la capacidad de relación interpersonal	1	2	3	4	5
Sistémicas	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	siempre
Razonamiento Crítico	1	2	3	4	5
Reflexividad	1	2	3	4	5
Liderazgo	1	2	3	4	5
Creatividad	1	2	3	4	5
Tener iniciativa y ser resolutivo	1	2	3	4	5
Tener motivación para la relación	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
La bibliografia y los recursos varios son los adecuados a los parametros enunciados por calidad educativa	1	2	3	4	5
La utlización del espacio y del tiempo estan acordes con los lineamientos de la transformacion educativa	1	2	3	4	5
Adapatado de: LORENZO, E. Cuadernos de Investigación educativa Vol. 1 No.9 Noviembre 2001. Publicación semestral del Instituto de					
Universidad ORT Uruguay . Escuela Superior de Enxeñeria Infromatica departamento de Informatica. Materia: Administración y diseno de bases de datos.					

Anexo 5. Guion de observación de consulta médica.

	Observador			HORA		
	Lugar			INICIO		
	Fecha			TERMINACION		
	Consulta					
	Objetivo					
	Categoria					
			NEGOCIA	CHOQUE	CRITICA	ACEPTA
CONTENIDO	Profesional	Narrativas presentes en las respuestas sobre el motivo de consulta y/o problema				
		Narrativas presentes en las respuestas sobre el tratamiento				
	Paciente	Narrativas presentes en la pregunta sobre el problema y/o el motivo de consulta				
		Narrativas presentes en la pregunta sobre el tratamiento y/o motivo de consulta				
			SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
FORMA	Profesional	Explica, clarifica y utliza ideas que la paciente tiene sobre menopausia				
		Prioriza la comunicaci'on no verbal				
		Prioriza la comunicacion verbal y da isntrucciones normas o indicacione que se espera que la paciente cumpla				
		Elogia y anima la accion o compotamiento de la paciente				
	Paciente	Acepta las indicaciones e instrucciones acerca del tratamiento que siguere el profesional				
		Silencio, confusion, pausas, periodos breves, el observador no comprende la comunicaci'on, prioriza la comunicacion no verbal				
		Prioriza la comunicación verbal				
RESOLUCION DE PROBLEMAS	Profesional	Análisis de la situación				
		Emisión de la hipotesis				
		Elaboración de estrategias de resolución-solicutud de laboratorios y paraclínicos				
		Resolución del problema - diagnóstico				
		Planteamiento del problema y-o motivo de consulta				
	Paciente	Adherencia al tratamiento				
		Practicarse los examenes				
		Tomarse los medicamentos				

Adaptado de Escobar, A. (2006). *Análisis Crítico de Género del discurso médico sobre la andropausia y menopausia en un hospital universitario*. Bogotá.: Universidad Nacional de Colombia.

Anexo 6. Escala para medir estrategia cognitiva y de control de aprendizaje

	Pregunta Orientadora: Cómo se contribuye la formación de los residentes de Obstetricia y Ginecología en las dimensiones cognitiva, metacognitiva y comunicativa y la relación médico-paciente con el desarrollo en el aula de un módulo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia construido desde el modelo didáctico de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)?
	•Objetivo Específico: Describir los cambios en la formación (dimensiones cognitiva, metacognitiva y comunicativa) de los residentes de obstetricia y ginecología en el tema del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación medico-paciente, luego de la aplicación de módulo construido desde el modelo didáctico de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).
	ITEMS DE ESCALA ACRA-ABREVIADA PARA ALUMNOS UNIVERSITARIOS
No.	**Item DIMENSION I.. ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y DE CONTROL DEL APRENDIZAJE - COGNITIVO**
1	Elaboro los resumenes ayudandome de las palabras o frases anteriormente subrayadas (co32)
2	Hago resumenes de los estudiado al final de ccada tema (co31)
3	Resumo lo más importante de cada uno de los apartados de un tema, leccion o apuntes (co30)
4	Construyo los esquemas ayudándome de las palabras y las frases subrayadas o de los resúmenes hechos (co34)
5	Dedico un tiempo de estudio a memorizar, sobre todo, los resúmenes, los esuemas, mapas conceptuales, diagramas, mapas coceptuales, matrices…) hechos a la hora de estudiar (re4)
6	Antes de responder a un examen evoco aquellos agrupamientos de cnceptos (resúmenes, esquemas, secuencias, diagramas, mapas conceptuales, matrices…) hechos a la hora de
7	En los libros, apuntes u otro material a parender, subrayo en cada párrafo las palabras, datos o frases que me parecen más importantes (ad5)
8	Empleo los subrayados para facilitar la memorizacion (ad8)
9	Hago uso de boligrafos o lápices de distintos colores para favorecer el aprendizaje (ad7)
10	Utilizo signos (admiraciones, asteriscos,dibujos…) algunos de ellos solo inteligibles por mi, para resaltar aquellas informaciones de los textos que considero especialmente
11	Soy consciente de la importancia que tienen las estrategías de elaboración, las cuales me exigen establecer distintos tipos de relaciones entre los contenidos del material de estudio (dibujos o gráficos, imágenes mentales, metáforas, autopreguntas, paráfrasis…) (ap3)
12	He caido en la cuenta del papel que juegan las estrategías de arendizaje que me ayudan a memorizar lo que me interesa, mediante repetición y nemotecnias (ap2)

11	Soy consciente de la importancia que tienen las estrategías de elaboración, las cuales me exigen establecer distintos tipos de relaciones entre los contenidos del material de estudio (dibujos o gráficos, imágenes mentales, metáforas, autopreguntas, paráfrasis...) (ap3)
12	He caido en la cuenta del papel que juegan las estrategías de arendizaje que me ayudan a memorizar lo que me interesa, mediante repetición y nemotecnias (ap2)
13	He pensado sobre lo importante que es organizar la información haciendo esquemas, secuencias, diagramas, mapas conceptuales, matrices (ap4)
14	He caido en la cuenta que es beneficioso (cuando necesito recordar informaciones para un examen, trabajo, etc.) buscar en mi momoria las nemotecnias, dibujos,mapas conceptuales,
15	Me he parado a reflexionar sobre cómo preparo la información que voy a poner en un exmanen oral o escrito (asociación libre, ordenación en un guión, completar el guión,
16	Para cuestiones importantes que es dificil, busc datos secundarios, accidentales o del contexto, con el fin de poder llegar a acordarme de lo importante (re5)
17	Me ayuda a recordar lo aprendido el evocar sucesos, episodios o anécdotas (es decir "claves"), ocurridos durante la clase o en otros momentos del aprendizaje (re6)
18	Cuando tengo que exponer algo, oralmente o por ewxrito, recueso dibujos, imagnees, metáfras…mediante los cuales elaboré la información durante el aprendizaje (re3)
19	Frente aun problema o dificulta considero, enprimer lugar, los datos que conozco antes de aventurarme a dar una solución intuitiva (re 17)
20	Antes de realizar un trabajo escrito cofecciono un esquema, guión o programa de los puntos a tratar (re16)
21	Cuando tengo que contestar a un tema del que no tengo datos, genero una respuesta äproximada"haciendo inferencias a partir del conocimiento que poseo o transfiriendo ideas relacionadas de otros temas (re18)
22	Antes de empezar a hablar o a escribir, pienso y preparo mentalmente lo que voy a decir o escribir (re11).
23	Para recordar una informacion primero la busco en mi memoria y después decido si se ajusta a lo que me han preguntado o quiero responder (re10)
24	Durante el estudio escribo o repito varias veces los datos importantes o más difíciles de recordar (ad11)
25	Cuando el contenido de un tema es denso y difícil vuelvo a releerlo despacio (ad12)

Adaptado de Román, J. & Gallego, S. (1994) Escala ACRA- Abreviada para alumnos universitarios, Escala de Estrategia de Aprendizaje.

Anexo 7. Escala para medir la metacomprensión en los procesos metacognitivos.

Pregunta Orientadora: Cómo se favorecen en los residentes de obstetricia y ginecología los procesos comunicativos, metacognitivos y cognitivos en el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico-paciente con el diseño, aplicación, evaluación y validación de un módulo sobre el manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia y la relación médico-paciente con los fundamentos teóricos del modelo didáctico centrado (ABP).
Objetivo especifico: Describir los cambios en la formación integral(dimensiones cognitiva, metacognitiva y comunicativa) de los residentes de obstetricia y ginecología en el tema del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación medico paciente, luego de la aplicación de módulo construido desde el modelo didáctico de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).
EL ESCOLA combina en Sus formulacion ítems compuestos de procesos, variables y comportamientos estrátegícos. A continuación presentamos algunos ejemplos de preguntas que se corresponden con cada una de las categorías y que se tomaron como base en la elaboración de los ítems de eleccion múltiples del ESCOLA
PLANIFICACION PERSONA:
Por qué vas a leer este texto? **Crees que vas a ser capaz de entenderlo? Por qué ?** **Crees que vas a aprender älgo"una vez terminada la lectura?** **Puedes leer con "ruido"o te concentras mejor si estás solo y no tienes distracciones alrededor?**
PLANIFICACION TAREA:
Cómo te planteas realizar esta lectura? De manera rápida, sólo leyendo lo subrayado o lo destacado? **De forma lenta para reflexionar sobre toda la información que puedas extraer?** **De forma lenta para reflexionar sobr puedas extraer?e toda la información qu** **Crees que depende del tiempo que tienes para ller, el realizar una lectura rápida o lenta?**
SUPERVICISION PERSONA:
Si te encuentras durante la lectura, alguna palabra, expresión o parráfo que no entiendes, - sabes qué puedes hacer? **A mitad de la lectura, nos detenos y nos cuestionamos: puedes plantear alguna idea de lo que va a suceder en la lectura después de lo que has leído hasta ahora?** **Si te distraes durante la lectura, - sabes por qué? Sabes poner solución a eso?**
SUPERVISION TAREA:
Formúlate preguntas en voz alta según vayas avanzado en la lectura (utiliza los márgenes para escribirlas, sí es necesario). Esto te ayudará a no distraerte y favorecerá tu concentración. **Lee buscando ideas y no palabras. Te ayudará a comprender mejor el texto.**
SUPERVISION TEXTO:
Observando los dibujos ilustraciones, - crees que te ayudan a entender mejor el texto? Por qué? **Crees que es interesante que algunas palabras del texto aparezcan escritas en cursiva o subrayadas o en negrita? Por qué?**

EVALUACIÓN PERSONA:
Con qué otras asignaturas que tienes tú ahora podrías relacionar esta lectura? Cual te gusta más a ti? Por qué? **Te ha gustado la lectura? Por qué?** **Qué has aprendido?**
EVALUACION TAREA:
Eres capaz de repetir en voz alta, con tus propias palabras, lo que has entendido? **Con la lectura delante, realiza un esquema y después fijandote sólo en el esquema, explica la lectura en voz alta.** **Puedes responder a las preguntas que te has planteado en el proceso anterior(supervision tarea)**
EVALUACION TEXTO:
Escribe otro titulo para esa lectura **Inventa otro final para esa lectura** **Resume esta lectura por escrito** **Texto cloze, en estilo narrativo o en mapa conceptual: "Rellena los huecos que faltan"** **Elabora un cuestionario sobre el texto leído, pero presentándole al alumno sólo las respuestas para que él escriba las preguntas.**

Adaptado de Jímenez, V., Puentes, A. , Alvarado, Jesús. & Arrebillaga, L.
Medición de Estrategias metacognitivas Mediante la Escala de Conciencia Lectora: ESCOLA. España. 2009

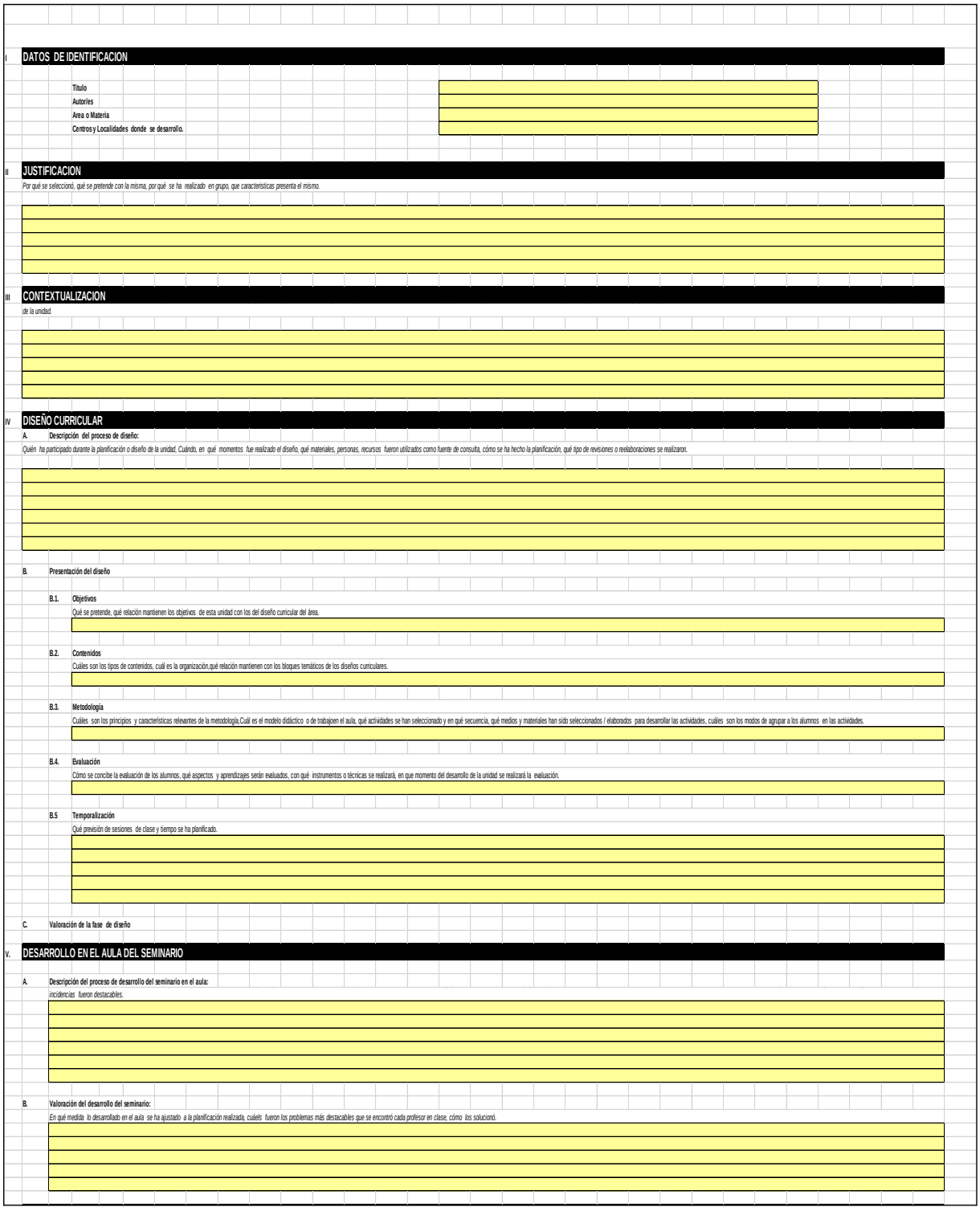
Anexo 8. Aprendizaje basado en problemas (abp) en la formación de residentes de obstetricia y ginecología.

	Objetivo General: Presentar una propuesta educativa con el modulo Del manejo integral de la paciente de cli menopausia construido a partir del modelo didáctico del Aprendizaje basado en Problemas (ABP) que favore formación del residente de la especialidad de obstetricia y ginecología.			
	Pregunta orientadora : Cómo se fortalece la práctica clínica, favoreciendo la forma como se comunican los resi pacientes desde el diseño, validación, aplicación y evaluación de un módulo del manejo integral de la paciente y menopausia construido con el modelo didáctico del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)?			
	Módelo Didáctico del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)			
	Módulo: Manejo Integral de la Paciente de Climaterio y Menopausia.			
	GUION DE OBSERVACION RELACION MEDICO-PACIENTE -ENTREVISTA - COMUNICACIÓN			
	ESCALA CICAA: MODELO ESTÁNDAR			
	DATOS GLOBALES:			
	PROYECTO	CLAVE	OBSERVADOR	
	Tiempo total de consulta (S y Min):____ ____ Hasta explorar (S):____ Exploración (s): ____			
	Profesional: M ___ F ___ Tipo: Residente:____ Estudiante:_____			
	Motivo de consulta :			
	Especialidad /Año /Curso Docente: Sí___ No:____ Proceso: Agudo____ Crónico____			
	Paciente: M____ F:____ Acompañada: Sí _____ NO: _____ Visita: Inciial_____ Revisión:____			
	TAREA 1. CONECTAR	NP	0	1
1.	En qué medida el residente recibe adecuadamente al paciente?			
2.	En qué medidia el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?			
3.	En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?			
4.	En qué medidia el lenguaje no verbal del profesional es adecuado?			
5.	En qué medida el residente muestra empatía en los momentos oportunos?			
6.	En qué medida el residente cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?			
	Observaciones y Comentarios (Establecer y Mantener una relación)			
	TAREA 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS			
7.	En qué medida el residente ha mostrado una reactividad adecuada?			
8.	En qué medida el residente facilita el discurso del paciente?			
9.	En qué medida el residente establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?			
10.	En qué medida el residente capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?			
	Observaciones y Comentarios (Escucha Activa)			
11.	En qué medida el residente emplea preguntas abiertas?			
	Observaciones y Comentarios (Preguntas)			
12.	En qué medida el residente ha explorado la idea que tenia el propio paciente sobre el origen y/o la cuasa de su síntoma o proceso?			
13.	En qué medida el residente ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?			
14.	En qué medida el residente ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?			

Observaciones y Comentarios (Identificar e Integrar los problemas)				
En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
En qué medida el profesional trata de explicar la evaluación que puede seguir el proceso?				
En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
Observaciones y Comentario (Información Personalizada y Comprensible)				
En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ? En qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?				
En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
En que medida el profesional consigue compromisos explicitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
Observaciones y Comentarios (Participación en la Toma de Decisiones y negociación)				
NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptamente; (2): Casi totalmente o totalmente.				
He revisado el cumplimiento de todos los ítems _____				
PUNTUACION TOTAL / n. ítems con NP.				
Comentarios Y Notas :				
Decisiones con Opciones				
En que Medica el residente expone o favorece la exposición de posibles opciones para el diagnostico / tratamiento?				
En qué medida el profesional informa sobre las diferentes opsicones?				
En qué medida el profesional permite al paciente hacer preguntas sobre las opciones o el proceso de toma de decisiones?				
En qué medida el profesional explora el grado de participación que desea tener el paciente en la toma decisiones?				

Adaptado de Ruiz, R. Escala para Valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Grupo Comunicación & Salud. Esteve. 2006

Anexo 9. Esquema básico del informe



I DATOS DE IDENTIFICACION

Titulo
Autories
Area o Materia
Centros y Localidades donde se desarrollo.

II JUSTIFICACION

Por qué se seleccionó, qué se pretende con la misma, por qué se ha realizado en grupo, que características presenta el mismo.

III CONTEXTUALIZACION

de la unidad.

IV DISEÑO CURRICULAR

A. Descripción del proceso de diseño:

Quién ha participado durante la planificación o diseño de la unidad. Cuándo, en qué momentos fue realizado el diseño, qué materiales, personas, recursos fueron utilizados como fuente de consulta, cómo se ha hecho la planificación, qué tipo de revisiones o reelaboraciones se realizaron.

B. Presentación del diseño

B.1. Objetivos

Qué se pretende, qué relación mantienen los objetivos de esta unidad con los del diseño curricular del área.

B.2. Contenidos

Cuáles son los tipos de contenidos, cuál es la organización,qué relación mantienen con los bloques temáticos de los diseños curriculares.

B.3. Metodología

Cuáles son los principios y características relevantes de la metodología,Cuál es el modelo didáctico o de trabajoen el aula, qué actividades se han seleccionado y en qué secuencia, qué medios y materiales han sido seleccionados / elaborados para desarrollar las actividades, cuáles son los modos de agrupar a los alumnos en las actividades.

B.4. Evaluación

Cómo se concibe la evaluación de los alumnos, qué aspectos y aprendizajes serán evaluados, con qué instrumentos o técnicas se realizará, en que momento del desarrollo de la unidad se realizará la evaluación.

B.5 Temporalización

Qué previsión de sesiones de clase y tiempo se ha planificado.

C. Valoración de la fase de diseño

V. DESARROLLO EN EL AULA DEL SEMINARIO

A. Descripción del proceso de desarrollo del seminario en el aula:

incidencias fueron destacables.

B. Valoración del desarrollo del seminario:

En qué medida lo desarrollado en el aula se ha ajustado a la planificación realizada, cuáels fueron los problemas más destacables que se encontró cada profesor en clase, cómo los solucionó.

VI. EVALUACIÓN DEL SEMINARIO

A. Evaluación de los alumnos

Qué aspectos y parendizajes fueron evaluados, qué instrumentos o técnicas se emplearon, en qué momentos se realizó la evaluación de los alumnos, cuáles son los resultados mas detacables de los aprendizajes de los alumnos.

B. La evaluación del proceso de elaboración del seminario:

Qué instrumentos han sido utilizados para recoger datos sobre la elaboración y aplicación del proyecto (diarios , encuestas, actas).

VII. CONCLUSIONES

cuáles han sido los aspectos o dimensiones más innovadoras de la unidad experimentada, si se volviera a diseñar y desarrollar este mismo proyecto o unidad didáctica qué se cambiaría del mismo, en qué medida puede resultarle útil a otros compañeros - es generalizable -, en qué medida esta unidad responde a la filosofía y principios de la reforma.

BIBLIOGRAFIA

Listado de documentos, libros, artículos que se han utilizado como fuentes de referencia.

ANEXOS

Materiales utilizados, elaborados, actas, plantillas de observación, de diarios.

Aptado de Area, M. Cuadernos Didácticos. Unidades Didácticas e Investigación en el aula. Un Modelo para el trabajo colaborativo entre profesores. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias/ Librería Nogal Ediciones Las palmas de gran Canaria, Septiembre 1993

Anexo 10. Hoja de consentimiento para observar y grabar la consulta de climaterio y menopausia

Sr. / Sra. _____

El Dr. / Dra. _____está procediendo a grabar su consulta con el propósito de entrenarse para mejorar la calidad de asistencia que presta como médico. Por ello solicita su permiso para hacer.
Tanto sí su consulta es grabada como si no lo es, la entrevista se realizará como es habitual. En el caso de que se proceda a la grabación, se le garantiza que las entrevistas serán vistas por médicos y todo lo tratado será confidencial.

- Por favor, si no tiene inconveniente firme esta hoja.
- Sí después de la entrevista quiere que se borre la grabación, dígaselo al médico y él lo hará.
- Sí___ No___ quiere que su entrevista sea grabada entregue la hija sin firmar al entrar

Gracias por su colaboración.

DOY MI CONSENTIMIENTO, NO TENGO INCONVENIENTES.

Firma y Fecha_____

Adaptado Mondragon, A. L. Formatos para consentimiento informado. Aspectos Eticos de la Especialidad. 2002.

Anexo 11. Encuesta de satisfacción de atención a Pacientes en Obstetricia y Ginecología

	Nombre de paciente						
	Direccion		Fecha de Evaluacion				
	Numero de telefono						
	Nombre del Médico que la atendió						
Seleccione la respuesta que más se aproxima a su percepcion durante la consulta y la relacion con su médico tratante.			**Nunca o total desacuerdo**	**Casi nunca o "con algunas excepciones no"**	**A veces**	**Casi siempre o "con algunas excepciones"**	**Siempre o total acuerdo**
1	El médico es cortés, educado y amable con el paciente.		1	2	3	4	5
2	El médico la saludo al llegar a la consulta		1	2	3	4	5
3	El médico se Preocupa por los sentimientos y necesidades emocionales.		1	2	3	4	5
4	El médico pregunta sobre el estado físico de la paciente y esta al pendiente de la evolución de la sintomatología		1	2	3	4	5
5	El médico respeto su pudor durante el examen		1	2	3	4	5
6	Conoce el nombre del médico que le atendió		1	2	3	4	5
7	El médico explica y se preocupa por que la paciente entienda la información relevante sobre el tratamiento o manejo		1	2	3	4	5
8	El médico le explica en que consiste su problema de salud o enfermedad		1	2	3	4	5
9	El médico toma en cuenta al paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento o manejo médico		1	2	3	4	5
10	El médico le explicó el tratamiento que seguiría		1	2	3	4	5
11	El médico utiliza un lenguaje que el paciente puede entender		1	2	3	4	5
12	El médico pregunta constantemente si puede ayudar al		1	2	3	4	5
13	En general, el médico se ha ganado la confianza del paciente		1	2	3	4	5
14	Considera usted que el médico le resolvieron el probema que tenia cuando vino a consulta.		1	2	3	4	5
15	Sí volviera a necesitar un médico, volveria a pedir consulta con el que la atendió?		1	2	3	4	5

Adaptado de Hernández, C., Saldívar, E., Dávila, A. Elizondo, L. & Ayala, F. Preguntele al paciente: un instrumento evaluador de las competencias de los estudiantes en la rotación de Ginecología y Obstetricia. Educación Médica.

Anexo 12. Evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de Endocrinología Ginecológica – Climaterio y Menopausia.

Tabla 1. Criterios para evaluar la participación diaria de los estudiantes en las sesiones tutoriales de ABP realizada por el tutor. *1: No desarrollada 6: Muy bien desarrollada*

Aplicación de la base de conocimientos	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Muestra evidencia de profundo lectura y fuestes bibliograficas documentales acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Muestra conocimiento amplio y profundo sobre el tema	1	2	3	4	5	6
Es capaz de contestar preguntas y/o exponer sus puntos de vista acerca de el climaterio y la menopausia sin leer sus apunte.	1	2	3	4	5	6
Aplica los conocimientos adquiridos sobre el tema de Climaterio y Menopausia al problema estudiado	1	2	3	4	5	6
Habilidades de Razonamiento Clínico y Toma de Decisiones	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Discrimina la información importante de la que no es importante	1	2	3	4	5	6
Realiza el listado de problemas del paciente de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Jerarquiza los problemas del paciente de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Interpreta (da significado) la información dada en el problema de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Fundamenta sus razonamientos mediante evidencia acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Muestra evidencia y entendimiento crítico de los hechos acerca del climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Muestra habilidad para emitir hipótesis diagnósticas acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Es capaz de tomar decisiones relacionadas con el abordaje diagnóstico del paciente de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Es capaz de tomar decisiones relacionadas con el abordaje terapeutico sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Muestra habilidad para emitir hipótesis diagnósticas alternativas de acuerdo a la nueva información presentada sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Muestra evidencia de seguir un lan de manejo secuencial de los problemas de la paciente de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Es capaz de formular conclusiones acerca del problema de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Aprendizaje Autodirigido (Auto-estudio)	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Define objetivos de aprendizaje acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Da muestra de haber cumplido con los objetivos propuestos acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Da muestra de consultar fuentes bibliograficas diversas y actualizadas sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Hace esfuerzos para mejorar	1	2	3	4	5	6
Si es necesario, busca asesoría para orientar su estudio acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Se empuja a si mismo hasta los límites de su conocimiento y habilidades\Identifica sus áreas de oportunidad acerca del climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Identifica sus áreas de oportunidad acerca del climaterio y la menopausai	1	2	3	4	5	6
Establece metas y propone un plan de acción para mejorar sus áreas de oportunidad acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6

Trabajo Colaborativo	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Trabaja hacia el logro de los objetivos del grupo acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Demuestra habilidades interpersonales efectivas	1	2	3	4	5	6
Se muestra interezado en participar en la discusión acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Comparte fuentes bibliográficas con sus compañeros acerca del climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Respeta las opiniones de otros	1	2	3	4	5	6
Ayuda a los compañeros que van rezagados	1	2	3	4	5	6
Corrige constructiva y fraternalmente a sus compañeros	1	2	3	4	5	6
Tarbaja a la par de los demás.	1	2	3	4	5	6
Actitudes durante la discusión y Profesionalismo	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Aceptó la retroalimentación abiertamente	1	2	3	4	5	6
Reaccionó postivamente a la retroalimentación y a la crìtica	1	2	3	4	5	6
Manejó su impulsividad adecuadamente	1	2	3	4	5	6
Sostiene su punto de vista acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Hace esfuerzos por adecuar su comportamiento a las circunstacias	1	2	3	4	5	6
Muestra habilidad para cambiar su punto de vista de acuerdo a la nueva información sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Asistió a cada clase y llegó a tiempo	1	2	3	4	5	6
Mostró responsabilidad y compromiso	1	2	3	4	5	6
Es honesto	1	2	3	4	5	6
Su apariencia y atuendo corresponde al de un profesional médico	1	2	3	4	5	6

Anexo 12.1. Evaluación del aprendizaje basado en problemas del curso de endocrinología ginecológica.

Tabla 2. Criterios para la Auto-Evaluación 1: No desarrollada 6: Muy bien desarrollada	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Apicación de la Base de Conocimiento	1	2	3	4	5	6
Soy capaz de obtener información adecuada y actual sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Comprendo la fisiología y la patología de l climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Soy capaz de reconocer los signos y síntomas del climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Entiendo el costo/beneficio de las pruebas diagnóticas para el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Soy capaz de interpretar las pruebas diagnósticas para los pacientes con climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Soy capaz de entender las bases del tratamiento para los pacientes con climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Soy consciente del impacto en la morbi-mortalidad causado por el climaterio y lamenopausia	1	2	3	4	5	6
Soy capaz de establecer medidas preventivas para el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Habilidades de Razonamiento Clínico y Toma de Decisiones	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Pude discriminar la información importante de la que no lo es acerca del climaterio y a menopausia	1	2	3	4	5	6
Pude realizar el listado de los problemas del paciente del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Pude jerarquizar los problemas del paciente de Climaterio y Menopausia	1	2	3	4	5	6
Pude interpretar (dar significado) la información dada en el problema acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Fundamenté mis razonamientos mediante evidencia acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Mostre evidencia y entendimiento críticos de los hechos acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Mostre habilidad para emitir hipótesis diagnósticas fundamentadas sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Tomé decisiones relacionadas con el abordaje diagnótico de la paciente de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Tomé decisiones relacionadas con el abordaje terapeútico de la paciente de climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Mostré habilidad para emitir hipótesis diagnóticas alternativas de acuerdo a la nueva información presentada sobre el climaterio y la menopausia.	1	2	3	4	5	6
Mostré evidencia de seguir un plan de manejo secuencial de los problemas de la paciente sobre el climaterio y la menopausia.	1	2	3	4	5	6
Formulé conclusiones acerca del problema de climaterio y menopausia.	1	2	3	4	5	6
Aprendizaje Auto-dirigido (Auto-estudio)	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Definí objetivos de aprendizaje acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Di muestra de haber cumplido con los objetivos propuestos sobre climaterio y menopausia	1	2	3	4	5	6
Di muestra de consultar fuentes bibliografía diversas y actualizadas sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Hice esfuerzos para mejorar	1	2	3	4	5	6
Si fue necesario, busque asesoría para orientar su estudioa acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Me empujé a mi mismo hasta los límites de su conocimiento y habilidades	1	2	3	4	5	6
Identifiqué mis áreas de oportunidad acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Establecí metas y propuse un plan de acción para mejorar mas áreas de oportunidad sobre el climaterio y la menopausia.	1	2	3	4	5	6

Trabajo Colaborativo	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Trabajé hacia el cumplimiento de los objetivos del grupo acera del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Mostré habilidades interpersonales efectivas	1	2	3	4	5	6
Estuve siempre dispuesto a participar en la discusión grupal sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Compartí fuentes bibliográficas acerca del climaterio y la menopausia con mis compañeros	1	2	3	4	5	6
Participé en todas las actividades de grupo	1	2	3	4	5	6
Asistí a tiempo a todas las juntas de equipo y cumplí con las tareas asignadas acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Mostré responsabilidad y compromiso en todas las tareas del equipo	1	2	3	4	5	6
Respeté las opiniones de otros	1	2	3	4	5	6
Ayudé a los compañeros que van rezagados	1	2	3	4	5	6
Corrgí constructiva y fraternalmente a mis compañeros	1	2	3	4	5	6
Trabajé a la par de los demás	1	2	3	4	5	6

Actidudes durante la discusión/ Profesionalismo	No desarrollada					Muy bien desarrollada
Soy capaz de discutir el tema y sostener mi punto de vista acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Asistí a clase diariamente y llegué temprano	1	2	3	4	5	6
Estudié para cada clase sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Realicé mi mejor esfuerzo en cada clase y tarea asignadas acerca del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Siempre estuve dispuesto a participar en la discusión de clase sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Entregué mis tareas a tiempo	1	2	3	4	5	6
Mostré responsabilidad y compromiso en todas las tareas asignadas sobre el tema del climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Estuve abierto a la critica y reaccioné favorablemente	1	2	3	4	5	6
Utilicé la retroalimentación para mejorar mis actitudes	1	2	3	4	5	6
Fui capaz de identificar mis fortalezas y oportunidades sobre el climaterio y la menopausia	1	2	3	4	5	6
Mi apariencia y vestimenta corresponden a la de un profesional médico.	1	2	3	4	5	6

Table 3. Escala de Marcación para la Auto-Evaluación del Estudiante

Base de Conocimientos	
Más de 45 Puntos:	Excelente
Entre 39 y 44 puntos:	Bueno
Entre 32 y 38 puntos:	Regular
Menos de 32 puntos:	Pobre

Trabajo en Equipo	
Mas de 62 puntos:	Excelente
Entre 55 y 61 puntos:	Bueno
Entre 54 y 44 puntos:	Regular
Menos de 44 puntos :	Pobre

Razonamiento Clínco y habilidades para toma de decisiones	
Mas de 68 puntos :	Excelente
Entre 68y 59 puntos:	Bueno
Entre 48 y 59 puntos:	Regular
Menos de 48 puntos:	Pobre

Actitudes y Profesionalismo	
Más de 62 puntos:	Excelente
Entre 55 y 61 puntos:	Bueno
Entre 54 y 44 puntos:	Regular
Menos de 44 puntos:	Pobre

Auto-Aprendizaje	
Mas de 45 puntos:	Excelente
Entre 39 y 44 puntos:	Bueno
Entre 32 y 38 puntos:	Regular
Menos de 32 puntos:	Pobre

Elizondo, L. Evaluacion Formativa y Sumativa de la Sesion Tutorial de Aprendizaje basado en Problemas Utilizando un Sistema de Rúbricas de Referencia, Escuela de Medicina del TEC. De Monterrey. Nuevo León, México. 2004.

Anexo 13. Resultados

Objetivo 1

A continuación se presenta concepciones y comprensiones de los docentes del departamento de ginecología y obstetricia correspondiente al primer objetivo, identificar los procesos de enseñanza –aprendizaje que están promoviendo la formación de los estudiantes de postgrado en el área de obstetricia y ginecología.

1.1 Enseñanza de la MEDICINA.

Históricamente la enseñanza de medicina era a la francesa, muchos de los docentes habían estudiado su carrera en Francia, con el gran patrón, el gran maestro como profesor, o como jefe de servicio en la Clínica. Era una enseñanza basada en el discurso. Los profesores dictaban la clase, teniendo presente su formación humanística y despertaban en los estudiantes admiración por el maestro. Además, el maestro estaba muy distante del estudiante.

-En la **práctica clínica**, en cirugía como estudiantes no se podía hacer nada. Ya después no había residencia sino internado. En el internado de clínica ya se podía operar, pero en la época de estudiante solamente mirar.

Las clases eran magistrales, se echaba su discurso y excepcionalmente había preguntas, los estudiantes tomaban sus apuntes y se iban. No había suficientes docentes y la población estudiantil lejos de quedar paralizada fue en aumento, en el año 1965 se recibían 80 estudiantes por año y luego ya en el 1966 la universidad hizo admisión semestralizada, 80 y 80, y así fueron subiendo. En el 1966 comenzaron a recibir dos promociones, la de mitad de año y la de comienzos de año.

La **evaluación** de los estudiantes también estaba programada al final de cada ciclo, había que hacerles una prueba escrita y verbal, había algunos docentes que acostumbraban a reunirse con los estudiantes de pregrado y residentes se reunían fuera de clase, a debatir sobre diferentes temas, compartiendo literatura, todos participaban, preparaban y leían sobre cualquier tema y planteaban sus preguntas. Eran encuentros muy agradables con el propósito de compartir lo que se sabía acerca de cualquier tema.

La enseñanza era basada, en la confianza, en despertar la curiosidad de los estudiantes para que contribuyeran a completar y a discutir lo que se planteaba en clase. Es decir, había una orientación de tipo seminario, de discusión, que era muy avanzado para esa época, pero en la formación de estos profesores, en lo que se llama hoy día la Universidad Pedagógica, que en ese entonces era simplemente la Escuela Normal Superior, influyó mucho, allí tenían profesores europeos muy bien estructurados, de tal manera que se hizo una buena labor.

La enseñanza era ceñida a los viejos cánones, había que desollar el cadáver hasta el último centímetro, aprenderse de memoria una cantidad de detalles que ni los profesores se sabían pero que si los exigían. Era la memorización más absurda, eso no tenía sentido, no se veía nada de aplicación.

En la enseñanza de la clínica, los estudiantes llegaban en grupo de veinte era muy manejable. A los estudiantes le asignaban a cada uno, dos o tres pacientes. El estudiante tenía que llevar la historia completa del paciente. Cuando ya llegaba el profesor hacer una clase, escogía un paciente de acuerdo con un diagnóstico que tuvieran allí para lo se proponía enseñar, el estudiante que tenía a cargo la historia pasaba a leer la historia y la discutían con la presencia del profesor y del paciente.

La evaluación era muy exigente con base a exámenes orales en donde se les preguntaban a los estudiantes muchos detalles; por ejemplo se les preguntaba por la fosa cigomática y sí el estudiante no contestaba, el examen oral, el docente podía seguir preguntando por la misma línea profundizando en preguntas del mismo tema, que fácilmente hacían que el estudiante perdiera la materia o se podía perder el semestre y entonces el docente le podían decir al estudiante, "doctor lamentamos informarle que usted no nos acompaña el próximo año".

La evaluación era severa muy exigente, tocaba estudiar la obra de Testit, era una anatomía en cinco volúmenes y había que memorizarlo, los profesores evaluaban los aprendizajes pidiendo detalles, que algunas veces no tenían importancia, otras veces sí.

Los exámenes escritos, las calificaciones iban de uno a cinco. Los profesores hacían un examen escrito, era de pregunta de selección marcar sí o no. Y otros eran de temas cortos para desarrollarlos se tomaban entre una o dos horas, la evaluación era de pregunta abierta. Los exámenes de anatomía tenían dos aspectos, por un lado, el examen oral ante el jurado y después le asignaban a una disección para que fuera al anfiteatro hiciera la disección, después iba el jurado y le preguntaba sobre la disección, qué es esto, qué relaciones tiene este nervio con estas otras cosas, o víscera

El internado era por concurso y se podía hacer desde cuarto año. El que aprobaba cuarto año ya podía presentarse al concurso y según la calificación y lo que resultara podía ser nombrado como Interno Titular; de los que ganaban el concurso, iba el que sacaba la mejor calificación y escogía a que especialidad o a que clínica se iba y así hasta que quedaban todos distribuidos. Esos internos tenían la obligación de hacer todas las historias de los enfermos de la sala, presentarlas, había un Jefe de Clínica a parte del Profesor y cuando llegaba el profesor, presentarle todos los datos, todo lo que se pudiera para la conferencia.

Los profesores hacían conferencias magistrales a un grupo y después hacía unas demostraciones experimentales; era dos veces por semana, tenía un equipo de ayudantes que le preparaban todo, preparaban perros para demostraciones. Los docentes se consideraban buenos, aunque a veces tenían temperamento difícil, querían que todos los que estaban a su alrededor de él estuvieran muy sumisos y muy atentos.

Actualmente, en palabras de **los docentes**, la **pedagogía** es una clase magistral para temas generales y grupo grandes. Seminarios para revisar temas específicos en grupos pequeños; realizados inicialmente por los estudiantes, y posteriormente un caso clínico en el cual los estudiantes puedan aplicar a la vida practica lo previamente visto para que vean la utilidad de lo revisado desde epidemiologia, etiología, cuadro clínico, examen físico, para clínicos y tratamiento.

En palabras de los docentes del departamento de ginecología y obstetricia, reflexionar sobre el significado de educar. Es transmitir conocimientos, técnicas, experiencias. Educar para prevenir desde la consulta médica las complicaciones que se pueden presentar con una paciente.

Charla, conferencia, talleres para la enseñanza del partograma, la historia clínica perinatal, el asa iterativa en salud, revisión de videos y finalmente práctica. Solicitan presentaciones a los estudiantes de posgrado para mejorar sus competencias comunicativas y para evaluar sus bases

teóricas, verificación de los pasos de medicina basada en la evidencia y sus resultados. Los estudiantes participan en la elaboración de guías y protocolos, que reconozcan las barreras de implementación.

La educación médica tiene otros contextos adicionales hay un contexto grande, **el contexto confesional** implica que el docente educa a un estudiante de medicina. Es una lógica de ejemplo, el estudiante va con el docente, observa como el docente saluda a la paciente, como hace la valoración del abdomen de la paciente, como le dice a la paciente que enfermedad tiene, como la paciente recibe la información que el médico le dio, como le contesta las preguntas. El estudiante termina como un **receptor pasivo** que a partir de la observación está aprendiendo. En otras palabras, es mostrarle al estudiante desde el ejemplo, la atención de un caso clínico, cómo es la relación médico-paciente, mostrando cuales son los puntos más relevantes para construir una relación con el paciente desde el reconocimiento de la persona que consulta, con el profesionalismo y manejo de quien es el médico tratante.

Educar es brindarle al estudiante herramientas para que sea crítico y analítico frente al bombardeo de información que recibe de la industria farmacéutica, a través de los visitadores médicos, de internet, redes sociales. El docente tiene que prevenirlo y orientar su camino para encontrar la información, tiene que seguir ciertas directrices que ya se han determinado en medicina. El estudiante tiene que conocer claramente que en cualquier parte de su formación hay factores externos que contaminan su aprendizaje como por ejemplo el visitador médico, le dice que este u otro medicamento es el mejor, con la idea de que son necesarios, pero a un alto costo para los usuarios. Hay que mostrarle al estudiante como liberarse de esa contaminación.

Los profesores de las áreas **clínicas** transmiten un aprendizaje basado en casos clínicos porque los pacientes hospitalizados tienen problemas clínicos. Se enumeran una serie de problemas. Se parte de lo que es normal, después van a lo que es la patogenia, se puntualiza en la fisiopatología de la enfermedad y cómo se resuelve el motivo de consulta. Los residentes están enfrentados a resolver problemas junto a los estudiantes en un contexto general. Se enseña primero lo normal y luego lo patológico o la enfermedad. Se muestran dos conceptos que, en la enseñanza de las áreas clínicas, es lo normal y lo anormal; salud – enfermedad/ patológico.

Durante este proceso de comprender, los conceptos de salud, enfermedad, normal, anormal, patológico, se afianza la premisa de que es cada vez más necesario la prevención en salud. Entonces se dirige la práctica clínica hacia la cura de la enfermedad, se reconoce la importancia de prevenir primero la enfermedad.

El perfil del docente, es importante hacer un proceso de selección de los profesores de medicina, que tengan conocimientos disciplinares, pedagógicos y didácticos y reconociendo siempre la importancia de la parte humana.

Como principio fundamental debe estar **el amor por la docencia** que tenga habilidades para ser docente y si no las tienen, de todos modos, la universidad les ofrece la formación en pedagogía. **El hecho de ser profesor o docente es un arte**. Debe tener la vocación eso es pasional, todo fluye y es más fácil enseñar. Se transmite el conocimiento, el ejemplo cuando los estudiantes observan cómo actúa el docente, el aprendizaje se hace más objetivo. El docente se convierte en el líder de la persona como tal y el conocimiento que es el objetivo primordial de enseñar.

La metodología docente que se utiliza en los **procesos de enseñanza de los residentes de Postgrado** es por niveles. La residencia de Ginecología y obstetricia consta de tres años, hay residentes de primer año, segundo año y tercer año. A los residentes de primer año se les enseñan bases de biología molecular, de medicina basa en la evidencia, se dan bases sobre investigación, como investigar. Se reparte en los grupos de obstetricia, ginecología y ecografía donde van hacer

una integración de los conocimientos teóricos con los prácticos. Los residentes preparan algunos temas de ginecología hacen exposiciones al final hay preguntas de los estudiantes, se aclaran las dudas.

Procesos de **enseñanza aprendizaje** en el aula de clase, la solución a los problemas y/o interrogantes que surgen en clase. Se realiza una búsqueda bibliográfica especifica al problema que surge, posteriormente se realiza una discusión académica, al caso en particular para realizar una valoración multidisciplinaria y llegar a un consenso basado en la práctica clínica y en la evidencia disponible.

Una parte de la enseñanza se realiza con la revista médica con los pacientes. Ellos presentan los pacientes y sobre estos casos, se analizan los síntomas y signos del paciente para llegar a un diagnóstico procedente. También los exámenes necesarios en cada caso y se analizan los tratamientos médicos y quirúrgicos correspondientes a cada patología. Se hacen seminarios sobre los principales temas de la rotación.

Se realizan club de revistas para analizar los artículos y para actualizarse en los temas.

La enseñanza profesional es buscar **la motivación** del estudiante, a veces se enseña una guía, que es una receta de cocina, se enseña una técnica quirúrgica que es una secuencia de pasos que van hacer en determinadas circunstancias. Se enseña lectura crítica que hace referencia a que el estudiante escoge la información.

Al estudiante hay que enseñarle dos componentes adicionales: (1). **La motivación** por lo que hace, como médico, que tiene que estudiar toda la vida, nunca se deja de estudiar. (2). **Enseñar un contexto humano,** los estuantes se enfrentan a seres humanos, no se puede tener la misma consideración con un ingeniero que va a reparar una máquina.

El concepto moderno de salud todos los días está cambiando y giran alrededor de otras circunstancias que no se tienen ambos en cuenta. Se tiene que enseñar la parte humanista. **La aptitud** del estudiante se le tiene que enseñar, desde la lógica del ejemplo.

1.1.1 Como aprende los estudiantes

Considerando que enseñar es transmitir el conocimiento, dar ejemplo de tener la sensibilidad humana. Tener unos docentes con la capacidad de motivar, guiar con el ejemplo a los estudiantes. Docentes con la capacidad de proponer y asumir una postura crítica de discusión y reflexión. Es decir, poner barreras de contención frente a otras lógicas frente a la industria farmacéutica. En otras palabras, ser selectivo con lo que se formula, documentarse bien y escoger la mejor opción farmacéutica.

Se **enseña preguntando** es sacar desde un problema 100 preguntas. El estudiante comienza a darse cuenta que el camino del conocimiento médico no es una línea recta. Se empieza desde la pregunta, haciendo contra preguntas, que induzcan la reflexión sobre el diagnóstico, tratamiento, el tipo de tratamiento terapéutico que le conviene al paciente.

Se va construyendo varias preguntas y los residentes van contestando. La participación y la disposición para aceptar las correcciones que se van dando durante el proceso son un componente importante. Sí los estudiantes no saben, se les da una referencia para que consulten y estudien el tema.

La siguiente sesión se abre con las preguntas pendientes por resolver de la sesión anterior. Se indaga sobre los interrogantes emergentes de esa lectura y además se plantean otras preguntas para profundizar en el capítulo que se está tratando. Se deja de ser el docente que se paraba a dictar la clase tres horas. A los residentes les pongo las tareas, más exóticas, para que ellos se den cuenta que no solamente las guías, porque con eso que se quedan con lo mínimo.

Hace una diferencia entre la enseñanza al estudiante y al residente. Se **enseña** a los estudiantes haciéndolos pensar yendo un poquito más allá de lo usual, siempre que se está en revista presentan un paciente; "está usted de acuerdo con este diagnóstico porqué piensa que si porque no" y se habla de cada posibilidad. Al **residente se** le enseña que debe ser autodidacta, toda la vida tiene que aprender.

El estudiante construye su conocimiento a partir de lo memorístico, la reflexión, la compresión, el aprendizaje significativo. Se direccionan los seminarios con preguntas. Se desarrolla un aprendizaje que incluye una parte teórica, una en el laboratorio, y otra práctica.

El currículo oculto es una forma de enseñar a partir de la observación, como se comporta el docente con los pacientes, y con otros profesionales. Si no se saluda a la paciente si se regaña a la paciente los estudiantes aprenden eso. Se tiene que preparar para la práctica, para tener unos conocimientos previos. El currículo oculto es cómo se comporta el docente con los demás. Y que muestra al estudiante como modelo a seguir y a aprender. El **estudiante** se debe presentar bien vestido, no solamente parecer un médico sino serlo, con todos sus componentes, personales, sociales, profesionales, culturales, destacando siempre la parte humana basada en una buena comunicación e interacción, con sus pacientes y con otros profesionales.

El **docente** que cambia su forma de enseñar es porque está constantemente reflexionando y cambia su forma tradicional de dictar la clase, crea otras formas de construir el conocimiento, por ejemplo, dejar la clase magistral y pasar al seminario interactivo con el estudiante. El estudiante se responsabiliza de su aprendizaje, crea sus propios mapas, ayudas, definiciones, sí es en un caso clínico, argumenta como es la fisiopatología, el diagnostico, el tratamiento y además comparte en público todo lo que ha preparado. Esto es cambiar de lo tradicional a un seminario.

Los estudiantes aprenden, asimila el material de estudio, es la ética y dedicación cuando empiezan a revisar a preparar los artículos, se plantean preguntas, tiene interrogantes con cierto nivel de profundidad, revisan el tema con un video. En una **consulta se les observa** como hace el interrogatorio, como le toman la tensión, como le explican el procedimiento, como le ayudan a la paciente a subir y bajar de la camilla, como da ejemplos y como responde cuando la paciente no entiende algún concepto. **El docente** interviene cuando se sale de lo usual, cuando se sale la paciente, se hace la retroalimentación. Como, por ejemplo, el estudiante siempre estuvo mirando el computador, no miro a la paciente a los ojos. El docente explica, cuales son las maniobras que tiene que hacer, lo dirige, puede haber residentes que llegan con notas de cuaderno o con el libro cerrado.

Los estudiantes ven al profesor como una figura paradigmática, el estudiante toma notas durante una revista no quieren que se pierda una sola frase de lo que el docente dice. El docente se da cuenta cuando el estudiante aprende por que los ve en el primer encuentro con un paciente y en diez semanas lo vio muerto de la risa salir después de atender un paciente, un parto. Al residente se le ve progresar tanto que se vuelve más hábil en tomar la decisión que el docente en el quirófano, adquiere muchos conocimientos, hace el rural y ya no comete tantos errores, se puede ver el crecimiento exponencial, las cosas grandes las puede enfrentar sin ninguna dificultad.

Las ventajas de los residentes es que están tres años con el mismo grupo de docentes y están concentrados en un tema. Los estudiantes de pregrado están 9 semanas con los docentes y el docente se da cuenta de su nivel de formación sólo en la evaluación.

En **consulta externa** los residentes aprenden a hacer una historia clínica de las pacientes con patología ginecológica, ordenan los exámenes, sí la paciente requiere algún procedimiento quirúrgico solicitan los exámenes preoperatorios. Los residentes discuten con el docente el diagnóstico, el manejo y se programa la paciente para cirugía.

Los **residentes participan en la cirugía como ayudantes de cirugía**, su función es observar cómo se hace la cirugía, luego de varias observaciones y que el residente conozca la técnica quirúrgica comienza a operar asistido por el docente, previamente se les han hecho unos talleres de lavado de manos, de técnica quirúrgica para adquirir las habilidades y destreza para intervenir una paciente.

Como parte de los **conocimientos previos y habilidades** que el residente tiene que conocer antes de operar a una paciente. El residente tiene que preparar una exposición de las técnicas, de las complicaciones intra y postoperatoria de cada cirugía; hacer un seguimiento de la paciente.

Los **residentes de segundo año** rotan en climaterio y menopausia por un mes y medio. Los residentes preparan cuatro temas que presentan en una exposición, se aclaran las dudas, luego están en consulta donde aprende a hacer una historia clínica de menopausia, un diagnóstico, manejo de la paciente y hacer seguimiento de la misma paciente cada tres meses. Generalmente se observa que algunos residentes no saben del tema.

El **residente de tercer año** rota en ginecología urológica, la rotación se centra en un objetivo que es el manejo integral de la paciente con incontinencia urinaria, conocimientos teóricos, valoración de paciente, hacer la historia clínica, examen físico, diagnóstico, análisis de la historia con sus exámenes, y proponer un manejo médico o quirúrgico.

Tienen un **seminario de simulación de las cirugías** para aprender las habilidades y destreza de la cirugía, luego participan en la cirugía, en calidad de observadores. El docente opera a la paciente, los residentes pueden hacer las cirugías luego de varias observaciones y de haber memorizado las técnicas. Finalmente se hace seguimiento de las pacientes.

Se busca que los residentes tengan unos objetivos de la rotación. Aprendan conocimientos de las diferentes patologías. Aprendan a interrogar y hacer un análisis de la historia clínica, conozcan a las pacientes que van a intervenir. Adquieran las habilidades y destrezas de la cirugía y hagan seguimiento de sus pacientes.

Para la construcción de conceptos y bases teóricas fundamentalmente se hacen seminarios con temas específicos, se propone bibliografía fundamental previamente. Durante el desarrollo del seminario se hacen preguntas sobre temas centrales fundamentales del material bibliográfico. Igualmente se permite que los estudiantes aclaren entre ellos sus dudas y con el docente las dudas que hayan quedado.

Para el **desarrollo de competencias** y habilidades se hacen demostraciones. Se da un proceso de acompañamiento de las actividades clínicas tales como consultas, revista y cirugías.

Para el desarrollo de adquisición de **destrezas y habilidades comunicativas** en las primeras actividades clínicas se propone que observen cómo se desarrollan la consulta clínica, posteriormente, se delega progresivamente responsabilidades, en los residentes, se les deja actuar y se hace retroalimentación constantemente.

Los contenidos en **pregrado** son atención de parto normal y distócico (esto incluye nomenclatura obstétrica, pelvis ósea, mecanismo del parto y guías para la atención del parto basadas en evidencia), partograma, historia clínica perinatal básica, ciclo menstrual normal, amenorrea primaria y secundaria y trastornos del ciclo menstrual.

En cuanto a los **contenidos** en pos**tgrado,** formando parte de ginecología II y III: endocrinología ginecológica e infertilidad, cirugía ginecológica abierta y laparoscópica, seminario de investigación y dirección de trabajo final de grado para el Departamento de Obstetricia y Ginecología y Diseños de Investigación, Asa iterativa, seminarios de investigación y dirección de tesis de grado para estudiantes de la Maestría en Epidemiología Clínica. También dirigen tesis del Doctorado en Ciencias Biomédicas.

1. Cuidado prenatal,
2. Atención y vigilancia del trabajo de parto,
3. Infecciones más frecuentes del tracto genital,
4. Realización y corrección de episiotomías,
5. Hemorragias del primer y segundo trimestre del embarazo,
6. Trastornos hipertensivos asociados al embarazo,

Contenidos: Prolapso genital, fisiopatología, diagnóstico y manejo y complicaciones. Ginecología urológica, fisiopatología, diagnóstico y manejo y complicaciones de la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo, y síndrome climatérico y menopausia.

Asignatura infectología gineco-obstetricia:

Temas: infección posparto y posaborto, cervico-vaginitis y enfermedad pélvica inflamatoria, infección urinaria en la gestación, infecciones perinatales (sífilis, VIH, varicela-zoster, citomegalovirus, hepatitis B), sepsis, corio-amnionitis.

En la **consulta y entrevista** se desarrolla de la siguiente manera:

a. La práctica clínica se desarrolla con los residentes en la consulta, **revisión previa de la historia clínica** de los pacientes, b. Búsqueda rápida de la literatura de los temas relevantes no conocidos y repaso de los conocidos o establecidos por la evidencia, c. Desarrollo de la anamnesis y del examen físico guiados, d. Se solicita el análisis de la historia clínica y de los hallazgos para escuchar la argumentación a favor y en contra de las principales posibilidades diagnósticas, se solicita que expliquen y justifiquen la conducta (exámenes complementarios y terapéutica), f. Se solicita que expliquen a los pacientes el diagnóstico, pronóstico y ventajas y desventajas de cada conducta. Manejo de pacientes, diagnósticos y tratamientos médicos y quirúrgicos.

En **cirugía**: a. Revisión de la historia clínica y discusión de la conducta planteada; b. Se solicita la lectura previa de la técnica quirúrgica (en los primeros casos la técnica clásica o más frecuente y, en casos sucesivos, técnicas complementarias o técnicas alternativas); c. Delegación progresiva del acto quirúrgico (primero observa y ayuda, luego practica una parte de la cirugía y, finalmente practica la cirugía completa bajo la supervisión del docente); d. Se solicita la revisión teórica de las posibles complicaciones de la cirugía y cómo se diagnostican y tratan; e. Se supervisa la evolución diaria; f. Se solicita el resultado de patología y se indica al residente que repase el tema específico en los textos y las preguntas de temas particulares en artículos recientes; g. Los residentes intervienen las pacientes y las evolucionan, hacen seguimiento y miran si hay complicaciones.

En cirugía, cuando se opera una paciente el residente tiene que estudiar la técnica previamente y se les pregunta por las posibles complicaciones de las cirugías. 1. Plantear preguntas clínicamente relevantes y contestables. 2. Plantear y realizar una búsqueda de la literatura en las bases de datos, identificar los artículos relevantes y obtenerlos. 4. Hacer una lectura y evaluación críticas de los artículos. 5. Aplicar la literatura al caso específico del cual surgió la pregunta, 6. Evaluar el desempeño en medicina basada en evidencia. Además, se motiva a los estudiantes a responder rápidamente (con base en la literatura) puntos muy concretos que le pueden ser útiles en el futuro.

1.1.2 Investigación

La investigación se da a partir de una cátedra que se llama medicina basada en la evidencia, luego escogen un proyecto de investigación y lo desarrollan con un profesor del departamento que se vuelve el tutor del trabajo de investigación durante los tres años de la residencia, hacen

revisión del tema, un proyecto de investigación, trabajo de campo, análisis de resultado. Además, se ha promovido los semilleros de investigación y la participación de residentes en proyectos de investigación; en estos casos se trata sobre todo de la motivación a la investigación y de aprender haciendo, al lado de grupos de investigación en formación o consolidados. En el caso de los maestrantes y doctorandos la investigación ocupa una cantidad importante de créditos obligatorios.

En los trabajos de investigación, los estudiantes de pregrado, enumeran los aspectos que consideran más importantes mediante la clase teórica, o seminarios donde se dan las bases fundamentales. Uso del laboratorio que permite un acercamiento inicial a la práctica clínica y al desarrollo de procesos en salud, y a la práctica hospitalaria, bajo supervisión directa del residente a cargo; con un acompañamiento continuo de la realización de historia clínicas y exanimación en conjunto, para una retroalimentación continúa de los docentes. Los estudiantes del pregrado no tienen mucha experiencia en investigación las líneas no son muy concretas y asequibles, el proceso de investigación requiere un largo camino, además de una formación académica específicamente. En algunos trabajos de investigación con los tutores, los estudiantes buscan literatura, plantean el trabajo de investigación y lo desarrollan. Colaboran en trabajos de investigación de los compañeros.

Los estudiantes de posgrado desarrollan una revisión de la literatura sobre lo que se conoce sobre el tema y van desarrollando y presentando los avances de la elaboración del protocolo de investigación (pregunta de investigación, marco teórico, objetivos principal y secundarios, metodología, plan de análisis, cronograma y financiación), posteriormente se revisa grupalmente el grado de avance y resultados para hacer los ajustes necesarios y, finalmente, se revisa en grupo las conclusiones y discusión del trabajo. En la etapa más avanzada se resuelven las dudas y preguntas que surgen de la evaluación por jurados y se ajustan los textos.

1.1.3 Evaluación

Se programan exámenes escritos y orales generalmente se ejemplarizan los ejes nucleares del aprendizaje. Se hacen exámenes, revistas médicas, consultas en los quirófanos. Se les pregunta: que piensa, que opina, cuál es su diagnóstico. Se les evalúa cómo hacen la práctica, cuáles son las prácticas y como la hacen, que procedimientos utilizan y cómo es la secuencia que desarrollan según el caso clínico.

El ejercicio es practico frente a una paciente se le va practicar un procedimiento quirúrgico, el docente le dice como realizar el procedimiento, el aprendizaje tiene un componente académico antes de llegar a la práctica, esto es para el estudiante cómo lo hace y como empieza el procedimiento.

Hay una forma de saber si los estudiantes aprendieron o no, es no estar pendiente de ello poner una nota conceptual todos aprendieron y la otra es si el docente quiere verdaderamente evaluar al estudiante y al residente debe estar pendiente del estudiante. Se evalúan con el examen escrito y oral los conocimientos y contenidos. Para evaluar habilidades se observa como atiende un parto, como hace una consulta, si hace la consulta con los exámenes escritos y orales se determina sí los estudiantes aprendieron o no.

Cuando el residente se ve escribiendo textual, es la discusión que está dando esta paciente tal cosa el estudiante está anotando la manera precisa y textual, como la paciente expresa lo que le pasa.

Al residente se le sugiere un artículo y es importante mirar que pasa con el articulo sí reflexiona, siempre es interesante hacer el ejercicio cuando el residente expone sobre la endometriosis, que

al final de la exposición haga organigrama para mirar si comprendido el artículo, se trata de reflexionar, de hacer preguntas y argumentar las respuestas.

El estudiante estudia para memorizar se debe utilizar estrategias didácticas para comprender y no solo para memorizar. En este momento se está en una transición, hay docentes que les gustan que los estudiantes memoricen otros que reflexionen, el común denominador es hacia la memorización.

Los docentes tienen dos escenarios para enseñar uno es la relación médico paciente y el otro escenario es la elaboración del diagnóstico diferencial. Reflexionar alrededor sobre lo que la paciente tiene y que encuentre el camino para llegar a la verdad entonces la enseñanza es memorizar, repetir, y construir que averigüe e indague sobre la salud y la enfermedad del paciente. El estudiante debe dominar el diagnóstico diferencial.

Como profesionales en el área de la salud se domina las estadísticas, las matemáticas, las curvas caucionas, las probabilidades. Todos los días se hace con las pacientes, cuando se ve un paciente se están pendiente de la memoria, se busca construir como llegar al diagnóstico. “Si hay un profesor que memoriza puede haber un estudiante que reflexione”.

Se necesitan las tres cosas memorizar, repetir y reflexionar. En la reflexión de lo que hace la repetición de lo que tiene que hacer y guardar en la memoria una serie de cosas. Para llegar a un diagnostico se está en construcción constante. El mejor estudiante es el que repite, reflexiona, memoriza el que entrena su memoria tiene más capacidad para cuestionarse.

Los médicos antiguos les ganan a los médicos modernos porque memorizan, comprenden, reflexionan y se cuestionan con más profundidad sobre cualquier diagnóstico.

¿El día que no haya redes, el día que el celular se lo robaron, el día que el paciente llega y toca resolver el problema que va hacer? ¿A los residentes no les enseñaron a aprender la dosis, hacer el diagnostico, la clasificación de memoria y el gran interrogante es cómo se le resuelve el motivo de consulta a la paciente si las redes sociales no funcionan?

Se les enseña a preparar las exposiciones, todos los días tienen presentaciones orales, preparen este tema que es lo que tienen ser más puntuales, tener conclusiones, tener hilaridad de las presentaciones y es lo que van a hacer todos los días cuando el paciente le pregunta que enfermedad tienen, que diagnostico tiene, que pronostico tiene, cuál es el tratamiento les tiene que recapitular eso enseñamos como hacen las exposiciones.

El estudiante que sale del promedio académico genera un choque negativo como profesor. A veces se trabaja muy poquito, al que es mal estudiante se le debe nombrar un tutor. Si ve que no tiene habilidades quirúrgicas se lee hace simulación, en lo práctico se le debe dar más apoyo. Se debe empezar con los aprendizajes previos que sabe el estudiante

La evaluación del aprendizaje en los estudiantes de postgrado se hace mediante exposiciones por, la monografía de un tema y examen escrito de pregunta múltiple. Examen escrito con preguntas cerradas y abiertas, se pide la elaboración de gráficas y flujogramas. Evaluación diaria, según el manejo de pacientes. Evaluación escrita al final de la rotación.

Elaboración de descripciones quirúrgicas, se solicita por escrito la elaboración de asas iterativas en salud como ensayos. Se evalúa la participación y las presentaciones de temas específicos, de proyecto de investigación, se evalúa la concordancia entre la pregunta de investigación, los métodos propuestos, los resultados, las conclusiones y de avances de resultados; en actividades prácticas se evalúa cualitativamente el desempeño y desarrollo de actividades se hace una evaluación del saber, saber hacer y el ser.

Evaluación con parciales, para valorar los conocimientos básicos que deben tener claros, examen con la paciente para valorar las habilidades prácticas que deben adquirir. Examen oral, para valorar su desempeño oratorio, y secuencial de los procesos.

1.1.4 Consulta Clínica

Los procesos que se desarrollan para dar solución a los motivos de consulta son la elaboración de la historia clínica completa, el examen físico, análisis de la historia clínica. Inicialmente el motivo de consulta debe ser desglosado, posteriormente lo que se halle en el examen físico, para basarse en la propuesta terapéutica, de acuerdo a lo recomendado por las guías de práctica clínica de acuerdo a lo disponible, y teniendo en cuenta las particularidades de cada caso clínico.
Se fundamentan en **la medicina basada en la evidencia** porque he encontrado que es una forma de promover y practicar el aprendizaje continuo, de comportarme al mismo nivel y aprender con los estudiantes, de evaluar y de resolver las situaciones clínicas. También permite acuerdos mínimos con colegas y hacer escuela.
La relación entre **los aprendizajes y la formación de los residentes promueven un desarrollo integral** como personas profesionalmente competentes, no, es parcial, porque el residente mira a la paciente desde el punto biológico y no correlaciona con su parte emocional, social. La mayoría de estudiantes adquieren las habilidades mínimas que deben tener para desarrollarse como médicos generales en la práctica clínica en la vida diaria. Si no solo se da cátedra de temas teóricos, ellos también aprenden con la práctica diaria a tratar a las pacientes, a los compañeros, a los estudiantes y subalternos. Existe la cátedra paralela que ellos ven como los docentes tratan a las pacientes y al resto de la comunidad.
El currículo oculto tiene lugar en la enseñanza-aprendizaje integral; los conocimientos y comportamientos previos de estudiantes de posgrado no siempre son modificables de todo. Se trata fundamentalmente de promover el trabajo en equipo, el respeto por los pacientes, los colegas y el personal no médico y de atención humanizada. Existe un contexto inveterado de competencia y jerarquización inconvenientes en la enseñanza de posgrado en medicina que debe ser corregido a través del trabajo inter y transdisciplinario, mejorando la comunicación y centrando la atención en el paciente y el estudiante.

Anexo 14. Observaciones de los videos Seminarios con la estrategia metodológica del ABP

Nombre de la asignatura: Seminario climaterio y Menopausia con la estrategia metodológica de Aprendizaje Basado en Problemas
Lugar: Salón de conferencias del cuarto piso. Hospital Engativá.
Participantes: Ocho residentes
Tutor y/o Docente a cargo: Dr. Jacinto Sánchez Angarita
Desde los planteamientos de Rose Y colegas (…), múltiples medios de expresión como videos, audio, texto, imágenes.
La experiencia parte de un grupo pequeño de 8 residentes, (3 sesiones de 2 horas)
guiados y dirigidos por un tutor que se convierte en el facilitador. En primera instancia se crea el ambiente en los seminarios de climaterio y menopausia, pasando por oleadas de calor, enfermedad cardiovascular, hemorragia uterina disfuncional y osteoporosis.
Para desarrollar estrategias de pensamiento sugiere la formulación de problemas, prácticas con un problema concreto, formulación de preguntas, clasificar una serie de elementos, utilizar analogías, deducciones, e inducciones.
El problema es el desencadenante para que el residente ahonde en él, cree su propio contexto, acuda a sus conocimientos previos, y sea capaz de crear una cadena de cuestionamientos alrededor del motivo de consulta con que llega la paciente.
Se busca crear un clima de investigación permanente, en que el residente se interese constantemente por su autoaprendizaje, y moviendo un clima de motivación permanente para introducir la construcción de conocimiento. Con estos parámetros se busca que el residente sea el protagonista del desarrollo del seminario.
Como estrategia didáctica se propuso la elaboración, redacción y consolidación de una relatoría, que debía incluir, objetivos de conocimiento, de aprendizaje, preguntas y cuestionamientos generados a partir del problema y/o motivo de consulta. Con el registro se logró crear un contexto encadenado de procesos de aprendizaje, que incluye preguntas, comprensiones y descripciones alrededor del problema y/o motivo de consulta.
Con las relatorías se demuestra los diferentes estilos y prioridades que cada residente tiene de su experiencia durante el seminario, en otras palabras, que esquema mental crearon de lo que vivieron durante el seminario con la metodología del aprendizaje basado en problemas.

Partir del **problema** para iniciar el proceso de **aprendizaje** implica crear el contexto para que el residente organice sus ideas en torno al problema y/o motivo de consulta, iniciando típicamente por identificar la amplia naturaleza del problema y los principales componentes y factores involucrados en su aparición. Después se inicia la lluvia de ideas, con un análisis crítico de las ideas y soluciones posibles. Durante este proceso y previo al desarrollo de la sesión los miembros del grupo empezaron a formular preguntas sobre temas y conceptos que no entienden que irán avanzando en su complejidad, de acuerdo a la compresión del **motivo de consulta y/o problema**. Se irán enriqueciendo en la medida que se vayan consolidando el trabajo participativo

de los residentes participantes. Las relatorías se constituyeron en una forma de transcribir por escrito los procesos y los temas de aprendizaje que se van encadenando y complejizando de acuerdo a la dinámica que el mismo grupo movilice durante la sesión.
Un componente importante es **la comunicación** por que permite **intercambiar** y **complementar** lo que han aprendido desde la última sesión. Para cada sesión se proponen un enfoque más profundo que permite ir ahondando en cada tema y/o problema visualizando los componentes que consolidan **la estructura del problema**. Se acudió a una **jerarquización de las ideas y de los problemas** que permitió crear una **secuencia lógica, explicativa y comprensiva del problema y/o motivo de consulta.**
La **última sesión** finaliza cuando se logra hacer una **lectura global y integral del problema y/o motivo de consulta.** El proceso de solución de motivo de consulta se enriqueció con la participación de los asistentes, quienes en la medida que avanzaban en la solución del motivo de consulta, presentaban sus **apuntes, aportes y preguntas** acerca de lo que les surge en la medida que la discusión sobre el problema y/o motivo de consulta avanza. También será **interrumpido periódicamente por breves exposiciones, discusiones, o tareas de grupo para ayudar a clarificar conceptos o ampliar su perspectiva.**

15. Percepción y descripción de los videos realizados durante la realización de los seminarios.

De acuerdo a las características de la investigación, se hizo un registro detallado de observación, del contexto educativo, para consolidarlo como un instrumento de producción y creatividad, como también es un instrumento de análisis de la realidad vivida durante las sesiones con ABP. Los videos se constituyeron en un recurso para la investigación, experimentación y seguimiento de procesos en las sesiones y demás trabajos de tipo empírico que pueden dar cuenta de los procesos realizados en los seminarios.
Son también un instrumento de auto-observación en el aula de clase, y son una forma de difusión de la información, un soporte de almacenamiento o banco de producciones audiovisuales, y un recurso para el análisis crítico de producciones audiovisuales y de la circulación de la información.
Durante la realización del seminario se utilizó con estrategia, el uso de preguntas problema, con el propósito de mantener un ambiente constate de análisis, debate y disertación que permitiera comprender y visibilizar el proceso de aprendizaje de los residentes
Algunos ejemplos son:
Partiendo del propósito de hacer manejo integral de la paciente; qué otros componentes son importantes de abordar en la consulta.

- Como profesional tratante que preguntas se le haría a la paciente con relación a otras esferas de su vida, por ejemplo su vida sexual, emocional, psíquica, familiar.

El tutor menciona los procesos de aprendizaje que deben desarrollar los residentes al terminar la residencia, entre los que se encuentran : Los residentes deben lograr comprender el síntoma que refiere la paciente, y esto se traduce en que puedan hacer una lectura holística e integral de la

comparación del motivo de consulta con el propósito de poder desengranar los componentes fisiológicos, psicológicos, sintomáticos que constituyen la manifestación del síntoma. Por ejemplo como pueden comprender, e interpretar un pólipo y todos sus componentes físico-patológicos, psicosociales, afectivos, cuando la paciente refiere que se siente mal.

Partir de un problema simple, con poca información, los residentes se responsabilizaran de su propio aprendizaje, explicar y trasladar al contexto de la consulta. El residente se enfrenta a la forma como la paciente expresa verbalmente su dolencia y además los referentes de su experiencia y con el lenguaje que ella describe su dolencia. Utilizando la remisión a especialistas para crear el camino para que la paciente tenga resuelto el motivo de consulta y/o problema. Cuando el residente escucha el problema y/o motivo de consulta se activan los aprendizajes previos a partir de un análisis y la búsqueda de solución al problema. Se evidenciaron procesos reflexivos sobre lo aprendido, la aplicabilidad y la relevancia en la solución del motivo de problemas.

El fundamento del Aprendizaje basado en problemas se deriva de **la construcción y este proceso se realiza sobre hechos, ideas y creencias** que el estudiantes adquiere con anterioridad, en función de este bagaje de los conceptos que se presentan a disposición del estudiante, este logrará, paulatinamente, construir su conocimiento actual.

Desde el punto de vista constructivista, los datos que percibimos con nuestros sentidos y los **procesos cognitivos** que utilizamos para explorar esos datos que existen en nuestra mente. Dada la complejidad de los proceso mentales y cognitivos involucrados en el proceso de lograr aprendizajes significativos, Ausubel (1976), considera que una tarea fundamental del docente es asegurar que se haya producido la suficiente movilización afectiva y volitiva del estudiante para que éste dispuesto a aprender significativamente; tanto para iniciar el esfuerzo mental requerido como para sostener en él. Los aprendizaje mas significativos, relevantes y duraderos se producen como consecuencia de un conflicto cognitivo, en la búsqueda de la recuperación del equilibrio perdido. Si el residente no llega a encontrarse en una situación de desequilibrio y sus esquemas de pensamiento no entran en contradicción, difícilmente se lanzará a buscar respuestas, a plantearse interrogantes. A investigar, a descubrir, es decir , a aprender. El conflicto cognitivo se convierte en el motor afectivo indispensable para alcanzar garantiza que las estructuras de pensamientos se vean modificadas.

Con el proceso desarrollado en los seminarios, se parte de la **instrucción a la construcción de conocimiento**. Aprender no significa reemplazar un punto de vista por otro, ni sumar nuevo conocimiento al viejo, más bien es una transformación del conocimiento. Esta transformación, a su vez, se da a través del pensamiento activo y original del estudiante. La educación médica apoyada en el constructivismo implica la experimentación y la resolución de problemas y considera que los errores no son contrarios al aprendizaje, sino más bien la base del mismo (Ausubel D. , 1976).

Con el ABP partimos del **refuerzo del profesor a crear un interés en el estudiante** por el tema de climaterio y menopausia. Esto es que los estudiantes comprenden mejor cuando están envueltos en tareas y temas que les son de su interés. Partir del ABP como estrategia metodológica implica que el tutor propone un problema y moviliza preguntas que generan interés en la investigación de los estudiantes, de igual forma el tutor genera una serie de actividades para apoyar y expandir esos intereses que sumen a los estudiantes en el problema de aprendizaje. En este punto se pudo observar que el estudiante puede apoyarse para su aprendizaje en medios y recursos pedagógicos de mediación tecnológica, usados en modalidades, como son el correo electrónico, foros de discusión, seminarios, donde pueden proponer sus

soluciones y puntos de vista, esto permitió descentralizar el conocimiento y hacerlo más plural y multidisciplinar.

Con el ABP se parte de **la obediencia del profesor a la autonomía del estudiantes** para trabajar autónomamente por su propio aprendizaje, con el ABP en los seminarios de climaterio y menopausia. El profesor abandona su rol tradicional donde exigía sumisión por parte del estudiante, pasando a fomentar la libertad responsable. Para el ABP la autonomía en el aprendizaje se desarrolla a través de las interacciones reciprocas a nivel personal y se manifiesta por medio de la integración de consideraciones sobre los pacientes y los profesionales de salud, los profesores.

Con el ABP se pasa de **la coerción del profesor al trabajo cooperativo y en grupo,** para esto las relaciones entre los estudiantes son vitales. A través de ellas se desarrollan los conceptos de equidad, justicia, democracia y se desarrolla un progreso académico y de aprendizaje.

En los seminarios se pudo observar que hay **lluvia de ideas**, trabajo en equipo en el que cada uno propone sus puntos a tratar, la participación fue reflejo del nivel de preparación de los residentes y del nivel de compromiso con la investigación y documentación del tema .

Se puedo percibir, con el ABP el residente se va con muchas preguntas y cuestionamientos para investigar, la efectividad de la estrategia didáctica del ABP depende del compromiso en la **investigación y documentación** sobre los temas y problemas que se proponen para la próxima sesión, esto se traducen en el **autoaprendizaje**, que se va enriqueciendo de acuerdo a las sugerencias plateadas y del espíritu crítico y el **razonamiento crítico y reflexivo del residen**te. Asumiendo cada día una perspectiva de avance en su proceso de aprendizaje en la medida que su interés e inquietud por aprender y documentarse lo permiten.

Durante los seminarios con el ABP, se notó como **el internet presenta rasgos de un entorno de aprendizaje constructivo.** En los seminarios, se consideró el grupo de aprendizaje como un sistema abierto, guiado por el interés, iniciado por el estudiante, e intelectual y conceptualmente provocador. La interacción será atractiva en la medida en que el diseño del entorno sea percibido por el estudiante como significativo para su vida profesional.

Otros tipos de preguntas:

Se tiene en cuenta la Cátedra de Humanización. Que se ha incluido en el programa de formación de los residentes y que para efectos de esta investigación, se considera relevante incluir en la lectura y comprensión del abordaje del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia.

Dentro de las observaciones del desarrollo del seminario se puede distinguir que las mujeres son mas participativas y se muestran mas interesadas en la preparación del tema. Las clases se tornan mas dinámicas cuando ellas presentan el tema por que plantean preguntas reflexivas y con perspectiva para crear una cadena de cuestionamientos que surgen a raíz de un motivo de consulta inicial.

Desde esta perspectiva se podrá decir que la comprensión y lectura del problema se crea a partir de la lectura en red de problemas, que se van encadenando desde las preguntas, con este proceso mostró la generación de problemas que son consecuentes con la lectura del motivo de consulta que el residente esta planteando. Cabe destacar que esta parte requiere un nivel alto de investigación y preparación por parte del residente, es así como se pueden estudiar varios temas que se conectan con el motivo de consulta, en términos del ABP, esto es leer los motivos de consulta que hacen parte de un sistema vivo y humano como es la mujer que consulta. Esto implica reconocer en la paciente su multidimensionalidad y singularidad tomando como

punto de partida su historia personal y su historia clínica , todo esto enmarcado en un contexto que permite movilizar diferentes problemas desde un mismo síntoma.
Se destaca el uso de **preguntas reflexivas** por parte del tutor, preguntas que ponen el problema en **perspectiva de análisis y comprensión** por parte del residente. Con el propósito de entender y analizar el contexto del problema, sus componentes, y proponer las respectivas hipótesis que se conectan a la dinámica de continuar con una postura de reflexión y análisis de los múltiples problemas que se desglosan del primer motivo de consulta.
La comunicación se convierte en el recurso mas importante para poder expresar y verbalizar las inquietudes, aportes y sugerencias acerca de cualquier problema con el que se este trabajando. **Comunicación cara a cara**, con un tono de voz acorde al contexto, utilizando un vocabulario comprensible, descriptivo y explicativo del motivo de consulta, acudiendo a elementos contextuales del problema que permitan ilustrar el problema en el ambiente de la vida real y condiciones practicas, cotidianas y viables para que cuando se traslade este escenario a la consulta se pueda poner en practica este **estilo de comunicación con la paciente**. Esto con el propósito de que la paciente se sienta reconocida en su historia personal y clínica, y se pueda hacer una lectura comprensiva y explicativa del motivo de consulta , creando el camino para dar solución al problema .

Mente facto diagnóstico diferencial
Mapas conceptuales
Formación por competencias en el ABP
Comunicación, autoaprendizaje, motivación colaboración, investigación, se espera que tengan mejor comunicación con la paciente.
En la medida de que los seminarios iban avanzando se hicieron **mapas conceptuales**, que permitieron mapear sobre la pizarra la lectura del motivo de consulta y/o problema, esto ayudó a la **creación de ideas** a través de diagramas acompañado de **ideas, frases, análisis y reflexiones** que emergen del dialogo apoyado en el **juicio crítico**, además de las ideas expuestas a las miradas, **pensamientos, y reflexiones de los asistentes**. El uso de la pizarra fortaleció el apoyo gráfico, dinámico y adaptado a las variadas situaciones que se producen durante la sesión.
La diagramación gráfica de las ideas que surgen alrededor de la **explicación y comprensión del caso clínico**, además permitió corregir, completar, replantear, redefinir y siendo un forma registrar ideas, percepciones, concepciones, conceptualizaciones y todos los componentes que hacen parte del conocimiento, resultado del trabajo en equipo que muestra los aportes y beneficios de la estrategia del aprendizaje basado en problema. El utilizar el pizarrón atrae el interés de los residentes hacia la explicación. Todos los elementos expresivos que utilizamos en la pizarra se hacen en el momento y constituyen un acto de creación que añade interés a la exposición.

Los **procesos cognitivos**, se muestran en la forma y **metacognitivos** presentes en los videos, El uso de mapas conceptuales en el pizarrón facilitó que los residentes visualizaran, su propio conocimiento y manejo del motivo de consulta, esto mostró los procesos cognitivos, metacognitivos y comunicativos durante la construcción conjunto del mapa conceptual y mental que ilustraba la estructura mental que emergía de todas las apreciaciones que los residentes apuntaban acerca del motivo de consulta y/o problema.

El mapa conceptual permite ilustrar como durante su elaboración van fluyendo los conceptos y las hipótesis que surgen a partir del análisis, comprensión y explicación del motivo de consulta. El desglose de los problemas, las posibles soluciones traducidas en el tratamiento que muestra los diferentes aprendizajes que los residentes muestran cuando discuten, justifican y articulan durante el abordaje del caso clínico acercándose cada vez mas a realizar lectura integral del motivo de consulta y/o problema.

Proceso desarrollado para el análisis de casos clínicos con la estrategia metodológica ABP

Un caso clínico de enseñanza conduce a los estudiantes a desear conocer más sobre el asunto en cuestión. Wassermann (1994) considera que debido a que el tratamiento del caso genera en el alumno una disonancia o reto por afrontar, esta es una gran oportunidad para guiarlo a la lectura de textos científicos, periodísticos y literarios, o a ver películas comerciales y documentales.

Se hizo el encuadre de la sesión, se dejo en claro los puntos que se van a abordar y su sentido e importancia.

El tutor promueve un clima de respecto entre los participantes, así como asegurar que se realizará una discusión concienzuda y bien argumentada. El tutor debe mantener el giro de la discusión, evitar la dispersión o que sean sólo algunos estudiantes los que hablen todo el tiempo. El gran reto del tutor es no imponer sus puntos de vista, pero al mismo tiempo conducir la discusión, valorar su progreso, indicar nuevas direcciones y desempeñar con frecuencia el papel de "Abogado del diablo".

La discusión orientada a un proceso de análisis centrado en la toma de postura y decisiones o en la búsqueda de soluciones o vías de acción procede por lo general del diagnóstico o definición de la situación o problema contenido en el caso hacia la elaboración de opciones de elección y concluye con una reflexión del proceso y las conclusiones a las que se arribó.

Se plantea el análisis del caso clínico en una secuencia no lineal y en espiral, mostrando un proceso interactivo, donde hay observación , análisis, prescripción evaluación. La discusión se construye poco a poco en torno a las preguntas que plantea el tutor.

Pero éstas no deben verse como caminos cerrados, pues las respuestas de los participantes pueden conducir a nuevas interrogantes y reflexiones relevantes no previstas.

Aunque es difícil agotar un caso clínico por completo, en un momento determinado se tiene que arribar a un cierre puede consistir en una síntesis y puesta en común de lo dicho y concluido al respeto, en busca del consenso. Otra opción es transparentar las distintas opciones, sus pro y contras, los consensos y disensos, y concluir que ninguna visión es definitiva. De cualquier manera, es importante un balance de los argumentos principales vertidos en torno a las ideas centrales del caso y una reflexión o reconexión del caso con los contenidos curriculares de origen. El análisis del proceso del grupo y los equipos de trabajo, así como la apertura de nuevas preguntas, tópicos y actividades que permitan expandir el caso, ayudarán a todos a vislumbrar que la experiencia tiene un amplio espectro y que los aprendizajes logrados son la base de otros nuevos.

Anexo 16. Observaciones de los videos seminarios con la clase tradicional

La enseñanza tradicional mas utilizada es el de la conferencia, donde el residente prepara su tema ayudado de diapositivas. Para Johnson, Johnson y Smith 1991; Leopard 2000. La conferencia tradicional que depende de la exposición verbal propone que el docente y/o residente tiene el conocimiento ante los que supuestamente lo necesitan, no provee oportunidades para que los estudiantes procesen, interpreten e internalicen los conceptos bajo estudio. Desde hace mas de 1000 años.

Otras condiciones que restan efectividad a la conferencia tradicional incluyen acciones y persuasiones:

- Diagnóstico, tratamiento, etiología de la enfermedad, esquema de salud enfermedad
- Medicamente efectos, usos, dosis recomendada, literatura médica, fisiopatología y histología del síntoma por ejemplo la endometriosis
- Asocia el uso de medicamento a la mejora en la calidad de vida, pero de manera global sin puntualizar cuales puntos específicos se mejorarían

Álvarez (2000) indica que el modelo educativo tradicional apunta sólo a los niveles de conocimiento, comprensión y aplicación, y no alcanza a los de análisis, síntesis y evaluación que son precisamente los que permiten al estudiante obtener las mejores habilidades requeridas para programas curriculares actuales.
Los seminarios se centra en los docentes, y se fundamenta en que los estudiantes tratan de resolverlo mecánicamente sin analizarlo a profundidad.
El docente se apoya en recursos como la pizarra, las presentaciones en power point, entre otros para favorecer la comunicación con los residentes, funcionan como una extensión de los sentidos al poner al servicio del docente recursos, generalmente visuales, que pueden representar conceptos, sistemas de organización, imágenes reales, etc., con las que el residente puede alcanzar una mayor comprensión del contenido que recibe.

Los medios de apoyo a la comunicación oral son, esencialmente, visuales. Dentro de esta tipología, en los últimos años, han ido apareciendo distintos medios capaces de representar una imagen cada vez más sofisticados, con mayores prestaciones como apoyo a la comunicación y con una gran capacidad icónica.
Las diapositivas han ampliado considerablemente las posibilidades de la comunicación oral, y, aunque no con el entusiasmo que en otros foros, en el aula han tenido una presencia importante. Los sistemas de presentación de las imágenes proyectas y le han añadido sus propias características en cuanto al acceso, manipulación, ordenación y combinación de las mismas.
Es el método verbal utilizado para crear el contexto de aprendizaje, en los seminario que el profesor es el especialista del tema, que domina la materia a la perfección, La enseñanza de los

seminarios se fundamenta en la transmisión de los saberes del profesor que se traduce en conocimientos para el residente. Se puede correr el peligro de que el profesor que tiene los conocimientos no sepa enseñarlos.

Durante los seminarios se observa que los residentes tienden a copiar, a estar atentos a la conferencia que dicta el profesor, sin embargo se nota una actitud pasiva frente a lo que se escucha. Las preguntas por lo general se hacen al final y la comunicación durante el seminario es muy escasa por que el proceso se centra en tratar de retener, copiar o registrar de alguna manera el mayor cúmulo de información.

Se observa en los videos, el uso de transmisión de información, se comparten experiencias del docente expositor definido por los docentes como expertos , que esperan que a partir de compartir sus saberes y sus experiencias durante el manejo de casos clínicos y otras circunstancias del contexto de enseñanza aprendizajes, se ven reflejadas en la apropiación de competencias, habilidades tantos conceptuales, clínicas y procedimentales en el manejo de el motivo de consulta y/o problema.

La clases y seminarios tradicionales requieren un esfuerzo en su preparación, son elementos que necesitan mucho tiempo y dedicación del profesor, en el que recae toda la responsabilidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, las clases magistrales se constituyen en miniclases previas a la actividad práctica, listados de objetivos apoyados en contenidos que sustentan los procesos que propone el currículo para el desarrollo del seminario.

Durante la observación de las clases se pudo evidenciar que la educación superior, los docentes muchas veces no tienen ningún tipo de formación en pedagogía, simplemente enseñan como les enseñaron, es decir, a través de clases expositivas. Esta modalidad de enseñanza normalmente esta focalizada en los contenidos, priorizando los conceptos abstractos sobre los ejemplos concretos y las aplicaciones. Las técnicas de evaluación se limitaron a comprobar la memorización de información y de hechos, procedimientos, diagnósticos y síntomas biológicos ocupándose muy rara vez de desafiar al estudiante a alcanzar niveles cognitivos más altos de comprensión. De esta manera, tanto profesores como estudiantes refuerzan la idea que en el proceso de enseñanza – aprendizaje el profesor es el responsable de transferir contenidos y los estudiantes son receptores pasivos del conocimiento. Para fomentar la interacción entre compañeros de clases, para que , mediante la reflexión y la discusión, se alcancen nuevos entendimientos e introspecciones limitar las oportunidades y la práctica para que los estudiantes pregunten y así identifiquen sus conceptos erróneos (Brower, 2009). En resumen la conferencia tradicional estimula un aprendizaje mecánico, todo se aprende de memoria, fomenta una recepción pasiva del conocimiento.

Se observa que se reconoce y se valora el aporte de los expertos en una temática. Se infiere que el residente esta atento y receptivo a las sugerencias y planteamientos de quien expone varios temas con lo que expone la teoría, acompañando de diapositivas y teoría descriptica de los textos usados como referencias, de los que toma estadísticas, análisis e interpretación de tablas, y conexiones entre varios autores acerca de un mismo tema, además se infiere que el aprendizaje se da en mayor nivel para el residente que tiene a cargo la exposición y que los que escuchan es muy poco lo que pueden aportar o ampliar al respecto, porque la responsabilidad recae sobre quien tiene a cargo la conferencia. En esta medida estamos hablando de un aprendizaje pasivo que descuida la necesidad de desarrollar el aprender cómo se aprende, esta necesidad tiene relación con los procesos y los factores cognoscitivos y también con los factores externos asociados con el aprendizaje

Se reconoce los aportes referidos en la charla desde la experiencia del docente. Y acorde con esto responde a un estilo de clase magistral. Además se observa que los residentes se van con muchas ideas para investigar y leer, se plantea una clase más desde lo receptivo y sin miras a plantear un debate participativo. Por lo demás se observa que las ilustraciones y las ayudas didácticas que el docente utiliza para apoyar su clase, se constituyen en el fundamento de la clase, es el profesor el que prepara sus charlas y expone su conocimientos y el residente asume su actitud atenta a la escucha y receptiva, con el propósito de captar el mayor cumulo de información.

El parámetro de la sesión se mueve en dos ejes diagnóstico y tratamiento, se parte de un punto inicial para solicitar clínicos y paraclínicos y incluye solicitud de laboratorios.

Se recomienda primero diagnosticar antes que medicar, partiendo de un diagnóstico preciso, y sino remitirlo a un especialista.

La primera sesión se centra en el diagnóstico, la segunda parte el tratamiento y luego la remisión al especialista.

Las charlas magistrales de los residentes y de los docentes están soportadas por las diapositivas que inicialmente requieren una planificación del proceso enseñanza-aprendizaje. Se formulan los objetivos del tema y se diseñan las diapositivas, con imágenes, tablas y otros recursos que soportan la información, la utilización de medios audiovisuales creo el interés de los residentes asistentes y mostro la experticia y manejo de la temática del docente que expone. De igual forma se da una planeación de actividades posteriores a la presentación de imágenes. Esta actividad es muy importante reconocer el valor y ayuda didáctico al medio utilizado en este caso a los soportes de imágenes, tablas, graficas, secuencias de proceso.

De igual forma durante la charla y el uso de diapositivas se corre el riesgo de caer en la monotonía, en saturar al auditorio con demasiada información que se puede tornar difícil de retener.

Anexo 17. Módulo sobre el manejo integral de la paciente

Modulo sobre el Manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la Relación médico paciente Construido a partir de la estrategia didáctica del Aprendizaje Basado en Problemas

Módulo Manejo Integral de la Paciente de Climaterio y Menopausia.

Autor: Jacinto Sánchez Angarita

Tutor:
Dr. PABLO PARAMO BERNAL PhD.

Universidad Pedagógica Nacional
Doctorado en Educación
Noviembre de 2016

TABLA DE CONTENIDO

1 Resumen 387
1.1 Objetivos Del Modulo 389
1.2 Objetivos específicos: 389
2 Introducción 390
3El Aprendizaje Basado En Problemas 390
3.1 Contenidos 393
3.2 Casos Clínicos 395
3.3 Actividad 396
3.3.1 Situación problema: 396
3.3.2 Caso 1 397
3.3.3 Caso 2 397
4CLIMATERIO y MENOPAUSIA 399
4.1 Objetivos generales: 399
4.2 Temario: 400
4.3 Métodos y Técnicas: 400
4.4 Tiempo y Horario 401
4.4.1 Recursos: 401
4.4.2 Diseño de las sesiones con la estrategia metodológica ABP 401
4.4.3 Conceptos básicos y generales del Climaterio y la Menopausia 401
4.4.4 Menopausia artificial: 401
4.4.5 Climaterio 402
4.5 Relatoría climaterio y menopausia 403
4.5.1 PRIMERA SESIÓN 403
4.5.2 Segunda Sesión 406
4.5.3 Tercera Sesión 407
4.5.4 Libros y artículos recomendados 407
5OLEADAS DE CALOR 408
5.1 Tema: Oleadas De Calor – Sudoración 408
5.2 Objetivos 408
5.3 Objetivos Específicos 408
5.4 Presentación 409
5.5 Metodología 409
5.6 Método de Trabajo 409
5.6.1 Relatoría 410
5.6.2 Caso Clínico 410
5.6.3 Hipótesis de Manejo 412
5.6.4 Temas a reforzar 413
6El Aprendizaje Basado en Problemas en la Resolución de Problemas 413
6.1 Formación integral 414

6.2 Relación Médico-Paciente 414
6.2.1 Comunicación 414
6.2.2 Contenidos 414
6.2.3 Metodología 415
6.2.4 Contenidos 415
6.2.5 Humanización de la práctica clínica 415
6.2.6 Marco De La Supervisión Practica Clínica 415
6.2.7 Proceso de resolución de problemas 416
6.2.8 Evaluación 417
7Modelo Tradicional 417
7.1 Modelo Tradicional De Medicina 419
7.2 Casos clínicos 420
7.2.1 Caso 1 420
7.2.2 Caso 2 420
7.2.3 Atención del caso clínico 420
7.3 Relación Médico - Paciente 420
7.3.1 Comunicación 420
8 ..... BIBLIOGRAFIA 421

1 Resumen

Este módulo de formación sigue el modelo didáctico de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP); se pretende fomentar en los residentes procesos colaborativos del trabajo en equipo, se ofrecen varias estrategias desde la enseñanza de la medicina para resolución de problemas y/o motivo de consulta con las cuales se puede aplicar varias estrategias de aprendizaje.

El Modelo didáctico (ABP) en el que se sustenta esta investigación partió de la identificación de problemas de orden científico, el residente es un ser activo, con conocimientos previos, un sujeto que puede plantear sus posturas frente a la información que está abordando y sobre todo, que él mismo va construyendo desde el desarrollo mas estructurado y que puede dar lugar a procesos más rigurosos y significativos para el estudiante de postgrado (residente). Se propone la construcción de una didáctica que promueva el desarrollo de procesos de pensamiento acción, la formación de actitudes y valores, y en general, la formación del residente a partir de la comprensión y búsqueda de la resolución de problemas. En el Modelo didáctico se diferencian los roles de los residentes y los docentes; se parte de un caso clínico, estableciendo la situación problema; se propone la resolución de problema como estrategia didáctica para dar solución al motivo de consulta o problema, es decir, tener en cuenta (a) los casos centrados en el análisis crítico de toma de decisiones de resolución de problemas, (b) casos centrados en generar propuestas de toma de decisiones, (c) el método de presentación de casos; (d) los pasos del análisis de decisiones clínicas. Desde estos aspectos, los residentes debe escoger un caso sobre oleadas de calor - sudoración, y aplicar las técnicas sugeridas para la solución del motivo de consulta; presentar el caso, plantear la estrategia desde la resolución de problemas mostrando cómo solucionó el motivo de consulta o problema; a partir del caso se plantean objetivos, metodología, método de trabajo, resolución de problemas, el desarrollo de

un trabajo practico, la aplicación de conceptos y otros aspectos que muestran cómo el trabajo de aula de clases se desarrolla dentro de un ambiente de interacción dialógica entre residentes y docentes.

Un aspecto a desarrollar es la relación médico- paciente en el cual se va a tener en cuenta la comunicación médico-paciente, los procesos cognitivos y metacognitivos que se desarrollan en la relación médico-paciente. El contexto de la relación médico-paciente está delimitado por los presupuestos éticos asistenciales y deontológicos profesionales.

A partir de la presentación y atención del caso clínico por parte de los residentes se realizará una supervisión por parte del equipo de residentes y el docente, se tendrá en cuenta aspectos como la exploración del caso clínico, el diagnóstico integral, la lectura integrativa pluralista de la sintomatología y de la salud de la paciente que consulta, la estrategia para la resolución de problemas que utilizó el residente, se observará la relación médico –paciente, la comunicación, los proceso cognitivos y metacognitivos durante el proceso de la consulta; se hará una evaluación del proceso desarrollado por el residente durante todo el proceso.

Se elaboró el modulo sobre el manejo integral de la paciente como estrategia pedagógica que integra acciones y procesos dirigidos a los factores educativos que inciden en la diseño, implementación, ejecución y evaluación del modelo didáctico (ABP). Dentro de los contenidos del modulo están la resolución de problemas, selección de diferentes ejes polémicos sobre las oleadas de calor, la relación médico-paciente, la práctica clínica, la formación de los residentes en las dimensiones comunicativa, metacognitiva y cognitiva.

En cuanto al manejo integral de la paciente, con el proceso salud-enfermedad de las personas, se busca el bienestar, sensación y percepción placentera y agradable, que garantiza una sobrevivencia digna. En toda sociedad se debe reconocer a la mujer como un ser integral, por tanto debe haber una visión totalizante de ella, que trasciende la mirada del cuerpo femenino como reproductor biológico a una persona con múltiples papeles y con diferencias de género asignado por la cultura; diferencias que le han impuesto características específicas en cuanto a sus condiciones de vida, salud y practicas de vida saludable, (Orem. E. D., 1993).

Desde el punto de vista del médico es importante tener claro el concepto de manejo integral del proceso biológico en el climaterio y la menopausia, algunas mujeres consultan por el interés de control y prevención (población asintomática), otras lo hacen para el manejo de sus síntomas menopáusicos, y en un porcentaje elevado para el tratamiento de sus enfermedades (población sintomática o clínicamente enferma). El enfoque de la paciente en climaterio debe hacerse en tal forma que se evalúe y oriente integralmente, para ello es necesario la participación de médicos que tengan amplios conocimientos del proceso del envejecimiento, capacitados en el manejo de este grupo de pacientes, en el concepto bio-sico-social, motivados por los programas de prevención, además deben tener el concepto de trabajo interdisciplinario con profesionales afines, psicólogos, nutricionistas, terapistas de familia, geriatras, gerontólogos, endocrinólogos, internistas, entre otras.

El manejo integral de la paciente en climaterio y menopausia implica prevenir la enfermedad y para esto ha de incluir todo el organismo y no reducirse a su aparato genital, por este motivo ser llevado adelante tanto por el médico de atención primaria o por el especialista en ginecología. Se debe informar a las pacientes las diferentes técnicas a realizar, con sus riesgos, sus valores predictivos y su balance costo/beneficio; así mismo, promover la educación sanitaria en lo que a prevención primaria de las patologías más frecuentes se refiere. Actuando en esta doble vertiente, se asegura una prevención más efectiva y eficaz de la patologías más prevalentes en este grupo etáreo.

Uno de los ejes que se consideran relevantes en el manejo integral de la paciente, es fomentar el autocuidado, esto es la capacidad humana de los individuos para realizar acciones, cuyo propósito es cuidar de sí mismo y otros; considerado un conjunto de prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, auto-conocimiento y auto expresión de aspectos que favorecen el desarrollo integral. En palabras de Orem (1993), ocuparse de su autocuidado requiere ejercitar habilidades para dirigirse a sí mismo. Cuando las personas están bien, el autocuidado no es preocupación primordial; los intereses y actividades se centran en la vida personal y el trabajar es de interés especial. Estudios recientes indican, que las personas que practican acciones de autocuidado tienen menores posibilidades de enfermar o morir; por lo tanto mayores satisfacciones en su vida diaria, pero para ello se ha de constatar con una previa orientación, (Ostiguin R. M., 2011).

Dentro de las investigaciones que se han realizado es el II consenso cubano sobre climaterio y menopausia (Sarduy Napoles., 2006), se hace referencia a la atención integral; con objetivos como la atención integral personalizada y humanista de la mujer de edad mediana en todos los niveles del sistema nacional de salud. En el articulo "el logro de la madurez femenina: la experiencia del Climaterio en grupo de mujeres, (Pellicer, 2011), se partió de reconocer las vivencias del climaterio como proceso holístico de un pequeño grupo de mujeres entre 45 y 55 años; administraron la escala de calidad de vida en la menopausia; dentro de los resultados referidos en el estudio está el concepto en torno al proceso de climaterio y menopausia; la información de la que disponen; los cambios somáticos y psicológicos; la sexualidad; las repercusiones sociales; los significados y sensaciones en torno al climaterio y los miedos y acciones para el autocuidado. Los resultados que arrojo la investigación está que las mujeres encuentran aspectos tanto positivos como negativos y neutrales, cuya balanza configura que su paso por esta etapa sea de crecimiento o de decadencia. Se plantea como reflexión eliminar tabús y conceptos erróneos y ofrecer una educación para la salud que fomente el correcto autocuidado, donde se minimice la tendencia predominante de medicalizar este periodo y se observe desde una perspectiva holística ya que todos los aspectos configurarán su vivencia.

1.1 Objetivos Del Modulo

Objetivo General: Evaluar el impacto de un módulo del Manejo Integral de la Paciente en Climaterio y Menopausia y la Relación Médico-Paciente, construido a partir de la estrategia didáctica del ABP frente a la educación tradicional que favorezca los aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos de los residentes de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

1.2 Objetivos específicos:

Diseñar, implementar y evaluar un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación médico - paciente con los estudiantes de postgrado con la estrategia didáctica del ABP y compararlas con la estrategia didáctica tradicional que utilizan los profesores y residentes en el semestre de ginecología a través de una intervención en el aula y en el consultorio médico.

Describir los resultados de la aplicación del módulo, los cambios en la formación (aspectos cognitivos, metacognitivos y comunicativos) de los residentes de obstetricia y ginecología en el tema del manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia y la relación medico - paciente, luego de la aplicación de módulo construido desde la estrategia didáctica del ABP .

Se realizará un diagnóstico, con observación de los seminarios de climaterio y menopausia, reflexión sobre cómo se ha venido desarrollando la docencia y la práctica clínica ,que acción se van a desarrollar para corregirse; la planificación, como proceso inter-rectroactivo, es decir que se puede observar, reflexionar, planificar y proponer acciones, puede ser de diferentes secuencias en miras a reconocer las particularidades del sujeto, a realizar proceso meta-observacionales que plateen ajustes y generen nuevos ejes problémicos sobre los cuales se pueda reflexionar, planificar y proponer acciones. El reconocimiento del sujeto incluye tener en cuenta los aspectos biológicos, culturales, psicológicos, sociales, cognitivos. La ejecución, la evaluación del modulo propuesto; ajustes al mismo.

2 Introducción

El ABP es una estrategia didáctica de desarrollo curricular utilizada inicialmente en las escuelas de medicina para facilitar el aprendizaje, hoy día es utilizada en los niveles elemental, superior y universitario. El proceso de enseñanza – aprendizaje utilizado en el ABP está basado en el enfoque constructivista, que visualiza al estudiante como un ente activo en la adquisición de conocimiento. Durante la implantación del ABP como estrategia de enseñanza, el libro de texto se utiliza solo como referencia al igual que otros materiales.

El método tiene implícito en su dinámica de trabajo el desarrollo de habilidades, actitudes y valores que beneficien al estudiante personal y profesionalmente.

El aprendizaje basado en la solución de problemas "es una estrategia que organiza la experiencia de aprendizaje alrededor de la investigación y resolución de problemas confusos (no están claros, conocido también como mal estructurados del mundo real del estudiante".

Esta metodología se desarrolló con el objetivo de mejorar la calidad de la educación médica; surge por el deseo de cambiar la orientación de un currículo que se basaba en una colección de temas y exposiciones del maestro a uno integrado que presentara situaciones de la vida real.

El ABP surge porque luego de investigaciones y constantes análisis sobre la educación en los niveles elemental y secundario se ha encontrado que los alumnos presentaban dificultad para razonar, tomar responsabilidad por su aprendizaje, trabajar en forma colaborativa,

3 El Aprendizaje Basado En Problemas

El ABP se inicia siempre del proceso de aprendizaje mediante un problema extraído de la misma realidad o basado en ella, en el caso de esta investigación, se parte del motivo de consulta y/o problema con el que la paciente acude a consulta. Para dar solución al problema se requiere que el residente acuda a sus conocimientos previos y competencias profesionales propias de la disciplina. Esto perite relacionar a los residentes con la situación, problema y/o caso clínico que deben resolver y para lo que necesitarán conocer y aplicar todo un conjunto de informaciones y de conocimientos no sólo conceptuales, sino también procedimentales y actitudinales. Y no sólo teóricos, sino también prácticos.

Según,(Seven Jumps), la secuencia para aplicar el ABP en los procesos de aprendizaje son:

- Planteamiento del problemas, que lo hace el profesor, sacado del banco de problemas.
- Clarificación de términos, para dejar establecido que todos los estudiantes tengan una comprensión igual de los términos del problema.
- Análisis del problema, se examina este a ver si se trata de un solo problema o si puede dividirse en varios sub-problemas, para facilitar su solución.

- Explicaciones tentativas, aquí los participantes lanzan hipótesis explicativas del problema y las someten a discusión, a partir de la preparación teórica que tienen.
- Objetivos de aprendizaje adicional. Fase en la cual se determina qué temáticas es preciso consultar y profundizar para dar una mejor solución al problema.
- Autoestudio individual o tiempo de consultas a expertos o en biblioteca para sustentar las hipótesis lanzadas.
- Discusión final y descarte de hipótesis o explicaciones tentativas.

El método de los ocho pasos, (Publicado en el Journal OF ABP en el ano 2000) es:

- Explora el problema, crear hipótesis identificar aspectos.
- Tratar de resolver el problema con lo que ya se sabe.
- Identificar lo que se sabe y lo que se necesita saber para resolver el problema.
- Priorizar las necesidades de aprendizaje, definir objetivos de aprendizaje nuevo y recursos de información y distribuir tareas de consulta entre los participantes.
- Autoestudio y preparación
- Compartir la información entre todos.
- Aplicar el conocimiento a solución de problemas
- Evaluar el nuevo conocimiento logrado, la solución dada y la efectividad de todo el proceso.

Según Navarro (2009). las características del aprendizaje, son:

- Aprender en forma activa
- Aprender colaborativamente
- Integrar conocimientos
- Aprender en forma significativa
- Relaciones interpersonales
- Ambiente aprendizaje favorable

Para Navarro (2009) el rol del maestro se constituyen en:

- Ser especialista en métodos y metas del programa
- Ser experto en manejo de interacción de grupos

- Servir como coordinador de autoevaluación significativa y de otros métodos evaluativos adecuados para evaluar solución de problemas y desarrollo de habilidades de pensamiento, como mapas conceptuales, la técnica del portafolio y otros.
- Motivar, reforzar, estructurar, facilitar pistas, sintetizar información.
- Flexibilizar frente al pensamiento crítico de los estudiantes.
- Conocer y manejar el método científico, manejo del descubrimiento guiado.
- Disponer de tiempo para atender inquietudes y necesidades de los estudiantes, individualmente o en pequeños grupos.
- Facilitador del aprendizaje
- Facilitador del ambiente aprendizaje
- Trabajo en equipo docente multiprofesional

Según Bassan (2007) las características del docente son:

- Compromiso docente
- Conocimiento de la disciplina
- Dominio metodológico;
- Habilidades comunicacional del docente.

Las competencias del profesorado :

- Rol como facilitador del aprendizaje y del ambiente generado en el aula
- Trabajo colaborativo entre pares.
- Dominio metodológico
- Compromiso docente.
- Diseño Del Problema Y La Situación
- Guía para los estudiantes durante el proceso de aprendizaje
- Facilita los recursos
- Evalúa: la Efectividad del problema
- Realización de las actividades
- Ejecución de los estudiantes
- Su rol como guía

Para Dueñas (2001), el rol del estudiante debe incluir la disposición para trabajar en grupo, comunicar ideas, aportar información significativa a la discusión grupal; tener el interés de ampliar su campo de estudio: realizar búsqueda en diversas fuentes informativas; demostrar compromiso e interés hacia la labor realizada.
Para Navarro (2009) las competencias en el estudiantado son:

- Autonomía
- Análisis crítico
- Proactividad
- Habilidades comunicacionales
- Capacidad de priorización
- Aprender multiprofesional
- Desarrollo personal y valórico

3.1 Contenidos

- Epidemiología del Climaterio y Menopausia
- Fisiopatología del climaterio y de la menopausia
- Diagnóstico del climaterio y de la menopausia
- Tratamiento del climaterio y menopausia
- Terapia hormonal de sustitución
- Manejo de las oleadas de calor
- Osteoporosis en la menopausia
- Enfermedad cardiovascular en la menopausia
- Riesgo de cáncer de seno en la menopausia
- Abordaje socio cultural del climaterio y la menopausia
- Marco cultural y las diferencias socioeconómicas.
- Calidad de vida
- Sexualidad
- Autoestima
- Relación de Pareja
- Aspectos éticos deontológicos sobre el abordaje de la Menopausia

Según Cura, (2009) las comprensiones que se tiene de la menopausia desde una visión integral en el abordaje clínico, se reflejan en el siguiente paralelo.

LECTURA HOLISTICA, INTEGRAL / BIOPSICOSOCIAL DE LA MENOPAUSAI	
CONCEPTO	APORTACIONES
Menopausia desde el paradigma Holístico, Teoría General de sistemas, Causalidad circular.	Nos permite comprender mejor:
Paciente conformada por múltiples sistemas: biológico, psíquico, social y sanitario.	Las aportaciones de los otros modelos.
Salud enfermedad: equilibrio-desequilibrio de los subsistemas.	Climaterio individualizado. No hay climaterio, sino climaterios.
Enfoque multidisciplinar.	Perspectiva del climaterio amplia y positiva.
Climaterio: época de crisis: cambio y adaptaciones. Edad crítica.	Mejorías en el nivel de Salud
Características de la crisis climatérica: Tres componentes:	Comprensión de estudios epidemiológicos.
	Determinantes biológicos: síndrome premenstrual, miedo embarazo, meno-metrorragias) y psiquismo (madurez, tiempo libre, reencuentro con la pareja.
Psicológico: crisis mitad de la vida.	Propuesta de abordaje del problema: Ámbito colectivo: programas de intervención biopsicosocial. Aptitudes- holístico. Uso adecuado de la terapia hormonal de sustitución.
Familiar: Nido vacío, Incorporación del sistema familiar de origen y al de los hijos, reencuentro con la pareja.	
Biopsicosocial: crisis Hormonal.	
Crisis Social: belleza, Juventud, sexualidad.	
NO NECESARIAMENTE NEGATIVA. OPORTUNIDAD PARA CRECER.	

Las actividades del Residente son:

- Preparación del problema
- Búsqueda de bibliografía relacionada con el tema
- Participación activa
- Presentación del problema
- Presentación de la temática de cada seminario

- Discusión
- Presentación por escrito de cada seminario / relatorías

Para González (2010), el tutor es clave en el aprendizaje, los estudiantes son guiados por maestros entrenados como facilitadores cognitivos, quienes desarrollan en ellos el pensamiento crítico, la solución de problemas y habilidades de colaboración mientras identifican problemas, formulan hipótesis, conducen a la búsqueda de información, realizan experimentos, formulan soluciones y determinan la mejor manera de acoplar las soluciones a los problemas planteados. El facilitador además de motivar a los estudiantes a disfrutar el aprendizaje, estimulando su creatividad y responsabilidad en la solución de problemas del mundo real; las actividades del facilitador (docente) son: la planeación del curso; la planeación de los seminarios; la tutoría previa a los estudiantes; la participación activa en el seminario; la evaluación de los estudiantes.

3.2 Casos Clínicos

El estudio de casos es una técnica de enseñanza en la que los residentes aprenden sobre la base de experiencias y situaciones de la vida real, y se permiten
Así, construir su propio aprendizaje en un contexto que los aproxima a su entorno. Esta técnica se basa en la participación activa y en procesos colaboradores y democráticos de discusión de la situación en el caso, por lo que :

- Se deben representar situaciones problémicas diversas de la vida para que se estudien y abalicen.
- Se pretende que los residentes generen soluciones validas para los posibles problemas de carácter complejo que se presenten en la realidad futura.
- Se deben proponer datos concretos para reflexionar, analizar y discutir en grupo y encontrar posibles alternativas para la solución del problema planteado.
- Guiar al residente en la generación de alternativas de solución, le permite desarrollar la habilidad creativa, la capacidad de innovación y representa un recurso para conectar la teoría a la práctica real.
- El estudio de casos es pertinente usarlo cuando se pretende:
- Analizar un problema
- Determinar un método de análisis
- Adquirir agilidad en determinar alternativas o cursos de acción
- Tomar decisiones.

Según González-López (2010); Iniciación al análisis de casos, una metodología activa de aprendizaje en grupos. Ediciones Mensajero, S. A. Bilbao, España.
Algunos teóricos plantean las siguientes fases para el estudio de un caso:
Fase preliminar: presentación del casos a los participantes
Fase de eclosión: explosión "de opiniones, impresiones, juicios, posibles alternativas, etc, por parte de los participantes.
Fase de análisis : En esta fase es preciso llegar hasta la determinación de aquellos hechos que son significativos. Se concluye esta fase cuando se ha conseguido una síntesis aceptada por todos los miembros del grupo.
Fase de conceptualización: Es la formulación de conceptos o de principios concretos de acción, aplicables en el caso actual y que permiten ser utilizados o transferidos en una situación parecida.

- Se describe la experiencia del pasado curso académico de una practica de ginecología en la asignatura de climaterio y menopausia siguiendo la metodología del aprendizaje basado en problemas, utilizando una metodología semipresencial.
- Se aprovecha el diseño de un módulo sobre el manejo integral de la paciente de climaterio y menopausia de forma experimental.
- Dicha asignatura se cursa como practicum de quince días durante los cuales los residentes realizan diez sesiones de dos horas y cinco días de estancia hospitalaria.
- La práctica del ABP, se les anuncia el primer día, cuando empieza el curso la asignatura. Se divide cada grupo en tres subgrupos y se les aporta dos casos a cada grupo sobre oleadas de calor. Cada grupo debe presentar sus dos casos en una sesión presencial. Posteriormente los residentes debaten cada caso, el profesor no aporta soluciones solo conduce la sesión y el debate. Tras ellos se les da quince días para completar el debate en un foro y elaborar un informe escrito “a otro médico” de cada caso.
- Se aportan los resultados, la evaluación de los residentes, con un cuestionario de satisfacción y una escala de dificultad de los casos valorada por tres profesores independientes.

3.3 Actividad

3.3.1 Situación problema:

A continuación se presentan 2 casos. Se debe escoger uno de ellos que se debe ser enfrentado por cada residente para poner estrategias de trabajo encaminadas a su resolución. Para ellos se

requiere una revisión bibliográfica, asesoría y seguimiento por parte de los profesores. Igualmente es posible que se realicen prácticas de laboratorios con el propósito de corroborar mediante el trabajo demostrativo la variedad de las hipótesis que se propongan en el grupo, para resolver el problema planteado.

3.3.2 Caso 1.

Paciente de 50 años que consulta por oleadas de calor, astenia cefalea, resequedad vaginal al examen físico se encuentra 150 100, peso 65 kilos talla 150 , circunferencia abdominal 95 cm, cardiopulmonar normal. Abdomen normal al examen genital miomatosis uterina se solicitaron laboratorio de cuadro hemático parcial de orina, glicemia tsh, densitometria ósea tiene tsh de 6, densitometría ósea menos 2 d e. Una paciente con este cuadro clínico debe recibir terapia hormonal?

3.3.3 Caso 2.

Paciente de 55 años que consulta por oleadas de calor , y trae una densitometría que muestra osteoporosis al examen físico se encuentra 160 100, IMC de 30 , con circunferencia abdominal 98, y al examen ginecológico cúpula bien suspendida . Anexos no palpables. En una paciente con este cuadro clínico cual sería el diagnostico, que exámenes para clínicos le pediría, cuál sería el tratamiento?
Aplicación del aprendizaje basado en problemas, presentación de la situación motivadora: real o casi real que sea de interés para los estudiantes con el propósito de generar discusión y análisis.
Implicaciones para el docente : El docente / tutor debe clarificar el problema y alrededor de él debe resaltar datos relevantes; identificar asuntos a resolver; identificar vocabulario no conocido; identificar datos.
La situación presentada a los estudiantes: Responde al contenido curricular, provee oportunidad para la integración curricular, apropiada para el nivel de enseñanza.
El docente / tutor debe corroborar que el problema planteado cubra los objetivos establecidos para contener el contenido de la clase programados para la unidad. Los problemas deben estar diseñados para motivar la búsqueda independiente de información a través de todos los recursos disponibles.
El procedimiento establecido debe:

- Apoyar la diversidad de estrategias
- Realizarse por medio del trabajo colaborativo
- Generar intercambio de ideas y búsqueda de información entre los estudiantes.
- Estructura para diseñar el ABP en la formación de residentes de ginecología y obstetricia, descripción del problema, los estudiantes pueden plantear más de un problema, esto dependerá del conocimiento previo que estos tengan sobre el tema.
- Clarificación del problema: qué se sabe, que se necesita y como se va a saber.

- Identificar posibles soluciones al problema: Activar experiencias previas; identificar áreas de desarrollo; mencionar procesos metodológicos para la solución del mismo.

- Implantación del procedimiento: Se dividirán los estudiantes en grupos de 4 residentes.

Las actividades que los tutores hacen en la etapa de diseño del curso que tendrá un enfoque ABP:

- Identificación de la población.
- Definición de los objetivos del curso.
- Definición de los método Pedagógico
- Identificación de las actividades tareas y ejercicios claves.
- Identificación de los medios y recursos.
- Definición de los problemas y casos de estudio
- Elaboración de guías de trabajo
- Diseño de propuestas e instrumentos de evaluación
- Definición del papel de los tutores y elaboración de guías del tutor

Las actividades que se desarrollan durante el curso son:

- Presentación del curso o del eje de problemas y explicación del enfoque pedagógico.
- Dinámica de las discusiones en grupo
- Asignación de espacios-tiempo para las tutorías y la consejería para los estudiantes
- Aplicación de las propuestas de evaluación formativa y evaluación de los medios y recursos.

Según Delors (1996) el aprendizaje basado en Problemas favorece cuatro aprendizajes, el primer aprendizaje consiste en aprender a conocer o aprender, enfocando esos aprendizajes más al dominio de los instrumentos propios del saber, que a la adquisición del conocimientos clasificados y codificados de manera arbitraria por lo diseñadores de la estructura curricular Delors (1996). En el proceso de aprender a aprender, se debe favorecer el ejercicio de la atención, la memoria asociativa, y el pensamiento crítico (se puede ilustrar como una habilidad adquirible que demanda competencias para evaluar, intuir, debatir, sustentar, opinar, decidir y discutir entre otras).

El segundo aprendizaje, el enfoque favorece el aprender a hacer desde la perspectiva de encontrar la mejor manera de poner en práctica los conocimientos para transformar el entorno, adaptándose al mercado de trabajo y sin menospreciar al instrucción rigurosa que permita la realización de tareas bien definidas propias del área de conocimiento de la profesión (Blumberg, 1992).

En tercer lugar, se favorece con el enfoque ABP el aprender a convivir, toda vez que en los espacios de socialización del conocimiento, el estudiante aprende a comunicarse, a trabajar con los demás y a solucionar conflictos que ocurren como producto de las interrelaciones en los grupos tutoriales, (Holen, 2000). En esa dinámica de trabajo los estudiantes y los autores gradualmente se reconocen a sí mismo reconocen sus potencialidades y sus debilidades y se proponen objetivos individuales y comunes. El conocimiento de sí mismo y el establecimiento en los grupos de objetivos comunes son condiciones forzosas para el conocimiento del otro, (Blumberg, 1992).
En cuarto lugar favorece el aprender a ser, al permitir que los estudiantes y los tutores expongan sus personalidades y al fomentar la autonomía de juicio, la responsabilidad personal y social dentro de un ambiente de comunicación que asevera ser de doble vía. De pluralismo y de respeto por las diferencias.

4 CLIMATERIO y MENOPAUSIA

Presentación verbal que introduzca la temática.
El residente, a la finalización del curso, será capaz de:
Actualizar y aunar conocimientos, habilidades y actividades en relación al abordaje integral de la prestación sanitaria y de cuidados en relación al afrontamiento eficaz de la menopausia.

4.1 Objetivos generales:

- Definir y clarificar las diferencias entre menopausia y climaterio
- Conocer las alteraciones y enfermedades más frecuentes de esta etapa de la vida.
- Identificar los problemas ginecológicos que pueden aparecer en la menopausia
- Valorar los conocimientos del grupo de residentes sobre osteoporosis e higiene postural y su prevención.
- Desarrollar habilidades en el grupo de residentes la detención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y su prevención, en la mujer.

A la finalización del curso, el residente será capaz de:

- Haber actualizado los conocimientos en relación al diagnóstico, tratamiento y prevención en la atención de mujeres con menopausia para poder planificar cuidados eficaces y efectivos en el entorno comunitario.
- Analizar la casuística, epidemiología y los avances en el tratamiento de la menopausia.
- Identificar, formular y resolver problemas de las mujeres con climaterio secundarios a los cambios fisiológicos tanto a nivel individual como familiar.
- Detectar e identificar precozmente factores de riesgo y controlarlos para evitar el desarrollo de patologías sistémicas.

- Actualizar y desarrollar los conocimientos para una relación terapéutica con mujeres menopáusicas.
- Desarrollar habilidades técnicas psicosociales para dirigir el afrontamiento eficaz para la adaptación a la nueva situación fisiológica – psicológica – social.
- Actualizar y desarrollar los conocimientos y habilidades en la Farmacoterapia y otras alternativas de la medicina para el diagnóstico y tratamiento de la menopausia y el climaterio.
- Desarrollar habilidades psicosociales en la relación a la comunicación e interacción con la paciente.

4.2 Temario:

- Introducción
- Conceptual : referencias históricas, datos demográficos, factores antropológicos.
- Endocrinología del Climaterio
- Factores que influyen en la aparición de la menopausia
- Cambios metabólicos producidos durante el climaterio
- Características definidas del climaterio y menopausia.
- Sofocos y Oleadas de calor.
- Cambios Ginecológicos
- Osteoporosis / Afectación del sistema Músculo / esquelético.
- Afectación sistema Cardio – vascular.

4.3 Métodos y Técnicas:

Se propone un seminario interaccional y en el que se compartan los saberes, con una postura constructivismo socio histórico y a través del diálogo de saberes como referente metodológico y como un tipo de acción caracterizado por el reconocimiento de los sujetos participantes en procesos formativos o de construcción grupal de conocimientos.
Esta metodología facilita la comprensión y el aprendizaje colectivo y colaborativo a través de la reflexión y el dialogo para que los procesos comunicativos adquieran validez, significado y generen una apropiación real de los mismos, De igual manera, permite visibilizar los cambios en los conocimientos generados por el proceso formativo de los residentes.

Además es necesario que se tenga la capacidad de cuestionar los conocimientos y comportamientos, con el objetivo de reevaluarlos, mejorarlos y/o transformarlos; desarrollando actividades para la exposición, investigación, el análisis a fin de estimular a los participantes al mismo ejercicio, promoviendo procesos

4.4 Tiempo y Horario

Las sesiones se desarrollarán aproximadamente en hora y media
El horario se negociará con los participantes durante la primera sesión

4.4.1 Recursos:

- Aula
- Pizarra
- Retroproyector

4.4.2 Diseño de las sesiones con la estrategia metodológica ABP

Para el diseño de las sesiones relacionaremos los contenidos, los objetivos específicos, didácticos, técnicas educativas teniendo en cuenta los tiempo y recursos. Desarrollo en el aula del seminario

4.4.3 Conceptos básicos y generales del Climaterio y la Menopausia

Definición de la menopausia : Por menopausia se entiende el cese permanente de la regla, habiendo transcurrido por lo menos un año desde la última regla y sin ningún sangrado menstrual. Suele producirse por termino medio a los 50 años (entre 45 y 55 años)
Menopausia precoz: la que tiene lugar antes de los 45 anos
Menopausia tardía: la que se ocurre después de los 55 anos.
Tipos: Menopausia natural: la que se produce progresivamente por un normal envejecimiento del ovario

4.4.4 Menopausia artificial:

La que se produce por una intervención quirúrgica (extirpación de los ovarios con o sin histerectomía), radioterapia o quimioterapia.
Causas que influyen en la aparición de la menopausia
Los factores que pueden influir (según estudios realizados) son:

- Herencia : Las hijas seguirían el modelo de las madres.
- Número de hijos: Las mujeres sin hijos alcanzan antes la menopausia que las que han tenido hijos.

- Nivel socio-económico: Cuando menor es este nivel, más temprana es la menopausia (probablemente por la alimentación).
- Raza: Las mujeres de raza negra tendrían la menopausia antes que las mujeres de raza blanca aunque si el nivel de vida es similar también la edad de la menopausia podría no variar.
- Clima : las mujeres que viven en altitudes elevadas tendrían antes la menopausia.
- Tabaco: Considerando un acelerador de la menopausia, cuando más fume la mujer más pronto tendrá la menopausia. Se sabe que la nicotina es un tóxico directo sobre el ovario, sobre los centros superiores (Hipotálamo) y sobre el hígado.
- Alcohol: por las enfermedades que conlleva puede acelerar la menopausia si este se consumiera en exceso.
- Enfermedades ginecológicas o enfermedades generales
- Cirugía
- Radioterapia, quimioterapia.

4.4.5 Climaterio

El climaterio es un largo periodo en la vida de la mujer (entre 45 y 60 años) en el que se produce el paso progresivo del estado reproductivo al periodo no fértil.

4.4.5.1 Fases:

- Perimenopausia: Es el periodo, en meses o años, que procede a la menopausia.
- Suele ir acompañado de alteración en el ciclo tanto en lo que se refiere a la cantidad de perdida como a la frecuencia de presentación, pudiendo ser las reglas muy abundantes, muy próximas entre sí, muy separadas o bien presentarse de forma anárquica. En está etapa la mujer se queja de síntomas diversos: irritabilidad, insomnio, cefaleas, o hinchazón abdominal.
- Menopausia: El momento en que cesa la menstruación de manera definitiva. Es un signo de climaterio.
- Postmenopausia: Periodo que sigue a la menopausia. En esta fase desaparecen todos los síntomas derivados de la falta de hormonas (sofocos, sudoración insomio, irritabilidad, etc.)

4.4.5.2 Por que se produce la menopausia

Se produce por un agotamiento ovárico que de forma lenta y progresiva está ya programado desde el nacimiento.
EL ovario es una gandula con doble función:
Produce Estrógeno, progesterona, testosterona y óvulos necesarios para poder reproducirnos.
Síntomas a corto plazo:

- Sofocos
- Sudoración
- Palpitaciones
- Calambres y hormigueos
- Insomnio
- Vértigo
- Jaquecas
- Irritabilidad
- Estado de ánimo depresivo
- Disminución de la libido
- Cansancio de concentración
- Aumento de peso.

A corto plazo estas alteraciones pueden aparecer incluso meses a años antes del cese definitivo de las reglas y en general se manifiestan durante los 2 a 5 primeros años del periodo postmenopáusico, afecta a un 75-80% de las mujeres no con la misma intensidad en todas ellas.

4.5 Relatoría climaterio y menopausia

4.5.1 PRIMERA SESIÓN

Fecha: Viernes 03 de Julio de 2015
Hora de Inicio: 6:00 am Hora de finalización: 7: 00 am
Docente a cargo: Dr. Jacinto Sánchez
Participantes:

- Ingrid Luciana Higuera R. ------- Residente de I año
- Nicolás Alejandro Torres M. --- Residente de I año
- Ana Cristina Mogollón M. -------- Residente de I año

Tema: Climaterio y Menopausia
Metodología: Aprendizaje basado en problemas.
Objetivo:
Desarrollo:
1. Realización de una prueba pre – test de cinco preguntas.
2. Presentación del caso clínico:
3. Discusión del caso clínico:

4.5.1.1 ¿Qué exámenes o información clínica adicional solicitaríamos?

Solicitaríamos información adicional sobre:

- Talla= 1,58 mtr.
- Peso = 70 kg,
- IMC 28.1 = Sobrepeso.
- Glicemia de 98 mg/dl
- Mamografía: Normal.
- Ecografía Transvaginal: Endometrio con grosor de 9 mm.
- Densitometría en – 2.5 DE
- Parcial de Orina= normal.
- Pruebas hepáticas y de función renal = Normal
- T4 libre y T3

A partir del análisis de una caso clínico, hacer un repaso de las indicaciones y estrategias de la Terapia de reemplazo Hormonal para el manejo de la paciente Menopáusica.
Paciente de 51 años de edad, con amenorrea de un año y medio, quien presenta oleadas de calor, dispareunia e insomnio.
Tiene antecedente de familiar en primer grado de consanguinidad con Cáncer de Seno.
Al examen físico, paciente con TA 110/70, útero de tamaño y contornos normales, con cuello largo, posterior y cerrado. Trae los siguientes paraclínicos: Colesterol total de 280 y Triglicéridos de 180.

4.5.1.2 ¿Cuáles son los diagnósticos?

- Menopausia
- Hipotiroidismo
- Hiperlipidemia
- Sobrepeso
- Diabetes?

- Osteoporosis?
- Hiperplasia Simple de Endometrio

4.5.1.3 ¿Cómo sería la terapia de reemplazo hormonal para esta paciente?

Se propone el esquema de Terapia continua con Estrógenos y Progestágenos combinados. Se proponen algunos esquemas terapéuticos que serán mejor definidos en la siguiente sesión.

4.5.1.4 ¿Cuáles serían otras opciones terapéuticas en el caso en el que la paciente no aceptara Terapia de reemplazo hormonal?

Entre las alternativas farmacológicas propuestas se incluyen los Fito-estrógenos, lubricantes vaginales, Raloxifeno, Tibolona.

4.5.1.5 Compromisos para la próxima sesión:

1. En la próxima sesión aclararemos las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo realizar la mamografía?
- ¿Cuándo realizar legrado ginecológico o biopsia endometrial en el
- estudio de la patología endometrial
- ¿Cómo es la interpretación de la Densitometría Ósea?
- ¿Cuáles son los valores diagnósticos de la Curva de Glucosa para el
- diagnóstico de Diabetes Mellitus?
- ¿Cuáles son los niveles normales de calcitriol? ¿Cómo se hace la
- suplencia de Vitamina D?
- ¿Cuándo considerar pruebas de función hepática y renales en el
- abordaje de las pacientes candidatas a Terapia de reemplazo hormonal?
- ¿Cuándo y cómo administrar Estrógenos conjugados y/o Progestágenos
- en Terapia de Reemplazo hormonal?
- Revisar alternativas terapéuticas para pacientes que no desean o no
- son candidatas al uso de Terapia de reemplazo hormonal.

2. Se recomiendan como lecturas de base los capítulos de Menopausia y Climaterio del libro Endocrinología Ginecológica de Speroff.
3. Se programan dos nuevas sesiones académicas: Martes 07 y Viernes 10 de Julio de 2015.

4. En la próxima sesión, se realizará la corrección de la prueba pre-test realizada en esta sesión.
Relatoría Realizada por Ana Cristina Mogollón Mariño. Residente I Año.

4.5.2 Segunda Sesión

• Fecha: Martes 07 de Julio de 2015
Hora de Inicio: 6:30 am Hora de finalización: 7: 10 am
Docente a cargo: Dr. Jacinto Sánchez
Participantes:
Ingrid Luciana Higuera R. ------- Residente de I año
Nicolás Alejandro Torres M. --- Residente de I año
Ana Cristina Mogollón M. -------- Residente de I año
Luisa Fernanda Vásquez V.-------- Residente de I Año
Carlos Germán Zambrano Cerón -------- Residente de II Año
Héctor Sandoval ----- Fellow de Endocrinología
Desarrollo:
La sesión se inicia resolviendo las preguntas que habían quedado de compromise en la sesión anterior:

4.5.2.1 ¿Cuándo realizar la mamografía?

Se ponen a consideración dos esquemas para la realización de la mamografía:
- Consenso Americano: Iniciar el tamizaje a los 40 años. Entre los 40 – 49 años hacer cada 2 años, y después de los 50 años hacer anualmente.
- Guías de Práctica Clínica Colombianas: Iniciar el tamizaje desde los 50 años y hasta los 65 años, y cada dos años. En menores de 50 años se debe individualizar el caso y basados en el criterio clínico se elegirá que pacientes se benefician de ser llevadas a Mamografía.
La primera estrategia ha demostrado resultados en la reducción de la mortalidad por Cáncer de Seno porque existe un grupo importante de pacientes menores de 50 años que aportan a la incidencia de Cáncer de Seno. Sin embargo, la aplicación de esta estrategia en el escenario colombiano tiene dificultades administrativas, además que la guía de práctica clínica cuenta con evidencia fuerte a favor para su aplicación en la población colombiana.

4.5.2.2 ¿Cuándo realizar legrado ginecológico o biopsia endometrial en el estudio de la patología endometrial

Legrado ginecológico: pacientes sintomáticas y con factores de riesgo.
Biopsia: a pacientes sin factores de riesgo, con un grosor endometrial mayor o igual a 5 mm y mayor o igual a 8 en pacientes con Terapia de Reemplazo Hormonal.

4.5.2.3 ¿Cómo es la interpretación de la Densitometría Ósea?

Se utiliza la calificación T SCORE, a través de la cual se compara la densidad ósea de la paciente con la población joven.

El segmento que se considera más confiable para la densitometría ósea es la columna lumbar, para la que debe tenerse en cuenta lo siguiente: Antes de su evaluación lo primero que debe hacerse es excluir la vértebra que puede alterar la interpretación por las características que presenta (presencia de material de osteosíntesis, fractura que genere acuñamiento, procedimiento reciente en la vértebra), y luego hacer un análisis de vértebras no contiguas.

4.5.2.4 ¿Cuáles son los valores diagnósticos de la Curva de Glucosa para el diagnóstico de Diabetes Mellitus?

En realidad, la curva de glucosa ya no tiene utilidad para el diagnóstico de diabetes Mellitus en pacientes adultos. La única utilidad de esta prueba es en pacientes gestantes.

4.5.2.5 ¿Cuáles son los niveles normales de calcitriol? ¿Cómo se hace la suplencia de Vitamina D?

Los niveles normales de Vitamina D son mayores a 30 ng/dl. Entre 20 y 30 se considera Deficiencia de vitamina D, y menor a 20 ng/dl Insuficiencia. Para la suplencia existen varios esquemas, algunos que incluyen dosis de carga; pero en general, debe ser entre 1000 a 2000 UI diarias de Vitamina D, no utilizar calcitriol, el cual no se considera una metabolito activo útil para la elevación de los niveles de Vitamina D.
Compromisos para la próxima sesión:

4.5.2.6 ¿Para qué se utiliza el puntaje Z score de la densitometría ósea?

4.5.2.7 ¿Cuándo solicitar la densitometría ósea en la paciente menopáusica?

Relatoría Realizada por Ana Cristina Mogollón Mariño. Residente I Año.

4.5.3 Tercera Sesión

Fecha: Viernes 10 de Julio de 2015
Hora de Inicio: 6:10 am Hora de finalización: 7: 10 am
Calificación Interpretación
-1 a + 1 DE Normal
- 2,5 a -1 DE Osteopenia
Menor o igual a – 2.5 DE Osteoporosis

4.5.4 Libros y artículos recomendados

- La menopausia de Monserrat Manubens Grau. Jefe de la Unidad de Menopausia del Instituto Dexeus de Barcela .

- Educación para la salud con grupos de mujeres en la etapa de madurez. Guadalajara 2001.
- La menopausia –Salud V- Ministerio de trabajo y Asuntos sociales _ Instituto de la Mujer Coordinación de Concha Cifrián.
- Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en mujeres perimenopausica, menopausica y posmenopausica de la población asistente a la consulta de Ginecología del Hospital de Engativá. Sánchez., J. Bogotá, (2012).

Monografía: Terapia de Reemplazo Hormonal. Sánchez., J & Lomanto., A, Bogotá. (2010).

5 OLEADAS DE CALOR

5.1 Tema: **Oleadas De Calor – Sudoración**

5.2 Objetivos

- Desarrollar en el residente habilidades de aprendizaje independiente y cooperativo.
- Desarrollar y perfeccionar las habilidades de razonamiento crítico, en los que se establezca cuestionamientos ante los problemas propuestos.
- Proponer una lectura interdisciplinaria del caso clínico con miras a comprender el motivo de consulta en todas sus directrices.

Es que sirva como eje organizador de la formación integral de los residentes de postgrado en Ginecología y obstetricia, estructurado mediante el modelo didáctico de resolución de problemas en una perspectiva de investigación.

5.3 Objetivos Específicos

Lograr que el estudiante :

- Adquiera los conocimientos de la fisiopatología de las oleadas de calor, las repercusiones en el organismo de la mujer en la esfera física, emocional , sexual y social.
- Adquiera los conocimientos en cuanto al diagnóstico y conozca los exámenes a solicitar pertinentes

- Conozca los diferentes tratamientos para el manejo de las oleadas de calor y de su repercusiones en la esfera física, psíquica y sexual y social del paciente
- Adquiera habilidades investigativas para el mejor manejo de estos síntomas

5.4 Presentación

Seminario cuyo contenido es la presentación y análisis de casuística y de una variedad de experiencias de la clínica de Menopausia, desde un punto de vista relacional. Este conexo a un sistema de adquisición de experiencia profesional en la práctica clínica mediante la supervisión por parte del docente. El seminario hace parte de un sistema de formación integral, conducente a la obtención del título de especialista en Obstetricia y Ginecología.

5.5 Metodología

Se desarrollará la forma en que se ha llevado a cabo el estudio del caso, proporcionando la información necesaria para aprehender sus particularidades lo más fielmente posible.
Es necesario que el residente presente un resumen de la información obtenida a lo largo de la primera entrevista y referido en la historia clínica inicial. De forma orientativa se sugieren los siguientes elementos a desarrollar:

- Evaluación de los síntomas del climaterio y la menopausia
- Variables exploradas por ejemplo particularidades de la paciente, que sean importantes para tener en cuenta.
- Diagnóstico preliminar: Resumen de las principales alteraciones en la salud de la paciente referidas específicamente a la menopausia.
- Planificación del tratamiento: Objetivos a largo, mediano y corto plazo, objetivos vinculados con las alteraciones en las áreas de la menopausia diagnosticadas.
- Programa de Intervención: Estrategias y técnicas de terapia, tratamiento, empleadas en cada caso, descripciones de las técnicas utilizadas, indicaciones de cada tratamiento (objetivos perseguidos para cada planteamiento).

5.6 Método de Trabajo

El método fundamental y habitual será la exposición de una caso, o de una faceta de un caso, seguido de la exposición y debate de temas y técnicos pertinentes al caso. A través de las exposiciones clínicas y teóricas-técnicas se avanzará en un conocimiento integral de la técnicas de resolución de problemas desde la aplicación.
En cada sesión se indicará las lecturas necesarias hasta alcanzar los objetivos de aprendizaje y experiencias fijados.

Se plantea el método de trabajo en grupos (pequeños) y con técnicas participativas, ayuda a superar las dificultades iniciales de la práctica, y permite una integración activa del conocimiento y experiencia.
Se facilitara a los residentes amplia documentación y casuística y un plan de lecturas y trabajos personales. Se usa un modelo de tutorías permanentes, con sesiones presenciales, complementarias por correo electrónico, y el seminario tiene un sistema de evaluación de la formación, tanto a nivel de los formados, los formadores y el programa. Autoevaluación. Coevaluación, heteroevaluación.
Cada residente debe presentar una relatoría que contenga el contenido que se desarrolla en el seminario.

5.6.1 Relatoría

TUTOR: DR JACINTO SANCHEZ
FECHA 2 DE OCTUBRE 2015

5.6.2 Caso Clínico

Mujer 52 años

5.6.2.1 MOTIVO DE CONSULTA *" Sensación De Calor"*

5.6.2.2 Enfermedad Actual

Paciente que consulta por primera vez con cuadro clínico de 6 meses de evolución de sensación de calor, insomnio, cefalea, diaforesis , con irritabilidad, dispareunía hace 2 años, refiere vida sexual activa, paciente que refiere que camina todos los días 30 minutos, y en ocasionas presenta lumbalgia sin alteración para la marcha. Vive con esposo de 54 años obeso , fumador, sedentario

5.6.2.3 Revisión Por Sistema

Poliaquiuria e incontinencia urinaria de esfuerzo
Alimentación rica en carbohidratos pobre en fibra y proteínas

5.6.2.4 Antecedente

- GINECOOBSTRICOS Menarquia 14 años ciclos menstruales 32*3 desde hace 3 años 20*5 FUR hace 1 año , G3P3 en segundo embarazo presento código rojo, ultima citología hace 2 años normal, no ha realizado mamografía
- PATOLOGICO Hipertensión arterial no controlada ultimo control medicina interna hace 18 meses. Tomaba enalapril, intolerancia a la lactosa
- QUIRURGICO oforectomia izquierda hace 6 años por tumor de ovario , patología benigna, pomeroy

- FAMILIARES madre diabética, padre sin antecedentes, Hermana con cáncer de seno de 54 años
- TOXICO ALERGICO niega cigarrillo o licor, fumadora pasiva
- HOSPITALIZACIONES ninguna
- MEDICAMENTOS dolex para cefalea

5.6.2.5 Examen Físico

- TA 170/110 FC PESO 65 Kg TALLA 151 cm IMC 28,5 FC 80
- Cuello sin alteración
- Cardiopulmonar normal, sin signos de dificultad respiratoria
- Abdomen blando depresible sin masas ni visceromegalias con peristaltismo, sin signos de irritación peritoneal
- TV vagina normotermica, normoeslastica no se evidencia prolapsos con mucosa atrófica vaginal atrófica, se evidencia la incontinencia al examen fisico
- Extremidades sin alteración con adecuada perfusión distal
- Piel xerodemia.

5.6.2.6 Reporte De Laboratorios

Glicemia 89 TSH 6.0, no trae reporte de patología se ovario

5.6.2.7 Diagnósticos

- Menopausia sintomática
- Hipertensión arterial no controlada
- G3P3V3
- Sobrepeso
- Hipotiroidismo interrogado
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Riesgos de osteoporosis
- Ecografía transvaginal
- Se solicita radiografía de caderas y columna

- 10.cefalea

5.6.2.8 Ordenes Medicas

- Densitometría ósea
- Mamografía
- T4 libre
- Uroanalisis, urocultivo
- Urodinamía
- Hemoglobina glicosilada
- Mapa de tensión arterial
- FSH ; LH
- Perfil lipídico
- Pruebas de función renal y hepática

5.6.2.9 Manejo Médico

- Manejo antihipertensivo
- Valoración por nutrición
- Explica estilo de vida
- Ejercicios de Kegel
- Analgésico para cefalea

5.6.3 Hipótesis de Manejo

- Manejo antihipertensivo. Paciente con antecedente de hipertensión sin
- adecuado control con examen físico durante valoración medica con tensión
- elevada que puede relacionarse con la cefalea, la rubicundez y la sensación de calor.
- Valoración por nutrición. Paciente con sobrepeso con dieta inadecuada rica en carbohidratos que le proporcionan factores de riesgo asociado a su hipertensión y su edad. La baja ingesta de calcio, la predispone a osteoporosis.
- Estilo de Vida. Paciente con sedentarismo que asociado a su dieta aumenta

- riesgo de enfermedades metabólicas, riesgo cardiovascular. Previenen los
- síntomas vasomotores de la menopausia.
- Ejercicios de Kegel. Paciente con síntomas de incontinencia de esfuerzo, que
- limitan parcialmente su vida social y sus actividades, que genera estrés y sensación de disconfort.
- Analgésico para cefalea. Paciente que motivo de consulta inicial es la cefalea y que puede ser un síntoma secundario al insomnio a la inadecuada alimentación, el estrés de la incontinencia y la dispareunia, requiere un manejo inmediato para continuar el estudio y determinar el origen de los síntomas

5.6.4 Temas a reforzar

- Que es el climaterio
- Cual es el estudio inicial en una paciente con síntomas de menopausia
- Que es la menopausia sintomática
- Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo subclínico
- Sexualidad y menopausia
- Eficacia de ejercicios de Kegel
- Cefalea y menopausia

6 El Aprendizaje Basado en Problemas en la Resolución de Problemas

- Estudiar el caso plateado.
- Analizar el caso planteado desde distintas perspectivas tratando de señalar las principales variables que describen la situación plateada.
- Identificar la información adicional que se requiere para conocer el caso en profundidad e indicar los principales datos que será necesario recabar.
- Detectar los puntos fuertes y débiles de las situaciones, así como las interacciones que se producen entre ellos.

- Enumerar los problemas planteados estableciendo una jerarquía en razón de su importancia y/o urgencia.
- Estudiar separadamente cada uno de los problemas.
- Generar diversas alternativas de acción para abordar cada uno de los cambios.
- Estudiar los pros y los contras de cada una y establecer un proceso de selección hasta llegar a un par de decisiones alternativas.
- Implementar la decisión tomada señalando las estrategias y recursos necesarios para llevarla a cabo.
- Determinar el procedimiento con el que se llevará a cabo la evaluación de la decisión adoptada y sus efectos.
- Reflexionar sobre los temas teóricos que plantea el caso presentado

6.1 Formación integral

El espacio de la tutoría y supervisión de los casos es propicio para reflexionar sobre aspectos éticos del desarrollo y desempeño de cada residente. Naturalmente se debe velar por un trabajo en que prime el respeto a los derechos del paciente, una actitud profesional responsable. Es Importante respetar el deseo del paciente, velar por un manejo técnico responsable y tener una posición valorativa que éste en beneficio de aliviar un sufrimiento considerando las idiosincrasias personales.

6.2 Relación Médico-Paciente

6.2.1 Comunicación

Objetivo Incrementar las destrezas para la comunicación interpersonal e interaccional con las pacientes.
Conocer los principios fundamentales de la comunicación humana aplicados a la relación profesional/ paciente y a las relaciones interprofesionales.
Aprender técnicas de comunicación y habilidades que favorezcan la comunicación y la relación con los pacientes, sus familias y otros profesionales.

6.2.2 Contenidos

Componentes de la comunicación interpersonal y la génesis de las actitudes personales y profesionales: Descripción de los axiomas de la comunicación.
Aspectos emocionales de la relación médico-paciente y de la relación interpersonal.
Asertividad y habilidades sociales para la mejora de la relaciones con el paciente su familia y equipo de trabajo.
Comunicación de malas noticias.

Afrontamiento y técnicas de resolución de problemas.
Trabajo en equipo.

6.2.3 Metodología

Aprendizaje Basado en Problemas Ética asistencial y deontología profesional

6.2.3.1 Objetivo

Conocer y comprender los principales fundamentos de la bioética con relación a los Derechos humanos, relación médico-paciente, consentimiento informado, consentimiento del menor y del paciente incapacitado, confidencialidad y secreto profesional, Ética y deontología; comités deontológicos y comités éticos de investigación clínica.
Aplicar la metodología del análisis bioético en la resolución de casos.

6.2.4 Contenidos

- Relación profesional Médico-paciente
- Consentimiento informado
- Confidencialidad y manejo de la información clínica de la paciente

6.2.5 Humanización de la práctica clínica

- Libertad de elección del paciente frente al profesional tratante.(Autonomía)
- Competencia profesional (Idoneidad)
- Buena comunicación (Diálogo)
- Compasión (Empatía)
- Estabilidad de la relación (Continuidad) y Ausencia de conflictos de interés (especialmente económicos).

6.2.6 Marco De La Supervisión Practica Clínica

Exploración Integral: Quién es la paciente?, qué le pasa?, cómo es la persona?, qué hace?
Relación Paciente -Entorno
Entrevista Clínica Integral
Examen físico
Examen Mental
Examen con Paraclínicos
Sintomatología
Motivo de consulta (Manifiesto/Latente)
Interconsulta (Remisión a otros Profesional) MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

Diagnóstico integral
Taxonomía: Motivo de consulta (Clasificación de la enfermedad actual)
Identificar el origen del surgimiento del problema y/o motivo de consulta.
Negociar los objetivos del tratamiento (teniendo los paraclínicos).
Especificar las diferentes opciones de tratamientos cuando sea viable negociar (Tratamientos para la menopausia)
Plantear una explicación interaccional del problema y/o motivo de consulta: Por ejemplo identificar las soluciones intentadas, esto es, profesionales consultados, medicamentos y tratamientos, y otros componentes del manejo del motivo de consulta.
Lectura integrativa pluralista
Construcción del plan de manejo
Plan de tratamiento
Objetivos : establecer orden de prioridades para el tratamiento
Construcción de hipótesis Comprensivas y explicativas del problema y/motivo de consulta
Concordancia de los para clínicos con la fundamentación empírica del diagnóstico
Plan de manejo considerado eficaz a la luz de las hipótesis y de la toma de decisiones para resolver el motivo de consulta a la paciente.

6.2.7 Proceso de resolución de problemas

- Estudiar el caso plateado
- Analizar el caso planteado desde distintas perspectivas tratando de señalar las principales variables que describen la situación plateada.
- Identificar la información adicional que se requiere para conocer el caso en profundidad e indicar los principales datos que será necesario recabar.
- Detectar los puntos fuertes y débiles de la situaciones, así como las interacciones que se producen entre ellos, los planteamientos ideológicos desde los que se plantean las intervenciones que entran en juego en el caso.
- Enumerar los problemas planteados estableciendo una jerarquía en razón de su importancia y/o urgencia.
- Estudiar separadamente cada uno de los problemas
- Generar diversas alternativas de acción para abordar cada uno de los cambios
- Estudiar los pros y los contra de cada una y establezca un proceso de selección hasta llegar a un par de decisiones alternativas, eligiendo la que presente mayor coherencia con los fines establecidos.
- Implementar la decisión tomada señalando las estrategias y recursos necesarios para llevarla a cabo.

- Determinar el procedimiento con el que se llevará a cabo la evaluación de la decisión adoptada y sus efectos.
- Reflexionar sobre los temas teóricos que plantea el caso presentado

6.2.8 Evaluación

- Se consideran los siguientes aspectos: La asistencia, el nivel de participación, la lectura y el análisis de la bibliografía, las producciones individuales y grupales.
- Preparación del tema que incluya un revisión sobre el tema "oleadas de calor" con bibliografía actualizada.
- Elaboración reflexiva y analítica de un ensayo sobre el proceso desarrollado.
- Formación : Asume una mirada del Modelo BIO-PSICO-SOCIAL en salud, se considera a un sujeto global por que se desenvuelve en un contexto, considerar el aporte de equipos interdisciplinarios.
- Considera el desarrollo del sujeto en el ciclo vital y en sus diferentes áreas.
- Pluralista: Se reconocen diferentes miradas teóricas y aportes, escuchando la diversidad que integra diferentes corrientes y métodos de intervención.
- Emico: Considera la "Cultura propia" de los sujetos, respetando su "idiosincrasia personal", se trata de entender la realidad desde la situación de los pacientes, desde el interior de los fenómenos.

7 Modelo Tradicional

Desde los planteamientos de Bloom (1956) propone que se ha dado un cambio del modelo tradicional a un nuevo modelo propuesto en el siguiente cuadro se sintetiza.

MODELO TRADICIONAL	MODELO PROPUESTO (ABP)
Dominio completo de los conocimientos básicos como primer paso indispensable para el aprendizaje de la medicina: el programa pre-clínico de dos años.	Dominio substancial selectivo de los conocimientos de base: seis u ocho meses.
Objetivo principal de la primera etapa : acervo de conocimientos memorizados.	Comprensión de los principios de la conducta biopsicosocial del hombre
Enseñanza-aprendizaje dirigidos: concentrado en el contenido, profesor en papel dominante de autoridad, estudiante pasivo y dependiente	Centrado en el estudiante

Predomina el método didáctico: clases magistrales con programa detallado de los conocimientos existentes	Métodos basado en resolución de problemas, en grupos pequeños "el objetivo es preparar para el autoaprendizaje, base de conocimientos en constante cambio.
Orientado hacia la disciplina, enseñanza en etapas de bloques diferenciados por departamentos autónomos.	Integrado, interdisciplinario: en el plano horizontal abarca todas las ciencias; en el vertical conecta las ciencias básicas con las clínicas.
Las aplicaciones clínicas se enseñan después de una sólida base de conocimientos.	Aplicación clínica y exposición a casos comienza en creciente detalle a principios del primer año.
Biología humana y destreza clínicas se estudian con enfoque en el varón adulto	El marco de referencia es el crecimiento y el desarrollo humano, con igual énfasis entre los sexos.
Percepción de a responsabilidad médica como diagnóstico y cura de la enfermedad somatogéna.	La prevención y mantenimiento de la salud comunitaria reciben igual énfasis que la enfermedad.
El paciente es considerado como un objeto pasivo	El paciente es considerado socio en una transacción de salud.

Exposición por parte del Profesor "omnipotente" ponente, de un tema, a través del cual transmite a los "pasivos" educandos todo su saber. Este es acumulado en el intelecto de los alumnos que lo reciben, sin asomo de crítica, como "arcas de conocimiento", aspecto este que cuestiona Freire a lo largo de su vida.

"Clases Prácticas", habitualmente se entiende por tales el traer a unos pacientes, que no por casualidad son siempre los mismos, y organizar un "show" preguntándoles cosas de las que ya sabes - induces las respuestas o dejando a los alumnos que pregunten – induzcan los síntomas. Se habla de una relación ponente-paciente exhibido.

La exposición verbal de diversas "historias clínicas", se busca ir más allá de un acercamiento racional al ser humano enfermo. Intentábamos estimular a los participantes para que alcanzaran a comprender y sobre todo a vivenciar los dinamismos inherentes a un acercamiento al individuo enfermo, incluso fuera del ya amplio y confuso campo de la psiquiatría.

Según Videla (2010) La clases teóricas consiste en la presentación de un tema, lógicamente estructurado, donde el recurso principal es el lenguaje oral.

En la facultad de medicina de la clase teórica sigue siendo el método más utilizado por lo docentes, dirigidos a la adquisición de conceptos por parte de los alumnos.

Históricamente, "la clase teórica, magistral, expositiva "era necesaria, ya que la gente no tenía acceso a los escritos. Entonces "el profesor" transmitía su ciencia en forma verbal. Este sistema persistió hasta la aparición de la imprenta en el siglo XV. La enseñanza estaba centrada en el profesor y el aprendizaje buscaba la memorización del saber. Poco a poco los libros fueron difundiendo entre la sociedad, y los libros de texto complementaban las explicaciones magistrales del profesor; él era un instructor, la enseñanza estaba centrada en los contenidos y el alumno debía memorizarlos. A principios del siglo XX se comienza a democratizar el saber, se insiste en desarrollar actividades, en descubrir el conocimiento; la enseñanza se centra en la actividad del alumno, (Videla R. , 2010).

El postulado de que la enseñanza consiste fundamentalmente en trasmitir conocimientos y el aprendizaje, en recibirlos y asimilarlos, ha entrado en crisis. Por ello algunos autores afirman que "la clases : es una práctica obsoleta e ineficaz. Ahora que disponemos de los libros, de los acceso a la información, de internet (donde se puede estar al segundo enterado de los sucesos mundiales) , la clase teórica, pese a su vigencia, debe revisarse y actualizarse.

Se le exige al profesor que da la clase solamente que sepa el tema. Por carácter transitivo se supone que si alguien sabe el tema, lo sabe transmitir. Sobre esto se refuerza la imagen del profesor autoritario, puntero en mano, dueño del conocimiento y de la verdad revelada. El saber pedagógico es desconocido o negado.

El concepto es que el conocimiento es transmitido por una autoridad superior y debe ser aceptado sin ser cuestionado. Aún se enseñan "verdades" y respuestas "correctas". Todavía se transmite el conocimiento que desestimula el cuestionamiento. No se fomenta el "aprender a aprender", que permitiría

7.1 Modelo Tradicional De Medicina

LECTURA BIOLOGICISTA DE LA MENOPAUSIA	
CONCEPTO	APORTACIONES
Menopausia desde el paradigma reduccionista vigente en las ciencias naturales, hegemónico en la medicina occidental en los últimos siglos. Proceso Biológico: Hormonal. Enfermedad multisistémica por deficiencia estrógenica. Bases: epidemiológicas alto consumo y frecuencia de estrógenos (Courtenay, 1974; Cooperstock, 1978) Endocrinológica. FSH Y E. Fisiopatología desde el déficit hormonal a los síntomas. Descripción de los síntomas: Específicos: Crisis vasomotoras y vaginitis atrófica. Terapéuticos: Resultados de la Terapia Hormonal de sustitución	Abundantes estudios científicos que le dan una base sólida: Clónicos, Fisiológicos, terapéuticos. Nos permite comprender mejor: Propuesta de abordaje del problema: Ámbito individual. Terapia Hormonal de sustitución curativa. Valor secundario a otra medidas de cuidado biológico: ejercicio, ingesta de calcio. El apoyo psicosocial en algunas clínicas de la menopausia en formas de grupos de autoayuda. Parámetros biológicos predictores de riesgo. Terapia hormonal de sustitución más cómoda y efectiva. Se le critica: la concepción negativa del climaterio, deterioro, declinar, mujer controlada por sus biología, La Etiopatiología es reduccionista a lo hormonal. Las comprensiones que se tiene del climaterio y la menopausia no coincide con las concepciones de las mujeres. Medicalización de la mujer con un mayor costo para el sistema de salud.

Roles: Según Moursound (2004), los estudiantes trabajan por separado; son vistos como receptores pasivos de información; absorben, transcriben, memorizan y repiten la información

para actividades especificas como pruebas o exámenes; los estudiantes buscan la "respuesta correcta" para tener éxito en un examen.
El Profesor tiene autoridad, el profesor es el experto o autoridad formal; el profesor organizan el contenido en exposiciones de acuerdo a su disciplina.
La evaluación es sumatoria y el profesor es el único evaluador.
El aprendizaje es individual y de competencia.

7.2 Casos clínicos

7.2.1 Caso 1.

Paciente de 50 años que consulta por oleadas de calor, astenia cefalea, resequedad vaginal al examen físico se encuentra TA 150 100, peso 65 kilos talla 150 , circunferencia abdominal 95 cm, cardiopulmonar normal. Abdomen normal al examen genital miomatosis uterina se solicitaron laboratorio de cuadro hemático parcial de orina, glicemia tsh, densitometría ósea tiene tsh de 6, densitometría ósea menos 2 d e. Una paciente con este cuadro clínico debe recibir terapia hormonal ?

7.2.2 Caso 2.

Paciente de 55 años que consulta por oleadas de calor , y trae una densitometría que muestra osteoporosis al examen físico se encuentra TA 160 100, imc de 30 , con circunferencia abdominal 98, y al examen ginecológico cúpula bien suspendida . Anexos no palpables. En una paciente con este cuadro clínico cual sería el diagnostico, que exámenes para clínicos le pediría, cuál sería el tratamiento?

7.2.3 Atención del caso clínico

7.3 Relación Médico - Paciente

7.3.1 Comunicación

Marco de la Supervisarían práctica clínica
Se centra en la atención médica, que incluye los siguientes pasos:

- Diagnóstico presuncial
- Descartar o confirmar diagnostico
- Programa terapéutico
- Sugerir pruebas terapéuticas

Todo con consentimiento informado, solicitar permiso por escrito y firmado por la paciente para RX , Resonancia Magnética entro otros.
Indicar molestias y efectos adversos de medicamentos

Obtener expectativas.
El contexto clínico se fundamente en la contratación por Entidades prestadoras de servicios de Salud, con grandes volúmenes de trabajo, salario escaso, nulo reconocimiento. El medico es administrador, la relación médico paciente se cimenta en Consulta médica.
Exploración
Diagnóstico
Tratamiento

8 BIBLIOGRAFIA

- Fernández., H. (19992). Fundamentos de Un Modelo Integrativo en Psicoterapia. Buenos Aires:Paidos
- Feixas., G.,& Miró, M. (1993). El Reto de la Integración. Barcelona: Paidos.
- Hernández., A.J. Metodología Sistémica en la enseñanza Univesitaria. Madrid : Narcea, 1989.176p.
- Martinez., M., (1991). "La inercia mental en los estudios de postgrado"Argos (Caracas: USB), 14,63-71
- Martinez ., M., (1992)."Signicación de la matriz epistémica en los Estudios de Postgrado", Anthropos (Venezuela),24,5-14.
- Othmer., E., & Othmer., S. (1996). DSM-IV: La entrevista clínica. Barcelona: Masson.
- Porlán., R., Constructivismo y escuela. Sevilla: Díada, 1993.194p.
- Sánchez., M. María L., "Modelo de supervisión para Unidades Médicas de primer contacto". En gestión del Conocimiento II y Salud Pública II. Productos de Módulos. (Generación 2005-2007, Segundo semestre). Universidad Veracruzana. Primera Edición, Xalapa, Ver.2007. México.
- Viesca., Treviño., C. Ponce de león Me. Sánchez mendiola., M."Razonamiento Clínico". En seminario: El ejercicio actual de la Medicina. En internet AGOSTO 2006. (Conultado 15 de enero de 2008.
- Watzlawick.,P., Beavin., J. & Jackson., D. (1991) . Teoría de la Comunicación Humana. España:Heder.