



Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación

TESIS



Enseñanza en la virtualidad. Tutorías entre pares estudiantiles y docentes

Alicia Gómez

Octubre, 2013

ISSN: 2393-7378



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

Dra. Alicia Gómez

**Enseñanza en la virtualidad.
Tutorías entre pares estudiantiles y docentes**

Universidad de la República
Área Social
Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de Magíster en Enseñanza Universitaria en el marco del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria del Área Social y de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Tutor: Dr. Gabriel Kaplún

Montevideo, 7 de octubre de 2013



Agradecimientos

Ninguna tarea como la realizada en esta tesis se hace sin la colaboración de numerosas personas, que en el día a día aportan, trabajan, ayudan y alientan, cada uno desde su lugar, para que este esfuerzo tenga su resultado.

Un recuerdo especial a María del Carmen, Ana Laura (Monchi), Martha y Mónica por ayudarme con mis dudas prácticas.

A los docentes y tutores que amablemente me brindaron su tiempo y disposición para las entrevistas.

A mi familia que me ha escuchado, acompañado y alentado en esta tarea.

Un especial reconocimiento a mi tutor Prof. Dr. Gabriel Kaplún por sus aportes, por su orientación para la escritura, por respetar mis ritmos y buscar siempre un espacio para el encuentro en su tiempo.

Y, por último, y no menos importante, al Sistema de Enseñanza Pública de este país que siempre me permitió realizar los emprendimientos que me propuse.

Resumen

Este trabajo de investigación se ubica en el terreno de la didáctica universitaria, aborda aspectos de la enseñanza y del aprendizaje en ciencias de la salud y en el nivel clínico. Analiza la figura docente en el primer curso a distancia, en modalidad mixta, desarrollado en el Espacio Virtual de Aprendizaje, que se realizó para estudiantes de grado de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República en el año 2008.

Se centra en las formas de ejercer la docencia en este ambiente virtual bajo la forma de tutoría por parte de los docentes encargados del curso y en una nueva figura que surge en este contexto: el tutor estudiantil par.

En cuanto a la metodología, el trabajo se basó en un estudio cualitativo de las intervenciones de los docentes y tutores pares en la plataforma del curso virtual y se complementó con entrevistas semiestructuradas realizadas a los docentes participantes y a un grupo seleccionado de tutores. Las líneas exploradas fueron: la construcción del rol docente-tutor en un ambiente virtual, la influencia del contexto tecnológico, las funciones identificadas en la acción tutorial, la construcción del vínculo mediado por tecnología, la relación tutor-contenido a través de la enseñanza del razonamiento clínico.

Las conclusiones nos permiten afirmar que esta experiencia de Educación a Distancia habilitó el desarrollo de la figura del tutor virtual estudiantil y el reperfilamiento de la figura del docente. Todos los participantes se adaptaron rápidamente a la tecnología. Esta posibilitó la creación de un dispositivo pedagógico didáctico que permite reproducir la actividad de resolución de problemas clínicos a través de la construcción colectiva, tal como se realiza en forma presencial. Las percepciones de los docentes y tutores resaltan el valor del conocimiento de y con los otros, los tutores pares en una comunicación más horizontal y los docentes con intervenciones que suponen respaldo y supervisión. Esta modalidad virtual y asincrónica extendió los tiempos docentes y actuó en mejora de la calidad de la docencia, de igual modo obligó a generar estrategias de diálogo mediado por tecnología diferentes a la presencialidad. Se destaca el proceso de aprendizaje que realizaron los tutores, ya que ubicarse en el rol de un sujeto que enseña les permitió mejorar su propio aprendizaje y comprender cómo los sujetos aprenden.

Pensamos que esta investigación ofrece insumos para el desarrollo y la mejora de la figura tutorial y el uso de las TIC en la enseñanza universitaria y, también, sugiere líneas de trabajo para futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave: Educación a Distancia, tutoría virtual, tutoría virtual entre pares, TIC.

Abstract

This research work is done in the context of university teaching to approach with teaching and learning aspects in a health sciences clinical level to grade students. The purpose is analyzing teaching roles, at the first blended learning course form on Medicine School, inside Virtual learning space of Universidad de la República, Uruguay.

This analysis explores the ways to teach in a virtual environment, in the form of mentoring of teachers acting as well as a new figure, the student tutor (peer tutor).

Methodology used was a qualitative study of teachers and peers s tutors interventions in the virtual course, .semi-structured interviews were conducted to teachers and some group of peers tutor's. The issues that were explored are: how to construct the tutor role in a virtual| environment, the technological context influence, the functions in the tutorial tasks, the construction to the interpersonal interaction with technological intermediation, and the relationship between tutor and contents trough teaching of clinical reasoning.

All participants were quickly adapted to technology. That fact did possible the creation of a new method in a virtual model, allowing the reproduction of clinical problems solving, in collective construction as the same way the current teaching does. The value of knowledge between the teachers and peers tutors is remarkable, creating more horizontal communication. This virtual and asynchronous form extends the education time and improves their quality. At the same time it forces new communication strategist, different to the onsite education. The learning process of the tutors was shocking. Tutors assume the teacher's role, and these facts improve themselves learning and made better understanding of the process of learning too.

Conclusions allow us to say that distance education permits us to develop the virtual peer tutor and reprofile teacher figure.

We think that this research provides inputs for the development and improvement of tutorial figure and use of ICT in higher education, also suggests lines for future research in this field.

Key words: E-learning, Virtual tutoring peers, Virtual tutoring, ICT.

ÍNDICE

Introducción	9
Capítulo 1. Marco teórico	13
1.1. Las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación	13
1.2. Las nuevas tecnologías y la educación	19
1.3. Las TIC en la UdelaR	29
1.4. La nueva figura docente	33
1.5. Tutorías entre pares	40
Capítulo 2. Contexto de la investigación.....	45
2.1 Descripción del caso de análisis: Ciclo de Introducción a la Medicina General e Integral (CIMI) de la Facultad de Medicina realizado durante el año 2008.....	45
2.1.1. Descripción del curso virtual del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria correspondiente a CIMI 2008.....	47
2.2. Opinión de los estudiantes	52
Capítulo 3. Definición del problema a investigar y metodología empleada.....	55
3.1. Definición del problema a investigar	55
3.2. Preguntas de indagación	55
3.3. Objetivos y metodología	56
3.3.1. Objetivos.....	56
3.3.2. Metodología de investigación.....	57
3.3.3. Estrategias de recolección y análisis de datos	58
3.3.3.1. Muestreo	58
3.3.3.2. Tipo de datos relevados	59
Capítulo 4. Análisis de los datos	63
4.1. Análisis de las entrevistas	63
A. La construcción del rol docente	63
B. Contexto tecnológico	69
C. El significado de la experiencia	71
4.2. Análisis de los datos de las intervenciones de los docentes y tutores	75
D. Función organizativa de la intervención tutorial	75
E. Construcción del vínculo y ambiente grupal.....	76
F. Guía tecnológica.....	81
G. Razonamiento clínico, metacognición y devolución.....	82

4.3. Diálogo entre las diferentes categorías.....	93
Conclusiones	95
Bibliografía	103
Anexos.....	113



Introducción

Este trabajo analiza la figura docente en un curso a distancia, bajo la modalidad mixta o *blended learning*, diseñado en la plataforma Espacio Virtual de Aprendizaje (EVA) en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR). Este tema nos obligó a revisar en la literatura el desarrollo histórico de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el contexto mundial, así como su proceso de crecimiento en la UdelaR. Del mismo modo, indagamos sobre las bases teóricas de la Educación a Distancia, el rol del tutor virtual, la figura tutorial y su desempeño a nivel de las ciencias de la salud.

El desarrollo tecnológico y de las nuevas formas de circulación de la información y comunicación ha ocasionado cambios que han influido en las relaciones sociales y han reestructurado los vínculos entre las personas. Desde mediados del siglo XX las TIC modificaron y transformaron los procesos productivos y comunicacionales. El recurso pasó a ser la información, que mediante la tecnología comenzó a circular a una velocidad cada vez mayor y a estar disponible de forma ubicua a través de una red telemática en forma virtual.

El manejo de estos flujos de información ha transformado a la sociedad. Es así que surgen los conceptos: *sociedad de la información* y *sociedad del conocimiento*. El uso, la organización y la sistematización transforman los datos en conocimiento, y si este está vinculado a mayor productividad, se convierte en un bien y luego en una mercancía. Debido a que es necesario tener nuevas competencias para vivir y trabajar en la sociedad del conocimiento, las personas han comenzado a demandar a las instituciones educativas la formación en esas nuevas competencias, que permiten potenciar y desarrollar capacidades sociocognitivas y de comunicación mediada. La tecnología y el uso de Internet ofrecen un campo de relacionamiento a través de redes que no se limitan a las fronteras geográficas, sino que se transforman en redes transnacionales globales.

En este marco se forja una nueva forma de educación, esto es, la Educación a Distancia (EAD), asistida por computadora, que incluye los conceptos de interacción, como acción que se ejerce recíprocamente entre dos sujetos o un colectivo, e interactividad, es decir, la posibilidad de realizar acciones recíprocas con la computadora o con otros usuarios. La

presencia de elementos multimedia¹ y el manejo del hipertexto² se trasladan desde su uso tecnológico en la sociedad y se integran con fines educativos y de aprendizaje a las propuestas virtuales de enseñanza. La EAD se caracteriza por la independencia de tiempo y lugar de los medios técnicos del aprendizaje; de esta forma, la figura docente se reconfigura y se transforma, se define por la acción tutorial. Esta modalidad se adapta a las formas de aprendizaje de los adultos y se difunde a nivel de la educación terciaria.

En este contexto la UdelaR comenzó a considerar la temática y se iniciaron estudios sobre la factibilidad del uso de las TIC. Ya en el Pledur 2001 (Plan Estratégico de la UdelaR) se incluyeron conceptos sobre desarrollo de plataformas educativas. En la asesoría realizada por Pedró y Martín (2003) sobre la posibilidad de instalación de un campus virtual y la utilización de las TIC en la UdelaR, se concluyó que las condiciones ya existían y que se debía dar una adecuada coordinación entre el componente técnico y el componente político del proyecto, así como realizar un planteamiento institucional de largo alcance para lograr la viabilidad de dicho proyecto.

En el año 2007 se presentó el proyecto denominado “Generalización del uso educativo de las Tecnologías de Información y Comunicación en la Universidad de la República (TICUR)”. Este proyecto se propuso como objetivos: el fortalecimiento de las capacidades institucionales, la instalación de un observatorio de TIC, la formación de recursos humanos y la creación de un campus digital en la UdelaR. Durante el año 2008 y 2009 se llevaron a cabo acciones de desarrollo del proyecto. Se desarrollaron cursos de formación docente en TIC con énfasis en la acción tutorial a distancia.

En este contexto institucional se iniciaron los primeros cursos a distancia en la Facultad de Medicina. Estos nuevos ambientes de aprendizaje exigen, como ya mencionamos, un cambio en el accionar del docente, que implica una reconfiguración hacia la figura tutorial. Es necesario, entonces, formarse en educación virtual e investigar sobre cómo ejercer la docencia bajo el modelo de tutoría. Trabajar y conocer estos nuevos ambientes de aprendizaje supone, a los docentes universitarios, adquirir insumos de nuestra propia realidad para reflexionar sobre nuestra praxis e identificar buenas prácticas.

¹ Se utilizan conjunta y simultáneamente para la transmisión de una información diversos medios, como imágenes, sonidos y texto.

² Texto que contiene elementos a partir de los cuales se puede acceder a otra información.

Este trabajo no solo examina al tutor docente, sino que tiene en cuenta una figura que también se incorpora en este espacio: el tutor estudiantil par. La investigación permitió llegar a conclusiones que esperamos sean útiles para la mejora de los aprendizajes en la Facultad de Medicina. Los entornos educativos estudiados se adaptan a las formas de pensar y razonar en las profesiones en ciencias de la salud y reproducen en forma virtual entornos que permiten aprender en grupo las estrategias de razonamiento clínico de los profesionales con mayor experiencia, características estas que enriquecen la enseñanza.

El campo de estudio de esta tesis se limita a un curso en particular, concretamente, el primer curso a distancia bajo la modalidad mixta o *blended learning* realizado en la plataforma EVA en la Facultad de Medicina de la UdelaR en el año 2008. Los datos de análisis se obtuvieron de entrevistas a los actores docentes y de las intervenciones registradas en la plataforma durante el curso. Posteriormente, ambas fuentes fueron comparadas.

Este estudio se enmarca en la didáctica universitaria, abarca aspectos de la enseñanza y del aprendizaje en ciencias de la salud y en el nivel clínico, lo que le confiere la singularidad propia del trabajo en la práctica clínica en el área salud.

Los ejes temáticos explorados fueron:

- La construcción del rol docente-tutor en un ambiente virtual. El proceso de construcción de la figura tutorial y el desarrollo de su actividad pedagógica vinculada con las herramientas virtuales.
- El contexto tecnológico. La presencia de la tecnología y su influencia en el desempeño de la actividad docente.
- Las funciones identificadas en la acción tutorial. La identificación en las participaciones de los tutores estudiantiles y docentes.
- La construcción del vínculo mediado por tecnología. Los recursos comunicativos desplegados y qué habilitan desde el punto de vista del aprendizaje.
- La relación tutor-contenido y la enseñanza del razonamiento clínico. El abordaje del contenido, la relación de los tutores estudiantiles con el aprendizaje y cómo se despliega la enseñanza del razonamiento clínico en los ambientes virtuales.

Como preguntas guía nos planteamos:

¿Qué estrategias docentes emplean los tutores docentes y los tutores estudiantiles?

¿Cómo es la relación de estos con los contenidos?, ¿Existen diferencias?

¿Cómo son los estilos comunicativos? ¿Qué estrategias utilizan estos actores para establecer el vínculo con los estudiantes? ¿Cómo se produce la interacción?

¿Qué influencia tiene la tecnología en todo este proceso?

El trabajo se organiza en cinco capítulos. El primero reseña el surgimiento y desarrollo de las nuevas tecnologías y su aplicación en la enseñanza virtual en el contexto mundial y a nivel de la Udelar. Asimismo, presenta las bases teóricas vinculadas con la enseñanza y el aprendizaje en la virtualidad y su aplicación en las ciencias de la salud. En el segundo capítulo se aborda el contexto donde se desarrolló la investigación. El tercero expone el universo de estudio y la metodología empleada, y el cuarto despliega el análisis de los datos de las entrevistas y las participaciones en la plataforma, define las dimensiones o categorías de análisis y presenta la discusión y la comparación entre las dos fuentes de datos. Por último, el quinto capítulo desarrolla las conclusiones que surgen de los aspectos analizados, que nos permiten identificar los constituyentes del rol tutorial y su aplicación en un modelo de enseñanza.

Capítulo 1

Marco teórico

1.1. Las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación

El desarrollo de la tecnología y de las nuevas formas de acceder a la información y la comunicación ha producido cambios en relación con la organización de la sociedad. Desde mediados del siglo XX, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) modificaron y transformaron los procesos productivos y comunicacionales, y reestructuraron los vínculos entre las personas.

La tecnología es un producto humano, imaginado, creado y fabricado por las personas. El uso intensivo de esta produce apropiación por parte de las personas y de las culturas, resultando, en un movimiento de ida y vuelta, modificada por los individuos.

Por su parte, Levy (2004, p. 27) reflexiona sobre el rol de la tecnología y la velocidad de los cambios en el acceso a la información:

Después de haber estado centrada en la agricultura, luego en la industria (las transformaciones de la materia), la economía era guiada ahora por el procesamiento de la información. Pero tal como numerosos empleados y gerentes lo descubren a costa suya, nada se automatiza tan bien ni tan rápidamente como el procesamiento o la transmisión de la información. ¿Qué queda cuando la agricultura, la industria y las operaciones se han mecanizado en los mensajes? La economía girará —ya gira— alrededor de lo que no se automatizará jamás por completo, alrededor de lo irreducible: la producción de vínculo social, lo “relacional”. No hablamos solo de una economía de los conocimientos, sino de una economía de lo humano, más general, que incluye la economía del conocimiento como uno de sus subconjuntos.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Castells (2001) señala que “Internet no es solamente, ni principalmente una tecnología, sino que es una ‘producción cultural’”.

Las tecnologías de la información se han desarrollado, entonces, en cincuenta años a una velocidad que modifica la forma en que los individuos se relacionan con el medio, cómo deben actuar y cómo deben generar nuevas formas en los vínculos sociales. Funcionar en tiempo real, sin importar el día y la noche y en cualquier lugar del mundo, genera el fenómeno de globalización. Esto para ciertos países y personas se ha convertido

principalmente en una actividad económica y financiera; pero, como reflexiona Fainholc (2007):

Ningún análisis sociológico deconstructivo y rupturista, es decir, reflexivo, explicativo e interpretativo, se resiste a considerar la globalización sólo como un negocio económico y financiero soportado por la telemática, si no incluye una filosofía dirigida a favorecer la inclusión social, la apertura mental y el respeto al ser en el tiempo y el espacio mundial: otro desafío para la tarea formativa en todas sus modalidades". (p. 32)

En la década del ochenta Matsuda (1984 en Estudillo-García, 2001) comenzó a hablar de *sociedad de la información* como parte evolutiva de la sociedad. Tourene y Bell (2001) denominan a esta etapa sociedad postindustrial. Esta tiene como recurso central la información, que sustituye la producción de bienes de la sociedad industrial. La característica de esta producción postindustrial es que la información no desaparece ni se degrada luego de su uso, sino que puede ser reutilizada y transformada de una manera totalmente flexible.

La velocidad de los cambios en la sociedad de la información es tal, que se estima mayor que la de los grandes cambios tecnológicos en la evolución histórica de los seres humanos, por ejemplo, la agricultura, la industrialización, etc. Estos cambios se producían en tiempos más prolongados, por lo que reestructuraban las relaciones sociales en plazos muchos más amplios que los actuales. En la sociedad de la información se dan importantes y veloces cambios estructurales, que repercuten en la economía, las formas de producir, la cultura y la forma de acceder a esa información en permanente circulación. Esto determina una nueva forma de ser y de estar en el mundo.

Bell (2001) caracteriza a esta etapa como un cambio en algunos de los componentes de la sociedad y de sus relaciones, un tránsito de la mano de obra desde la producción industrial hacia los servicios. A nivel económico, reconoce un viraje hacia los servicios; en el área de la tecnología, la centralidad de las industrias basadas en la ciencia, y en el ámbito de las relaciones sociales, el surgimiento de una nueva elite técnica. Habla del concepto de *sociedad de la información y/o el conocimiento*, y plantea una nueva forma de relacionamiento y estratificación social, basada en la *meritocracia*. Esta sociedad del conocimiento sería una etapa evolutiva de mayor madurez cultural.

Como factores favorecedores del desarrollo de esta etapa en el año 1969 se inició el transporte en paquetes de datos a través de macrocomputadores, que en aquel entonces

perseguía fines militares y de investigación. Luego, la creación de los microprocesadores permitió desde el punto de vista tecnológico el diseño de los microcomputadores o computadores personales y la difusión a nivel de masas de estas tecnologías. En 1990 desaparece el programa ARPANET,³ que había sido desarrollado con fines militares, y en 1991 se crea Internet o la *Word Wide Web*.

La difusión a nivel de masas de los computadores produjo la informatización de la sociedad. En la década de los ochenta se empezó a pensar en el fenómeno emergente de la informatización y los países se preocuparon de estudiar el tema. En Francia en 1978, a pedido del Gobierno, se elaboró lo que se llamó el Informe Nora-Minc “La informatización de la sociedad” (1981). Los autores de este informe plantean tres cuestiones fundamentales acerca del desarrollo de las TIC.

En primer lugar, entienden que el manejo de la información y la tecnología es un problema de soberanía y de política pública. Sugieren que dicho manejo no debe depender de compañías privadas por el riesgo que implica. En segundo lugar, a través de un análisis económico sobre el desarrollo de estas tecnologías y cuáles serían las líneas de crecimiento pronostican que en un futuro el manejo y el procesamiento de datos estarían ligados a las ganancias por mayor productividad y, por ende, estarían vinculados a la economía de mercado. Por último, abordan la cuestión de los cambios en las relaciones sociales y la existencia de una informática distribuida en toda la sociedad. Estos cambios, entonces, modificarían la naturaleza de los conflictos sociales, que no se centrarían ya en la producción industrial. El informe también analiza los cambios que se producirían a nivel del lenguaje en la comunicación con las computadoras y cómo esto tendría un efecto notorio sobre la enseñanza.

En 1993 el Consejo Europeo solicitó a un grupo de personalidades que elaborase para su reunión del 24 y 25 de junio de 1994 en Corfú un informe sobre las medidas específicas que deberían adoptar la Comunidad y los Estados miembros para el establecimiento de infraestructuras en el ámbito de la información. Se le llamó “Informe Bangeman” por su coordinador. En el documento, siguiendo la tendencia neoliberal de la época, se alienta a la Unión Europea a acelerar los pasos de privatización conducentes a la creación de

³ La Advanced Research Projects Agency Network fue creada en 1983 por el Departamento de Defensa de EEUU. El primer nodo se constituyó en la UCLA (University of California, Los Angeles) El diseño era pensado en base al desarrollo de macrocomputadores.

mercados que permitan desarrollar la sociedad de la información, ya que los ciudadanos, los empresarios y los gobiernos serán beneficiados por esta política. Dicho informe expresa que

el grupo recomienda a los Estados miembros acelerar el actual proceso de liberalización del sector de telecomunicaciones por los siguientes medios: -abrir a la competencia las infraestructuras y servicios que aún se encuentren sometidos a monopolios; -eliminar los obstáculos políticos y las obligaciones presupuestarias no comerciales impuestos a los operadores de telecomunicaciones; -establecer calendarios y plazos claros para la aplicación de medidas prácticas que permitan alcanzar estos objetivos” (Bangeman, 1994).

Finalmente, Drucker (1993) define a esta etapa como la *sociedad del conocimiento*, porque el conocimiento se aplica al conocimiento mismo para lograr un conocimiento superior.

En el año 2005 la Unesco elabora un informe titulado “Hacia las sociedades del conocimiento”, en el que se plantea la diferencia conceptual entre sociedad de la información y sociedad del conocimiento.

La noción de sociedad de la información se basa en los progresos tecnológicos. En cambio, el concepto de sociedades del conocimiento comprende dimensiones sociales, éticas y políticas mucho más vastas. El hecho de que nos refiramos a sociedades, en plural, no se debe al azar, sino a la intención de rechazar la unicidad de un modelo “listo para su uso” que no tenga suficientemente en cuenta la diversidad cultural y lingüística, único elemento que nos permite a todos reconocernos en los cambios que se están produciendo actualmente (Bindé, 2005).

En este sentido, la información es efectivamente un instrumento del conocimiento, pero no es el conocimiento en sí. El factor competitividad comienza a incidir, ya que con el valor agregado que tiene el conocimiento para las políticas en ciencia y tecnología, no son solo las distintas economías que compiten en el mercado internacional, sino que también compiten los sistemas educativos.

La incorporación de segmentos de economía del mundo a un sistema que funciona en tiempo real con redes informáticas interactivas genera un lenguaje global y, como señala Castells (1996), crea nuevas formas de comunicación y a la vez da forma a la vida. La velocidad de los cambios presiona sobre las formas de actuar, aprender y trabajar de los individuos y, por ende, enfrenta y presiona a la educación a responder a estas demandas. Es entonces en este escenario que se entiende que la modernización en la producción no

podría lograrse sin sistemas de investigación científica y tecnológica de soporte y sin el diálogo entre los sistemas de comunicación, producción e investigación.

El cambio sociocultural comienza a incluir el concepto de *sociedad global*. La introducción de las TIC empuja la formación y la capacitación de la mano de obra en la economía del conocimiento. Se potencian y desarrollan capacidades sociocognitivas y de comunicación mediada. La tecnología y el desarrollo de Internet, que ofrece un nuevo campo de relacionamiento con crecimiento exponencial, permiten crear redes que no se limitan a las fronteras geográficas, sino que se transforman en redes transnacionales.

Lo que caracteriza a esta red es que no tiene centro y que está hecha de nodos, cuya importancia se define por la capacidad que tienen en el funcionamiento de la red. La eficiencia de las redes estaría dada por las características de flexibilidad, es decir, la reconfiguración de circulación si se bloquea un nodo y escalabilidad, que refiere a que se puede cambiar el tamaño con variaciones de sus configuraciones y que los ataques a los nodos no afectarían a los códigos que se encuentran en diferentes nodos, lo que no bloquearía su funcionamiento.

Originariamente este diseño y esta tecnología se utilizó en defensa en la Guerra Fría, donde se generaron varios nodos para distribuir la información y que esta no pudiera ser bloqueada por un ataque puntual a determinado centro. Si bien nunca se llegó a utilizar con fines militares, hubo fondos militares para financiar estas actividades. Luego, los científicos en comunicación usaron esos fondos para continuar el desarrollo de esta tecnología. Sumado a esto, prosperaron los protocolos de comunicación de acceso libre TCP/IP⁴, lo que permite usar y compartir información por parte de diferentes computadores (en un idioma en que es posible comunicarse).

Teniendo como sostén este principio, se crea la red de redes, de crecimiento exponencial como ya mencionamos, habilitando lo que se ha llamado la *sociedad red*, que es definida por Castells (2001) como

una sociedad cuya estructura social está construida en torno a redes de información a partir de la tecnología de información microelectrónica estructurada en Internet. Pero

⁴ El TCP/IP es la base de Internet y sirve para enlazar computadoras que utilizan diferentes sistemas operativos, incluyendo PC, minicomputadoras y computadoras centrales sobre redes de área local (LAN) y área extensa (WAN).

Internet, en ese sentido no es simplemente una tecnología, es el medio de comunicación que constituye la forma organizativa de nuestras sociedades, es el equivalente a lo que fue la factoría en la era industrial o la gran corporación en la era industrial.

El desarrollo de la red permite gestar el concepto de *virtualización*. Esto es el lugar por donde transcurren estos flujos de comunicación y relacionamiento, ya sea entre las personas o entre empresas, flujos comerciales, etc. Se trata del ciberespacio, concepto creado por Gibson, en su novela *Neuromante* (1984). El autor durante una entrevista manifestó que “(el ciberespacio) es una metáfora que nos permite comprender ese lugar en el que, desde aproximadamente la segunda guerra mundial, venimos haciendo crecientemente muchas de las cosas que consideramos civilización”. También, señaló que cuando la gente usa Internet, es cuando está más obviamente navegando en el ciberespacio. Al usar Internet se entra a un territorio en el cual la geografía ya no existe (Alatorre Cuevas, 2006).

El concepto de *virtualidad* comienza a manejarse unido a las nuevas tecnologías. Levy (1995) indica que en un principio este concepto se usó como ausencia extrema de realidad. Sin embargo, el autor entiende que lo virtual no es lo opuesto a lo real, sino que lo virtual lleva en sí mismo la potencialidad de lo real. Según este autor, lo real es del orden de “lo tengo” y lo virtual es del orden de “lo tendré” (Levy, 1995, p. 11).

Asimismo, el fenómeno de desterritorialización (salir de ahí) se produce cuando se comienzan a considerar las cosas no presentes. Es así que la virtualización produce la desterritorialización del texto, es decir, sale del soporte libro y se ubica en otro lugar virtual. Estos conceptos, como veremos luego, en el ámbito de lo educativo generan nuevas relaciones y significados en el acto de educar.

Pero antes de los impactos a nivel educativo, estos flujos desmaterializados y desterritorializados tienen importantes repercusiones en lo social. Por ejemplo, comienzan a surgir los excluidos, los que no acceden, los que no actúan a través de las nuevas tecnologías, los que no van incorporando alfabetización tecnológica y se sitúan progresivamente por fuera de este accionar. Por otra parte, la mundialización impone un estilo uniforme a los que acceden, y esto conlleva el riesgo de pérdida de las culturas locales.



1.2. Las nuevas tecnologías y la educación

Debido a que el fenómeno de la superabundancia de información circulante produce desinformación, es necesario que exista mediación entre la experiencia humana y la información distribuida. La formación en nuevas tecnologías se transformó en imprescindible para acceder al mundo del empleo. La educación, entonces, debe responsabilizarse de formar en las competencias necesarias para la utilización de las nuevas tecnologías. Sin embargo, la educación no debe reducirse a cumplir ese rol, sino que debe preguntarse sobre cómo abordar dicha formación desde una posición reflexiva y debe tener un posicionamiento crítico y ético sobre las formas de incidir en la sociedad a través del desarrollo de estas capacidades.

Con el emplazamiento de esta realidad a escala global y el surgimiento de la sociedad del conocimiento comenzó a visualizarse el conocimiento como *capital* para el desarrollo de nuevas relaciones de poder. Progresivamente, a las Instituciones de Educación Superior (IES) se les asignó un nuevo papel dentro de la sociedad: formar para que el conocimiento, en tanto capital, se transforme en un bien de uso.

Surgió un modelo de competitividad que incide en las nuevas formas de producción, circulación, apropiación y evaluación del conocimiento en dichas instituciones (García Guadilla, 1996). Según este autor, en la segunda mitad del siglo XX hubo un crecimiento exponencial de la matrícula a nivel terciario. Se crearon instituciones de educación superior no universitarias, así como se ofertaron cursos dictados por instituciones universitarias y no universitarias. De esta forma, el monopolio de la información, conocimiento, currículo y certificación no se limita a la Universidad tradicional, sino que se extendió a Universidades virtuales que también certifican la adquisición de conocimiento. (López Segre, 2006).

Hemos mencionado cómo las tecnologías han impactado como productos sociales en las relaciones de poder, comunicación y conocimiento. Por su parte, Axt (2002) reflexiona acerca del pasaje hacia una sociedad de la información y la comunicación y se plantea si puede llegar a ser asimilable al pasaje de una sociedad ágrafa hacia una sociedad letrada o al de la sociedad con escritura artesanal hacia la sociedad de la imprenta. Al respecto de estas cuestiones, Chomsky (2012) considera que la utilización de las TIC, si bien han tenido un crecimiento substancial en la velocidad de manejo de la información, no se

compara con el avance que produjo la invención del telégrafo en materia de tiempo de comunicación en comparación con el tiempo del correo en barco ni tampoco, por ejemplo, con los avances en salud producidos por la creación de la red de alcantarillado y de agua corriente.

Tecnología, ciencia, arte, educación son productos sociales e inciden como tal sobre el conjunto concreto o virtual de sus productores. La tecnología es todo medio o instrumento cognitivo que, de manera directa o indirecta, contribuye para que ocurran cambios de orden material. Es siempre conocimiento y es el resultado del pensamiento; esto produce cambios sobre los sujetos que la originaron, no solo de orden cuantitativo, sino también de orden cualitativo (Axt, 2002).

Como dijimos, estos cambios han determinado nuevas exigencias cognitivas. La apropiación de la herramienta introduce una transformación en las formas de abordar el conocimiento y en la relación entre las personas. Si su uso es cotidiano se convierte en invisible, es decir, este continuo ir y venir produce una reapropiación de las tecnologías que, adaptadas a la realidad concreta de las personas, se tornan invisibles. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿cuáles son las competencias digitales necesarias para poder desempeñarse con solvencia en estos entornos, es decir, para aprender a aprender? y ¿qué es necesario para desempeñarse en un mundo donde los conocimientos cambian y se transforman a estas nuevas velocidades?

Al respecto se pueden resumir tres posiciones que no son completamente antagónicas. Una de estas entiende que se debe tener una alfabetización básica funcional de lecto-escritura y cálculo, y a partir de esto se tendrá la capacidad transversal de generar habilidades de trabajo digital (por ejemplo, si no pueden interpretar los manuales serán analfabetos) y de moverse en el mundo, ya que muchas de las interacciones que las personas realizan en el mundo actual pasan por el dominio de la lecto-escritura (entre otras, instrucciones para utilizar el cajero automático, comprar bebidas en una máquina, comprar un ticket de tren, etc.).

Existe otra postura (Prensky, 2001) que considera la forma de aproximarse a estas tecnologías teniendo en cuenta a los nativos, aquellos que nacieron con la tecnología como algo familiar y se enfrentaron, por ejemplo, a los juegos digitales, que motivan estrategias cognitivas, y al hipertexto, que por definición es infinito y móvil, y a los

migrantes digitales, que son personas que nacieron antes de la generalización de la tecnología computacional y que deben enfrentar un conflicto generacional y cognitivo. Los nativos serán los migrantes del mañana, ya que progresivamente existirán nuevas propuestas que estarán cambiando a perpetuidad. Las competencias estarían integradas desde las primeras etapas de la socialización.

La última posición demanda un modo específico de alfabetización funcional que, además de exigir las competencias necesarias, es decir, saber leer y escribir, incluye habilidades para interpretar el conocimiento en diferentes formatos, por ejemplo, saber manejar el hardware y software, tener nociones de manejo y seguridad en Internet, así como habilidades visuales, verbales y auditivas para la navegación *on line* (Cassany, 2009).

Sumado a estas posturas, hay que considerar el aumento de la matrícula de la educación terciaria producido en el siglo pasado, con el acceso de amplios sectores de la sociedad, la noción que el conocimiento varía, no es estático y hay que saber actualizarse. Las demandas sociales de un mayor acceso a la educación terciaria como forma de obtener mejores trabajos y el concepto que hay que aprender a lo largo de toda la vida impusieron nuevas formas de obtener ese conocimiento y de enseñarlo.

Si es necesario aprender a lo largo de toda la vida, el tiempo dedicado al aprendizaje y el lugar que ocupa en la vida de las personas será diferente. Si se trata de personas activas, es necesario combinar educación y trabajo, cuestión que no se da en la educación de niños y jóvenes. Ante este hecho, se genera y desarrolla la noción de flexibilidad en los abordajes educativos y se potencia el trabajo independiente y de forma asincrónica con el docente. Es así que la Educación a Distancia (EAD) comienza a ocupar un rol cada vez más significativo dentro de las modalidades de enseñanza.

La EAD ha pasado por tres etapas históricas diferentes. Inicialmente se basaba en correspondencia (correo), luego en las telecomunicaciones (enseñanza multimedia) y, por último, en la telemática, enseñanza asistida por ordenador (García Aretio, 1999). En esta última etapa se creó en 1969 en Gran Bretaña The Open University (la primera universidad dedicada a la formación a distancia), y se inició el desarrollo sostenido de la EAD en las IES.

Históricamente la EAD tenía un carácter más flexible, en cuanto al tiempo, al espacio y a los requisitos de ingreso. Asimismo, como señala García Aretio (1994), oponía lo “abierto” al “recinto en particular”, un lugar particular. Este autor considera que los componentes de la EAD son la separación entre profesor y alumno, la utilización de medios técnicos, la organización de apoyo y tutoría, el aprendizaje flexible e independiente, la comunicación bidireccional, el enfoque tecnológico, la comunicación masiva y los procedimientos industriales en la elaboración de los materiales. El enfoque tecnológico fue el que primó en los inicios de la Educación a Distancia mediada por computador, basándose en el supuesto que la calidad y complejidad informática del entorno mejoran la calidad del aprendizaje. Sin embargo, con la evolución de las posibilidades tecnológicas, las costumbres y la apropiación de la tecnología, así como su acceso a grandes grupos de población, el concepto de EAD ha cambiado y al día de hoy creemos que debe ser redefinido.

Es indiscutible que en la EAD el aprendizaje y la enseñanza se realizan en diferente tiempo y espacio, pero también la educación presencial es una propuesta mediada, pero con distintas estrategias. Según García Aretio (2008) la distancia al día de hoy no es solo geográfica, sino también en la mediación de contenidos y en el diálogo didáctico. En esta mediación es la institución la que diseña y produce los materiales, y luego del acceso a estos materiales por parte del alumno, se produce la comunicación a través de la enseñanza tutelada. Se establece un diálogo tutorial. Esta relación puede ser síncrona o asíncrona y el aprendizaje, no siempre de forma individual, puede ser compartido con los pares. Es la acción tutelada la que habilita estas posibilidades de aprendizaje grupal.

En la EAD se maneja el concepto de *interacción*, dicho de otro modo, la EAD habilita la comunicación y el relacionamiento para generar nuevas y diferentes propiedades de los colectivos involucrados; y también, el concepto de *interactividad*, que es entendido como la potencialidad de los sistemas informáticos de realizar acciones recíprocas con otros usuarios o con el aparato en tiempo real. La presencia de elementos multimedia y el manejo del hipertexto se trasladan desde su uso tecnológico en la sociedad —no como creación desde la educación por sus propiedades educativas— y se integran a la propuesta de la educación distancia.

Zangara (2009) considera que la educación presencial y a distancia son los extremos de un continuo; entre estos existirían infinitas formas intermedias con diferentes grados de hibridación. Dentro de este continuo podemos diferenciar:

- Educación extendida o *Extended learning*. Es una propuesta de educación presencial que utiliza tecnología digital, pero como complemento. La clase presencial es el núcleo principal.
- Aprendizaje flexible o *Blended learning*. Se trata de la combinación en forma medida de ambas mediaciones. “Se define como la mejor estrategia posible en función de la propuesta” (Zangara, 2009, p.13).
- Bimodalidad. Se ofrece la misma propuesta tanto en formato presencial como a distancia y quién opta es el alumno.

Siguiendo a dicha autora, estas modalidades se tipifican según diferentes categorías:

- Frecuencia de encuentro en lugar físico: EAD, semipresencial, presencial
- Mediación de contenidos: *blended learning*, *extended learning*
- Tipo de tecnología: educación virtual y EAD sin servicios virtuales.

Estas categorías se complementan con el modelo educativo al que se adscriben las propuestas de enseñanza. El modelo pedagógico aborda el lugar en que se para el docente, o sea, en qué eje privilegia su accionar, consciente o inconscientemente, de la tríada didáctica: docente, alumno, contenido.

Los modelos centrados en la enseñanza de los contenidos, que privilegian el eje docente-contenido, se posicionan desde el rol tradicional del docente: el depositario del saber. Esto puede corresponder a una concepción explícita sobre las formas de enseñar y de aprender o a posiciones totalmente inconscientes, es decir, cuando el docente reproduce formas y hábitos internalizados a lo largo de su vida, como estudiante y desde que se convirtió en docente. Teniendo en cuenta que los docentes de nivel universitario en general no tienen formación específica en docencia, esto puede observarse con una frecuencia mayor en ellos.

Estos modelos se trasladan a la EAD, ya que se repiten las situaciones vividas a nivel de la docencia presencial, con la diferencia de que se utiliza en mayor grado la tecnología. El único referente válido para la apropiación del conocimiento es el docente, que en general es un erudito en la disciplina. A diferencia de la docencia presencial, en la EAD no hay un

docente único y la relación se establece con las instituciones educativas, ya que es un equipo el que actúa. Esta forma remeda al modelo: primero, contenidos abordados y luego se procede a la administración de preguntas y ejercicios de aplicación. Se trabaja mucho en el diseño instruccional, con materiales que habiliten las conductas deseables en el alumno, y en mecanismos de retroalimentación que permitan evaluar el efecto buscado. Se basa en el autoestudio por parte del estudiante. Se desarrolla la figura del especialista en contenidos, un diseñador de actividades educativas y el instructor que aplica lo diseñado por otros.

El modelo clásico es el de Enseñanza Programada, que predica que con la presentación de contenidos en una secuencia lógica, se produce aprendizaje se tiende a la estandarización educativa (Kaplún G., 2005). La tecnología es la plataforma para transmitir los contenidos. Esta visión permite diferenciar al docente y a los técnicos que participan en los programas. Se utilizan métodos tecnológicos de punta; el docente afirma su poder no solo en el dominio de los contenidos, sino en el dominio de los medios técnicos. El estudiante es visualizado como consumidor de materiales y el docente se desliza hacia el rol del técnico que maneja la tecnología. Se trata de transmitir para que el estudiante lo utilice a posteriori; no se focaliza en los aspectos metodológicos. Todo el diseño del programa se encuentra centrado en la evaluación. No importan los procesos individuales de los estudiantes, sino la evaluación final. Abundan los materiales estáticos subidos por el docente como fuente de conocimiento y, eventualmente, las clases tipo video conferencia, que reproducen una clase expositiva. El aprendizaje se realizaría por recepción y, en general, se propende a la adquisición de conceptos teóricos.

Subyace a estos modelos una concepción transmisiva, que hace corresponder de manera directa las acciones de enseñanza con las de aprendizaje; existe una relación lineal entre ambas. El diálogo es unidireccional.

La modalidad de priorizar los contenidos es lo que Cabero (2007) denomina “el contenido es el rey”. La relación docente-estudiante no está priorizada. Estas interacciones, como siempre, pueden ser sincrónicas y asincrónicas.

Por otra parte, los modelos centrados en el aprendizaje, y no solamente en cómo se enseña, tienen su base teórica en el desarrollo de cómo se aprende y se sustentan en los avances de las ciencias neurocognitivas. Se entiende que el aprendizaje debe ser

favorecido a partir de contemplar o promover condiciones o situaciones adecuadas para que se produzca. Se utilizan las estrategias del aprendizaje de adultos desarrolladas por Knowles (1996): la motivación, la autodirección en los aprendizajes, la existencia de experiencias previas que se puedan integrar rápidamente a los nuevos aprendizajes y el concepto de necesidad de aprendizaje percibido por el adulto como motor del aprendizaje. Se concibe que todos pueden aprender y que la diferencia radica en la manera, ya que cada individuo tiene formas de aprender que le son propias. Surge el concepto de estilos de aprendizaje manejado por Perkins (1997).

Si se parte de estos modelos, se deberían respetar y considerar en los diseños educativos los tiempos y los modos de aprender. Esta idea se adscribe al desarrollo de los procesos de manejo de la información por parte de los individuos. Debido a que estos procesos son tan individuales, debemos, entonces, pensar en ofrecer una gama de formas y presentación de los contenidos de modo tal que permitan al estudiante entender la lógica de navegar en una serie de informaciones y lograr, con la ayuda de los docentes, generar estrategias que les permitan aprender a lo largo de toda la vida. En este modelo se establece el concepto de *aprender a aprender* y comienza a desplegarse la enseñanza tutelada, donde el tutor va acompañando el proceso de aprendizaje del estudiante.

Las características de los contenidos y su estructuración han tenido un desarrollo paralelo al desarrollo de la educación virtual. En los primeros momentos se insistía en las herramientas de comunicación como correo electrónico, chat y tablón de anuncios o novedades, más tarde en las videoconferencias y audioconferencias en formato CD y más cercano en el tiempo en las plataformas educativas, que unifican en un mismo software las herramientas mencionadas antes y facilitan la lógica de funcionamiento por parte del docente y de los alumnos, así como el funcionamiento en grupo.

El conocimiento sobre las bases biológicas del aprendizaje y el papel de los distintos hemisferios cerebrales han contribuido al desarrollo de este modelo. Por su parte, Gros (2000) explica que el paso de la oralidad a la escritura cambió las formas de utilizar nuestro cerebro. El lenguaje escrito favorece el desarrollo del hemisferio izquierdo, con predominio del desarrollo del pensamiento cuantitativo. Por el contrario, las culturas orientales tienen una aproximación holística al conocimiento, con el mantenimiento del espacio acústico que se localiza en el hemisferio derecho, con el desarrollo de un

pensamiento cualitativo. Los ambientes de EAD tienen la capacidad de presentar a través de las creaciones multimediales estrategias de integración de la bihemisfericidad (Gros, 2000, p. 32). Estos ambientes permiten mayores instancias de autoaprendizaje, sumado a una flexibilidad de presentación de contenidos, así como instancias de contextualización por parte de los estudiantes. El docente aquí sería un facilitador de aprendizaje, entendido este como el cambio en los esquemas referenciales y comportamentales de los estudiantes. Para esta función facilitadora el docente participaría en la construcción de significados conjuntos con los estudiantes.

El docente como facilitador operaría en una franja del conocimiento en que el estudiante solo no puede culminar el aprendizaje, pero sí con la ayuda del docente. Es lo que Vigotsky llamó *zona de desarrollo próximo*, definición que Bruner (1990) completa con el concepto de *andamiaje*, que refiere a un sostén para la construcción de significados que le permite al estudiante avanzar en su aprendizaje. Este mecanismo desarrollado por los docentes (*andamiaje*) desaparece cuando el estudiante alcanza un nivel superior del conocimiento y vuelve a situarse en otro escalón diferente, y así sucesivamente. Bruner (1990) reflexiona a propósito de sus investigaciones que el verdadero *andamiaje* se da cuando los docentes dejan de ayudar a los estudiantes una vez que estos pueden realizar la tarea por sí solos. Considera que es función del docente reconocer ese momento y no permanecer en la etapa anterior.

Un análisis de los supuestos pedagógicos en juego en los modelos de EAD no puede obviar los fines que estos persiguen y a qué tiende la formación de universitarios, que es el caso que nos ocupa. Es necesario partir de una postura de valor, es decir, se enseñan aquellos conocimientos que son socialmente valiosos y dignos de ser enseñados (Camilloni et al., 1996, p. 95). Todos cuentan con experiencias que ponen al servicio del aprendizaje; por lo tanto, la enseñanza exige el respeto por los saberes de los estudiantes al diseñar situaciones de aprendizaje. Si el aprendizaje es un proceso social transformador, también lo es crítico, para que esto se produzca se requiere del diálogo. Este tiene que ser reflexivo, problematizador y crítico de la realidad y de las propias situaciones de enseñanza. Esto exige promover actividades de desarrollo de la capacidad crítica de los docentes y de los estudiantes, saber escuchar y considerar las experiencias previas de ambos. Esta relación le permitiría al sujeto encontrar su propia forma, con toda

su persona, incluyendo lo intelectual, lo afectivo, lo consciente y lo inconsciente (Gatti, 1999).

Según Pampliega (2004) las denominadas *matrices de aprendizaje* son habilitantes de *aprender a aprender*. En sus palabras:

aprender a aprender como sujetos integrados, como protagonistas, a partir de la acción, de la experiencia. Este aprender a aprender no puede hacerse sino con otros (...) El campo grupal, en el que cada uno de nosotros se incluye (...) Desde allí el grupo es ámbito e instrumento de la formación, del aprender a aprender de aprender a pensar” (p. 6).

Este diálogo reflexivo y crítico que nos enseña a aprender a aprender nunca puede estar descontextualizado, porque se transformaría en un mero ejercicio y no permitiría construir significados conjuntos para seguir avanzando. Al respecto, Freire (1996) hablaba del contexto y de las relaciones entre la práctica y el saber de la práctica, el contexto del quehacer, de la praxis.

En la evolución grupal a través del trabajo en red se debe involucrar a los participantes en un proceso compartido de metacognición social. El docente participa en este proceso creando el contexto en conjunto con los estudiantes. Teniendo presente que este conocimiento es del grupo y que cada integrante del grupo tiene sus experiencias para reflexionar y aportar, se desarrolla la idea del conocimiento distribuido; el afuera entra en los ambientes tradicionales de enseñanza. El aula no es un espacio aislado, sino que está atravesado por el afuera, surge el concepto de *aulas porosas*, que obliga a pensar en las tendencias culturales hoy. Los jóvenes hoy llegan al aula con conocimientos de las redes sociales, de otras comunidades y de otros ambientes tecnológicos (Lion, 2012). Esta autora utiliza la metáfora de “panal cognitivo” para integrar la noción de inteligencia colectiva y cognición distribuida, en la posibilidad de construcción inteligencia con otros.

Por otra parte, Scardamalia y Bereteir (2002) trabajan el concepto de conocimiento como construcción social, hablan de *creación de conocimiento*. El trabajo creativo permite que el conocimiento producido sea mayor que la suma de las individualidades. A la definición de trabajo creativo, que es tal siempre y cuando sea el que realmente importa a la gente, se le debe agregar un componente emocional: el componente de motivación. Para estos autores, el término *creación de conocimiento* tiene diferentes connotaciones. En el mundo del trabajo, donde el conocimiento está en la esfera del “modo de diseño”, opera sobre la mejora de la idea o problema concreto, soluciona un tema operativo en lo laboral. En

cambio, en la enseñanza este término genera dificultades, ya que se equipara a aprendizaje. Como sabemos, este es un proceso interno no observable, entonces, aquí se trabajaría en otra esfera, la del modo de creencia, lo que otras personas creen o deben creer (los nuevos conceptos). También, en el ámbito educativo dichos autores distinguen dos conceptos fundamentales: *constructivismo superficial* (se proponen tareas que intentan hacer como que se hace algo) y *constructivismo profundo* (se logra el avance en las fronteras del conocimiento en su comunidad). La definición de constructivismo superficial se puede relacionar con el concepto de *conocimiento frágil* de Perkins (1997), que es entendido como un conocimiento olvidado, inerte, ingenuo y ritual. Ambas son estrategias de aprendizaje que en realidad no producen aprendizaje.

Se debe prestar atención a estas reflexiones y definiciones para que el diseño de cursos a distancia no juegue en contra de los objetivos propuestos. Al respecto, los Espacios Virtuales de Aprendizaje propiciarían espacios de encuentro para el diálogo colectivo. En general, son usados por las instituciones educativas de niveles variados para modelizar y promover comunidades de aprendizaje.

Por otro lado, fuera del espacio educativo formal transcurren una gran cantidad de situaciones donde se produce aprendizaje. Existe una corriente en desarrollo en la actualidad que trabaja en el concepto de *entornos personales de aprendizaje* (PLE) (Santamaría, 2012). Contempla el concepto de *aulas porosas*, ya que las aulas no son el único espacio donde uno aprende, sino que la educación está expandida y es portable a través de los sistemas electrónicos. Este entorno nos permite realizar nuestra propia gestión y regulación de nuestro aprendizaje. Los PLE no se definen por la aplicación de un nuevo software o una nueva plataforma, sino que el usuario aprende utilizando múltiples y variados recursos disponibles en la red y es él quien los agrupa para lograr su objetivo de aprendizaje. Esta concepción del aprendizaje es vista por Downes (2012) como análoga al aprendizaje de un hobby, ya que las personas desarrollan distintas estrategias para adquirir la información: leen, miran videos, preguntan a compañeros y vuelven a practicar. Eventualmente la persona podrá subir un comentario en un post o en un video mostrando a otros, que conforman una comunidad unida por ese interés en particular, cómo lo hizo.

En general, actualmente los estudiantes pueden ser usuarios avanzados de tecnología en relación con los docentes, y esta asimetría puede desestimular a los estudiantes en el aprendizaje, si los docentes no realizan una propuesta motivadora. El riesgo de no contar con un modelo sólido en lo pedagógico puede desmerecer todo un programa basado en la virtualidad. La tecnología en la enseñanza no es motivadora de por sí, puede serlo si la propuesta pedagógica lo es.

El estudio de las buenas prácticas docentes que se apoyan en tecnología es necesario e imperioso para lograr conocimiento sobre cómo se aprende en la virtualidad de la mejor manera, cómo se desarrollará la relación docente estudiante en el futuro y cómo validaremos esos saberes con instrumentos confiables a través de las TIC. Del mismo modo, hoy está en discusión cómo se validarán o acreditarán los saberes desarrollados en los PLE.

Estas metodologías deben ser accesibles en condiciones de equidad, para todos y en cualquier lugar. Esto conlleva políticas públicas a nivel de Estado que las sustenten. En nuestro país existen políticas que permiten el acceso a todos los estudiantes escolares y liceales a las TIC, por ejemplo, el Plan CEIBAL, cuyo decreto de creación del 2007 disponía los estudios y las acciones necesarias para proveer de computadoras a cada escolar y capacitar a cada maestro de escuela pública en el uso de la herramienta.

Las sociedades deben reclamar desde una perspectiva ética ofertas inclusivas en educación para aquellos que pueden acceder con limitaciones y, también, no descuidar a aquellos que se manejan con el lápiz y papel, ya que tiene una versatilidad que las TIC todavía no han alcanzado, en su accesibilidad y costos.

1.3. Las TIC en la Udelar

La incorporación de las TIC en la Udelar y los antecedentes del tema son abordados en el trabajo de Contera y cols. (2006). En este se señala que

desde el año 1996 al 2003 la CSE financió una línea de proyectos de *Innovaciones en materia de enseñanza de grado, Educación a distancia y Atención a la demanda docente de crecimiento del alumnado*. De ellos el 51% incorporan TIC, el 17% preveían alguna modalidad semipresencial o “a distancia”, y el 3% de los proyectos de Educación Permanente contemplaban esta modalidad a distancia. Impulsada por la CSE se realiza dentro del Foro de innovación educativa 2007, el *Primer encuentro regional sobre*



Tecnologías de información y comunicación. En ese encuentro se presentan 10 trabajos de innovación utilizando las TIC.

Las conclusiones de este estudio reflejan la situación, las percepciones, las prácticas y los sentires de los docentes sobre la aplicación de las TIC en el año 2006. Las modalidades no eran totalmente a distancia, sino semipresencial o mixta. En ese trabajo los docentes no percibían la cuestión de la enseñanza a distancia como tal, pero entendían necesario incorporar nuevas tecnologías. La innovación se veía motivada por llegar a lugares en el interior del país para atender a la descentralización, tener flexibilidad horaria para aquellos estudiantes que trabajaran y prevenir o disminuir la deserción estudiantil.

Según dicho estudio, no se percibía la existencia de una confrontación entre las modalidades de enseñanza (presencial y no presencial), sino su complementariedad, y se demandaban políticas claras y definidas en lo institucional para el fortalecimiento de las acciones en esa línea. Los modelos pedagógicos usados en general se centraban en la enseñanza, pero existían algunos basados en los aprendizajes. Los docentes se sintieron interpelados por su práctica, reflexionaron con una perspectiva crítica, utilizando procesos metacognitivos, y percibieron el cambio como una instancia compleja.

Es interesante rescatar que al cierre del trabajo los autores brindan sugerencias de trabajo futuro, entre estas:

1. Generar un espacio académico central encargado del diseño, gestión y evaluación de las iniciativas de enseñanza universitaria de grado, educación permanente/postgrado que desarrollen propuestas educativas innovadoras mediadas por TIC.
2. Implementar una infraestructura de recursos y soluciones educativas y tecnológicas, de apoyo a las actividades de enseñanza universitaria. (Contera y cols., 2006, p. 69)

Desde la década de los noventa la UdeLaR ha trabajado en conjunto con las Universidades del Grupo Montevideo en diferentes programas de innovación educativa, y desde el año 2005 planifica un proyecto denominado "Generalización del uso educativo de las Tecnologías de Información y Comunicación en la Universidad de la República (TICUR)". Ya en el Pledur 2001 (Plan Estratégico de la UdeLaR) se incluyen conceptos sobre desarrollo de plataformas educativas en la UdeLaR.

En la línea de TICUR se inscribió el Proyecto Institucional de la CSE (Comisión Sectorial de Enseñanza) "Fortalecimiento de la Enseñanza de Grado", que contó con un

subproyecto denominado “Uso Educativo de las TIC en la Enseñanza de Grado”, que otorgó fondos para proyectos concursables desde el 2006 hasta el 2009.

La asesoría realizada por Frances Pedró y Eustaquio Martín (2003), sobre la posibilidad de instalación de un campus virtual y la utilización de las TIC en la UdelaR, se tomó como insumo para el TICUR. En esta asesoría se concluyó que las condiciones ya existían en la UdelaR, y que se debía dar una adecuada coordinación entre el componente técnico y el político del proyecto, así como realizar un planteamiento institucional de largo alcance para lograr la viabilidad de este.

En el año 2007 se presentó el proyecto TICUR, y fue financiado conjuntamente por la UdelaR y la Agencia Española de Cooperación y Desarrollo (AECID). En las fundamentaciones se declara: “A partir de la constatación de la existencia de: a) inadecuaciones institucionales derivadas de resistencias instaladas en diversos ámbitos, b) experiencias aisladas y escasamente coordinadas entre sí y c) el grado aún incipiente de recursos educativos abiertos (Comisión 2008, 328)”, la CSE elabora un plan de formación docente en el campo de la innovación educativa mediada por TIC.

El proyecto proponía como objetivos: el fortalecimiento de las capacidades institucionales, la instalación de un observatorio de TIC, la formación de recursos humanos y la creación de un campus digital en la UdelaR. Este proyecto se efectivizó en el Pledur 2005-2009 y con el concurso de fondos provistos por la AECID.

Resulta interesante que en todo este período el sector estudiantil no se mostró afín al desarrollo de la Educación a Distancia para el grado. Esta modalidad tuvo mayor desarrollo en la formación de postgrado y en formación docente en servicios aislados, antes de la instalación del TICUR.

Durante el año 2008 y 2009 se llevaron a cabo acciones de desarrollo del proyecto, entre estas:

1. Formación docente en TIC, desde una perspectiva teórica, metodológica y tecnológica.
2. Desarrollo del Departamento de Apoyo Técnico y Académico (DATA)
3. Creación del sistema de coordinación, socialización y difusión de experiencias basadas en el uso de TIC con fines educativos.



Acompañando este proceso, se creó el Grupo Técnico Asesor (GTA) con delegados directos de todos los decanos de los servicios.

En el año 2010 el grupo de evaluación externo del proyecto señala que TICUR es un proyecto que surge en un contexto universitario consciente de la necesidad de seguir avanzando en la democratización de la educación superior (Leite et al., 2010). Reconoce la oportunidad de institucionalizar la propuesta para toda la UdelaR y el cambio de actitudes de docentes y estudiantes sobre la posibilidad de la instalación de modelos de enseñanza de grado semipresencial. También, concluye que se han desactivado las resistencias por parte de los estudiantes y considera que no se ha logrado la inclusión de un número adecuado de docentes formados en estas tecnologías y en modelos pedagógicos alternativos. En palabras del grupo, “las tecnologías son herramientas con las que se puede innovar o seguir anclados en una enseñanza tradicional” (Leite et al., 2010, p. 30). Recomiendan tener en cuenta que en los procesos formativos lo nuclear ha de ser lo educativo, porque si bien las tecnologías son medios y herramientas que juegan un papel muy importante, siempre ofician de mediación en el diálogo educativo que se establece entre profesores y estudiantes. Entienden que la comunicación entre los actores ha de ser consecuente con los modelos de enseñanza y de aprendizaje adoptados y se debe propiciar que tantos unos como otros enseñen y aprendan indistintamente.

La Facultad de Medicina desarrolló en el año 2006 en forma simultánea con otras facultades cursos a distancia a través de Entornos Virtuales de Aprendizaje (EVA), que en un principio se limitaron a pocos participantes de grado y postgrado. Posteriormente, se difundió la propuesta en forma generalizada a los cursos curriculares de grado. En junio de 2012 contaba con 12509 usuarios registrados, entre estudiantes de grado, postgrado y docentes.

En el año 2012 se registran 3731 usuarios como estudiantes de grado, de los 7825 matriculados en la Facultad de Medicina, y 114 como postgrados. Actualmente todos los cursos curriculares tienen su espacio en el EVA FMed, en la modalidad *blended learning*, salvo el ciclo de internado obligatorio que no lo ha instrumentado aún.



1.4. La nueva figura docente

Con el desarrollo de las actividades de Educación a Distancia surge una cuestión simple: no se pueden realizar las actividades de enseñanza en forma virtual de la misma manera que se realizan en forma presencial. La enseñanza mediada por tecnología, a través de computador, genera o requiere la figura del tutor, en este caso virtual.

La figura del tutor no es algo nuevo y existe de variadas formas y con diferentes funciones en su acción. Etimológicamente el Diccionario de la Real Academia Española define al tutor como: (Del lat. tutor, -ōris).

1. m. y f. Persona que ejerce la tutela.
2. m. y f. Persona encargada de orientar a los alumnos de un curso o asignatura.
3. m. y f. Defensor, protector o director en cualquier línea.
4. m. y f. Persona que ejerce las funciones señaladas por la legislación antigua al curador.
5. m. y f. Profesor privado que se encargaba de la educación general de los hijos de una familia.
6. m. Caña o estaca que se clava al pie de una planta para mantenerla derecha en su crecimiento.

Antiguamente, en términos pedagógicos se entendía a la tutoría, realizada por un maestro privado, como el arte de extraer lo que está en la mente del estudiante, ayudarlo a concretar lo que es en potencia (Malbran, 2004). En las escuelas medievales no existían los libros, por lo que la instrucción quedaba a cargo de maestros individuales que eran los transmisores de los saberes.

Sancho (2002, p. 17) señala que “desde una perspectiva amplia se entiende por tutoría todas las actividades, actitudes, procesos, intercambios personales y profesionales que caracterizan la relación entre el docente y los estudiantes”. Esta autora reflexiona acerca de que a veces no es posible establecer diferencias entre relaciones profesionales y personales entre docentes y estudiantes en el proceso tutorial y considera que la tutoría no se puede presentar como una técnica o moda pasajera, sino que debe ser considerada como parte sustancial de la enseñanza universitaria y de su mejora.

En entornos universitarios de ciencias de la salud desde hace más de 35 años existe la figura del tutor del grupo de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Se trata de

promover aprendizajes significativos en relación con problemas reales, a través del diseño de un problema que estimule y motive a los estudiantes. Partiendo de lo que el alumno ya sabe, se pretende que los nuevos conocimientos se asocien con los antiguos. Se requiere disposición del estudiante a aprender, pero también en este dispositivo de enseñanza se necesita como habilitante la figura del tutor (Díaz Barriga, 2003).

Al respecto de esta estrategia de aprendizaje, Litwin (2006) señala que

hoy en la preocupación curricular aparece con mucha fuerza cómo el currículo está resolviendo los problemas de la integración de los contenidos en relación con los procesos cognitivos que tiene que hacer el estudiante. Es decir, cómo se hace para que lo nuevo que se enseñe no sea un tema más, que integre lo que el estudiante ya sabía y además resuelva alguna de las problemáticas específicas que se plantean hoy a nivel curricular y con cierto reduccionismo que se generó por haber visto al currículo solamente integrado por disciplinas.

El ABP tiene por disparador un problema escrito, basado en situaciones reales y complejas como en la vida real, que se expone para lograr una serie de objetivos previamente definidos por los docentes y conocidos por los tutores participantes. Los estudiantes en grupo deben identificar el escenario y la información que se presenta, discutir un esquema inicial del problema, elaborar una estrategia de estudio y buscar la información que consideran necesaria para resolver las situaciones no conocidas que aparecen en el problema. Con estas tareas finaliza la primera sesión; luego el estudiante trabaja de forma individual para cumplir con los objetivos determinados por el grupo de acuerdo a su plan de trabajo. En una segunda instancia presencial los estudiantes aportan los fundamentos explicativos basados en la bibliografía consultada, así como sus conclusiones. Esta instancia finaliza con una reflexión colectiva acerca del trabajo del grupo y de los objetivos que se lograron.

En relación con la figura tutorial en el ABP elaboramos en el Departamento de Educación Médica un documento en el año 2006 que incluye las características de un tutor y sintetiza las concepciones pedagógicas sobre las que venimos reflexionando:

Hablar sobre las características personales de un tutor, además de considerar como hemos hecho su etimología, implica también convenir, por un lado, que es un docente diferente al docente convencional y, por otro, que conlleva tanto implícita como explícitamente la necesidad de conocer y profundizar sobre esas características que lo hacen peculiar. Características estas que identificaremos a través de la dinámica grupal que se establece en este marco de trabajo, es decir cuando el tutor está ejecutando sus funciones con el grupo. A su vez, para introducirnos paulatinamente en las características del tutor, debemos tener presente algunos aspectos que hacen al concepto de grupo,



relacionados con su dinámica, referentes a los fenómenos propios y esenciales del mismo.

Teniendo presente este marco teórico, que hace a la dinámica interna de los grupos, articularemos las características de mayor importancia que —a nuestro juicio— debe poseer un tutor. Creemos que la figura de un coordinador, un tutor es factible de construirse puesto que emerge de las necesidades de cambio que los propios sujetos van acusando a lo largo de sus procesos de aprendizaje. Es así que necesitamos diferentes modalidades docentes según el momento vital que se transita, las temáticas abordadas, el momento sociocultural, entre otros. Un tutor llegará a ser tal, a través de una formación docente continua, ya que previamente atravesó por el ejercicio de otras modalidades docentes.

La literatura da cuenta de ciertos rasgos de la personalidad de aquellos que ayudan, facilitan o por el contrario dificultan el ejercicio de esta modalidad docente. Nos proponemos describir algunas características que entendemos facilitan el desempeño del tutor.

Todo docente que participe de un proceso tutorial, debe ser consciente de que su forma de actuar se ofrece como modelo identificatorio para los integrantes del grupo y esto le posibilita guiar a los estudiantes en sus propios procesos de aprendizaje, teniendo en cuenta diferentes tiempos en uno y otro estudiante. (Careaga et al., 2006, p. 7)

De ahí que ese estatus no puede asumirse sin la responsabilidad deontológica de traducir en hechos puntuales el acompañamiento pedagógico que la define. En otras palabras, “la praxis cotidiana del tutor no puede eludir el compromiso ético de ejercer ese acompañamiento de la forma más adecuada a las necesidades del educando” (Padula Perkins, 2005, p. 48).

En diferentes trabajos se presentan varias características de un tutor. El tutor es un facilitador que habilita la participación de todos los integrantes del grupo, evitando tanto las intervenciones exclusivas de algunos como los silencios exclusivos de otros. Se debe ubicar como un miembro del grupo que en determinado momento se tornará prescindible. Observará y reconocerá los fenómenos grupales, no solamente por tener una actitud empática con los integrantes, sino también por su manejo de la dinámica grupal, e intervendrá en los momentos en que la misma obstaculice los objetivos de aprendizaje. Asimismo, deberá manejar la ansiedad del grupo en el proceso de aprendizaje, así como la propia. Esto implica ser tolerante, lo cual es básico, ya que, por un lado, debe realizar una escucha atenta y, por otro, aceptar que el aprendizaje está centrado en el estudiante y que son ellos los principales responsables. El tutor les dará a los estudiantes un rol protagónico. (Sancho, 2002; Onrubia, 2005; Berge, 1995 Banno y De Stefano, 2006).

Otra característica importante es la capacidad para hacer emerger cuestiones significantes realizando preguntas pertinentes, que obliguen a la confrontación y búsqueda de las respuestas adecuadas (Richardson, Montemuro y Cripps, 1997).



El papel del tutor es crear un contexto que proporcione anclajes entre las representaciones teóricas, el conocimiento del mundo y las experiencias que los estudiantes informan. Asimismo, debe mantener activo este proceso mediante preguntas que logren la autorreflexión por parte de los estudiantes, facilitando los procesos metacognitivos grupales en la tarea del aprendizaje colaborativo (Muukkonen, Lakkala y Hakkarainen, 2005).

Por otra parte, en los inicios de los programas de *e-learning*, se diferenciaban los docentes contenidistas, que eran expertos en contenidos, de los docentes encargados de trasladarlos a los estudiantes, es decir, los tutores virtuales que podían o no ser expertos en contenidos. Si las actividades estaban tan programadas y estructuradas no tenían la flexibilidad que cualquier acto docente debe tener ni habilitaban la reflexión y el espíritu crítico. De esta manera tan estructurada no estaríamos ayudando a *aprender a aprender*.

También, debemos notar que estos dispositivos pueden asimilarse a nivel presencial a los que el profesor de la cátedra desarrolla en su curso como experto en contenidos, donde los docentes de menor rango están encargados de desplegar las actividades pensadas para desarrollar los contenidos, quizás sin ninguna participación o injerencia en el diseño de estas actividades.

En cuanto a las TIC en la enseñanza y al surgimiento del tutor virtual, hay un fenómeno que se despliega en paralelo: los avances tecnológicos permiten nuevas y nuevas aplicaciones que, como ya dijimos, se trasladan desde fuera de los ambientes educativos a estos. El desarrollo de las redes sociales, el Smartphone, las tablets aumenta exponencialmente la interactividad mediada por tecnología. Por lo tanto, los cursos con una propuesta muy estructurada, que no consideren estas posibilidades, se volverán obsoletos y menos motivantes para los estudiantes. Los fenómenos de interactividad e interacción se extienden a pasos agigantados en las TIC por fuera de los espacios tradicionalmente educativos. Es así que el tutor en el espacio educativo debe perfilarse como un docente tutor y no como un simple animador de las discusiones en los foros.

García Aretio (2008) define *interacción* como el diálogo didáctico mediado por parte del docente tutor con el estudiante, que puede hacerse por diferentes modalidades de comunicación y tipos de contenidos, a través de texto, imágenes y sonidos, en cuyos parámetros se establece la simulación.



La *interactividad* es definida por el mismo autor como lo que atañe al aprendizaje compartido, no en solitario, del estudiante con sus pares. El aprendizaje colaborativo requiere de un alto grado de comunicación e interactividad entre estudiantes y con los docentes. Este autor define la teoría del diálogo didáctico mediado cuando esta comunicación se apoya en la interactividad y se basa en las vías de comunicación de la propuesta, cuando se trata de los materiales presupone el autoestudio.

Por su parte, Cabero y Llorente (2007) trabajan el concepto de *comunidad virtual* como un grupo de personas que están unidas a través de la red para la realización de tareas conjuntas, que persiguen intereses comunes, integrando aspectos de colaboración y de sociabilidad e interacción social. No es necesaria la presencialidad de los sujetos en esta modalidad; por lo tanto, disminuye la comunicación a través de los elementos paralingüísticos

Según Fainholc (2007, p. 236.), la tutoría electrónica es “la actividad pedagógica articulada a las herramientas de virtualización que tienen como propósito orientar y apoyar a los estudiantes, durante su proceso de formación a través de variadas propuestas y diversos formatos”.

Como vemos los diversos autores toman en cuenta al docente como orientador, el contenido abordado a través de la concepción de interacción grupal y apoyado en estrategias de comunicación y socialización en entornos virtuales.

García Aretio (2008) entiende que el tutor virtual deberá desarrollar y aplicar las siguientes habilidades: realizar una óptima mediación de materiales, facilitar la lectura y comprensión metodológica, generar diálogo y reflexión, evitar las ansiedades frente a situaciones de distancia que obstaculizan el aprendizaje, generar interacción permanente con recursos motivadores, ubicarse en el lugar del otro, trabajar para formar grupos interactivos, promover la investigación y profundizarla, mantener un diálogo cordial habilitante para la mediación pedagógica y ofrecer ayuda. También, deberá conocer de manera reflexiva el medio virtual en donde se desenvuelve y promover la independencia de los estudiantes a través de estrategias de desarrollo de los procesos metacognitivos.

En páginas anteriores nos referimos a la jerarquía del contexto y a que los diálogos mediados deben estar contextualizados para que se logre un aprendizaje. En los cursos

completamente a distancia y transnacionales con estudiantes de diversos países culturas y religiones, el tutor tiene otra tarea y otra dimensión que atender y en la cual formarse, ya que se enfrenta a la multiculturalidad de los estudiantes virtuales. El tema de la multiculturalidad, que también se plantea con frecuencia a nivel del ejercicio de la docencia en forma presencial, sobre todo en los países con fuertes flujos migratorios y/o poblaciones originarias, se traslada a la tutoría virtual. Considerar al otro como persona con sus particularidades, sus valores y sus culturas requiere de una adaptación para acortar la distancia psicosocial y cultural. El tutor virtual debería desarrollar una ayuda intercultural coordinada para facilitar el aprendizaje electrónico.

La planificación en la tutoría a distancia, que se basa en los mismos supuestos teóricos que la enseñanza presencial, debe ser siempre explícita, sobre todo en aquellos elementos que aluden a lo temporal. El plan de trabajo debe estar claramente detallado en lo cronológico y en los requerimientos horarios de dedicación para poder realizar el curso. La flexibilidad que brindan las acciones asincrónicas tienen un límite en el cronograma del curso, que en ocasiones es mucho más estricto que en la forma presencial. La palabra escrita tiene un peso mayor, aunque existen cada vez más diversas formas tecnológicas que habilitan la comunicación a través de la palabra hablada. Como ya mencionamos, no existe la comunicación paralingüística y esto puede ocasionar confusiones y ruido en la comunicación.

Una diferencia interesante es que en la clase presencial los debates se basan en mayor medida en la inmediatez, en cambio, el debate en foro electrónico conlleva acciones mucho más reflexivas y se propende a que sean mejor fundadas. La participación del estudiante depende de la motivación, que también debe ser generada por el tutor a distancia, a través de acciones que habiliten el diálogo. Por esto, las características de las preguntas o las actividades que plantea son fundamentales. El registro detallado que se obtiene de las plataformas educativas, así como la interactividad vía mail permiten una objetivación del seguimiento del estudiante a través de la recuperación de estos datos en cualquier momento y en cualquier lugar. En general, la carga de trabajo para el tutor es mayor, ya que la exigencia de la relación uno a uno y el tipo de comunicación más privada, mediada por un correo electrónico, no tan frecuente en las clases presenciales, extienden el tiempo docente. Los tiempos de respuesta suelen ser mucho más acotados e

incluso se trata de que no exista una diferencia temporal de más de 24 a 36 horas entre la comunicación alumno tutor (Barberá, s.f.).

Berge (1995) identifica algunas condiciones como necesarias para la tarea del tutor instructor en un ambiente virtual y las categoriza en cuatro áreas:

1. pedagógica: es un facilitador educacional que modera con preguntas y centraliza el foco en conceptos críticos o habilidades específicas.
2. social: debe crear un ambiente amigable para el aprendizaje, promoviendo estrategias comunicativas para la cohesión del grupo.
3. organizativa: debe manejar la agenda, los tiempos, los procedimientos institucionales, etc.
4. técnica: debe convertir el ambiente tecnológico en algo manejable y transparente.

La siguiente tabla recoge las competencias del docente tutor virtual identificadas por Bravlasky (2003 citado en Banno y De Stefano 2006).

Tabla 1. Áreas de competencias de los tutores

Competencias interactivas para la participación como miembros del grupo:	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad para guiar y enfocar puestas en común. • capacidad para promover intercambios de opiniones. • capacidad para desarrollar procesos de retroalimentación.
Competencias sociales de interacción en ámbitos más amplios (ej. espacios públicos):	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad para la construcción de comunidades virtuales. • capacidad para participar en proyectos colaborativos con pares. • capacidad de expresión escrita mediada.
Competencias éticas y estéticas para el reconocimiento de valores y patrones estéticos:	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad de respeto por la opinión de todos los estudiantes. • capacidad de reconocimiento de las condiciones socioculturales de los estudiantes. • capacidad para incentivar y promover iniciativas de trabajo personal.

	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad para reconocer la diversidad de formaciones, experiencias e intereses de los estudiantes.
Competencias intelectuales para la formulación de intervenciones acordes a fundamentos teóricos (teorías de aprendizaje, modelos comunicacionales, etc.):	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad de analizar los mensajes recibidos. • capacidad para establecer alternativas de abordaje en diferentes tipos de diálogo. • capacidad para diseñar su propio plan de comunicaciones. • capacidad para reflexionar sobre su propia práctica.
Competencias prácticas para la selección y el uso de recursos y programas:	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad para gestionar foros y listas de distribución. • capacidad operativa para utilización de programas de correo y chat. • capacidad para modelar el uso del medio para minimizar problemas de comunicación.

1.5. Tutorías entre pares

La tutoría entre iguales o tutoría entre pares es una modalidad de aprendizaje cooperativo, en la que ciertos estudiantes apoyan el aprendizaje de otros menos expertos, mediante un trabajo que se realiza en grupos pequeños o en parejas.

Históricamente, se trataba que los estudiantes más hábiles o más avanzados enseñaran a los menos avanzados. Este esquema se ha modificado y se puede definir al tutor par como “una persona de similar grupo social, que ayuda a otras a aprender y a aprender por sí mismas, lo que los une es un objetivo común para la tarea, sin dar respuestas pedagógicas complementarias o libro de texto” (Schleyer et al., 2005). Tradicionalmente, el rol del alumno tutor se concibe como una prolongación del profesor. No obstante, algunos autores han propuesto ampliar esta definición y enfatizar el valor educativo del aprendizaje recíproco, así como la actividad conjunta entre los miembros de la pareja (tutor-alumno) o del grupo. Se destaca que pertenecen al mismo grupo social de los que aprenden, es decir, no son docentes profesionales ni expertos en el contenido (Ross y Cameron, 2007). En efecto, algunos trabajos de investigación han mostrado que el tutor

también aprende al tiempo que ayuda a otras personas a aprender. (Topping, 1996; Alzate-Medina y Peña-Borrero, 2010).

La figura de la tutoría entre pares se desarrolló en el 2000 en Europa con el surgimiento del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). El tutor par, que se apoya en los contenidos curriculares, también desarrolla y promueve habilidades para evitar el fracaso académico. Son muchos los ejemplos de tutorías entre pares cuyo fin es orientar en la escritura o en la producción de trabajos académicos a nivel de la educación superior, en definitiva, cuyo objetivo es la formación en las competencias académicas necesarias para el estudio en la universidad (Topping, 1996). En este modelo el tutor par es un estudiante más avanzado en la carrera, que desarrolla su actividad uno a uno o uno a un grupo de estudiantes.

La tutoría entre pares pretende favorecer la integración a la vida universitaria, superar determinados obstáculos de aprendizaje, asesorar en los trayectos curriculares, potenciar aspectos del desarrollo personal, como las competencias sociales, y promover la participación de los estudiantes, además de vincular al estudiante con otros servicios de apoyo. Con apoyo o sustento en la indagación, a través de la interacción cognitiva y social, se actuaría en la *zona de desarrollo próximo* de Vygostky (1995) sobre el tutorado, pero también accionaría sobre el tutor par; “enseñar es aprender dos veces” (Topping, 1996).

Topping (2005) señala que la tutoría entre pares ha pasado a ser un método que se aprecia como inclusivo y observa que la motivación debe darse en las dos poblaciones, la de los tutores y la de los estudiantes, ya que si no, se produce el fracaso del programa. Como factores pronósticos concluye que la planificación y la secuenciación de actividades debe ser cuidadosamente prevista. Podría decirse que no hay aprendizaje mejor para ser un ayudante que ser ayudado.

En la Udelar en 2008 se creó el Programa de Respaldo al Aprendizaje (Progresá), que promueve tutorías entre pares para los estudiantes que ingresan con el objetivo de lograr el arraigo y evitar la desvinculación temprana. Este programa se extenderá con diversas propuestas a toda la trayectoria académica del estudiante para lograr su integración a la vida universitaria. Las áreas de trabajo son: Tutorías de estudiantes por estudiantes, Proyectos estudiantiles para dinamizar la vida universitaria, Implementación de cursos de

grado que promuevan la investigación por estudiantes y el proyecto Flor de Ceibo, que colabora con la implementación del plan Ceibal en nuestro país.

Las líneas en que trabaja Progresía fundamentalmente apuntan a fortalecer los vínculos. No obstante, los aspectos vinculares dependen de diferentes dispositivos que se generan de acuerdo a las necesidades institucionales y de la construcción que cada tutor realice con los tutorados. Es así que en diversas Facultades se pueden generar espacios o actividades que promuevan vínculos a través de la web o de encuentros más estructurados (Mosca y Santiviago, 2012).

En ciencias de la salud

La tutoría entre pares ocurre de forma informal a nivel de los estudiantes en ciencias de la salud, tanto en la UdelaR como a nivel de otras escuelas de medicina. General Medical Council describe en los perfiles de egreso que es necesario que el estudiante tenga habilidades apropiadas de enseñanza. “Los médicos y los estudiantes deben estar dispuestos a contribuir a la enseñanza, la formación, la evaluación y la evaluación de estudiantes y colegas. También se espera que sean honestos y objetivos al valorar o evaluar el desempeño de los demás, a fin de asegurar que los estudiantes y colegas son el sostén de un nivel satisfactorio de la práctica” (General Medical Council UK, 2009).

En el trabajo *¿Por qué los estudiantes de medicina deben aprender a enseñar?*, Dandavino y cols. (2007) revisan ocho estudios realizados entre los años 1987 y 2003 y rescatan los siguientes puntos. En primer lugar, la enseñanza es una actividad clave de los médicos y es una habilidad que puede ser utilizada por los estudiantes al principio de su educación médica. Los estudiantes de medicina que aprenden a enseñar pueden convertirse en comunicadores más eficaces, ya que la enseñanza es un aspecto esencial de la interacción médico-paciente. En el mismo sentido, si se tiene una mejor comprensión de la enseñanza y de los principios del aprendizaje se puede llegar a ser mejor estudiante. La exposición a principios de enseñanza, habilidades y técnicas se debe realizar de una manera secuencial durante la formación de un médico, es decir, empezar en el grado y continuar en el posgrado y en la práctica profesional. Por lo tanto, los autores consideran que estas habilidades deben seguir desarrollándose a lo largo de toda la vida profesional.



Entre 1987 y 2003 se realizaron numerosas publicaciones tendientes a organizar el tema y en el año 2009 se publicó la Guía N°30 de la Association for Medical Education in Europe (AMEE) "Aprendizaje asistido por pares". Los fundamentos esgrimidos eran:

El aprendizaje por pares está incrementándose en la educación en Ciencias de la Salud, existe un cuerpo considerable de literatura en educación en Ciencias de la Salud, numerosos factores deben ser considerados y deben evitarse errores si se están considerando etapas de planificación y este marco ofrecido puede garantizar buenos programas de tutorías entre pares. (Ross and Cameron, 2007, p. 527)

Ten Cate y During (2007b, p. 591) señalan que si bien la tutoría entre pares en salud existe, no se publican habitualmente trabajos al respecto, y que hay evidencia teórica y empírica de que esta práctica se emplea en la educación médica continua. Analizan todas las publicaciones de educación médica y en ciencias de la salud del año 2006 y los *abstracts* del encuentro 2006 de la AMEE. En esta revisión bibliográfica encuentran que la tutoría entre pares alivia la presión del trabajo del docente; ofrece a los estudiantes congruencia cognitiva con sus hipótesis y argumentos en las explicaciones de los hechos, más acorde que con el nivel cognitivo de explicaciones del experto; crea un ambiente de aprendizaje confortable, donde se puede socializar con los otros estudiantes; provee de un modelo; ofrece a los estudiantes motivaciones alternativas para mejorar los métodos de estudio y mejora la motivación intrínseca de los estudiantes; prepara a los médicos en su rol futuro de educadores. (Ten Cate y During, 2007a, p. 548). También, permite practicar la devolución (*feedback*) entre pares como parte de la evaluación 360°; promueve la formación en liderazgo y confianza, promueve la educación como forma de lograr hábitos saludables; ofrece supervisión responsable para los programas basados en competencias y racionaliza los recursos docentes.

La tutoría entre pares en los cursos a distancia tiene que contemplar el tamaño del grupo, la interdependencia positiva y la responsabilidad en las actividades. Parece ser un desafío mayor en la virtualidad lograr fuertes acuerdos para facilitar la tarea del grupo y definir claramente las actividades. Una de las tareas fundamentales, como ya mencionamos, es que el *feedback* ha de ser lo más inmediato posible, ya que se persigue evitar el distanciamiento y la desmotivación por parte del estudiante. El seguimiento debe hacerse en forma permanente e individualizada, y la información será la necesaria en el momento oportuno; de esta manera, el tutor se transforma en un experto en la facilitación del

proceso de aprendizaje. No prioriza el eje de la enseñanza, sino el aprendizaje en el contexto de una relación comunicativa dialógica donde aprenden todos.

En la Facultad de Medicina a partir del Plan de Mejoras para el Mecanismo Experimental de Acreditación de Carreras de Medicina Mercosur (MEXA) (2006, 2007), se instrumentó un ciclo de pasantías en ambiente comunitario durante los dos primeros años de la carrera, para atender a la siguiente observación: “Tardío contacto inicial del alumno con el paciente y la comunidad”. En este proyecto se diseñaron pasantías a nivel del primer nivel de atención que buscaban trabajar en aspectos vinculados al conocimiento del contexto donde concurrían los estudiantes y diseñar, planificar y realizar actividades de promoción de salud comunitaria. Estos grupos eran coordinados y orientados en su trabajo por un tutor estudiantil llamado “Tutor de trabajo de campo” y por un grupo docente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y del Departamento de Educación Médica. Estos tutores eran estudiantes avanzados en la carrera que se presentaron a un llamado a aspirantes. Es importante destacar que se trabajó en la formación del perfil de tutor de trabajo de campo en las instancias previas a la experiencia y se realizó apoyo en aspectos disciplinares y pedagógicos por parte de los docentes responsables.



Capítulo 2

Contexto de la investigación

2.1 Descripción del caso de análisis: Ciclo de Introducción a la Medicina General e Integral (CIMI) de la Facultad de Medicina realizado durante el año 2008

El ciclo se desarrollaba en el segundo semestre del cuarto año de la carrera de Doctor en Medicina, tal como estaba contemplado en el Plan de Estudios 1968 (Ver Anexo A), y buscaba introducir al estudiante en el área del aprendizaje clínico, orientado ya al desempeño profesional. El objetivo general era que al finalizarlo “el estudiante sea capaz de considerar a la persona en el proceso dinámico salud-enfermedad con sentido integral en sus diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales”. Como objetivos específicos se definía que “aplicando los elementos de la historia clínica integral será capaz de:

- realizar maniobras y destrezas básicas necesarias para identificar los problemas de una situación concreta.
- diagnosticar los grandes síndromes semiológicos como así también de correlacionarlos con las bases anatómicas y funcionales que le dan sustento. Conocerá además las bases generales del tratamiento correspondiente a cada una de las unidades.
- resolver con independencia los problemas de una situación concreta utilizando como método el razonamiento lógico.
- al finalizar el ciclo el estudiante deberá reconocer la historia clínica como documento médico legal, como instrumento para evaluar aspectos epidemiológicos sanitarios y como documento para evaluar la calidad de la atención médica.
- el alumno será capaz de distinguir en la historia los aspectos psicológicos para: hacer un diagnóstico de situación identificando la problemática y relacionándola con los componentes orgánicos y sociales de la enfermedad; adiestrarse en las técnicas de entrevista; incluir la confección de la historia clínica dentro del marco de una relación interpersonal” (Facultad de Medicina, CIMI, 2008).

En este ciclo el estudiante debía integrar el lenguaje propiamente médico. Se estimaba la adquisición de unas 2.500 palabras nuevas, que equivale al aprendizaje de un idioma. Este ciclo era en el Plan 1968 puente entre las ciencias básicas y las clínicas y ponía especial atención en los aspectos relacionales. Como señala Carbajal (2008), “tiene como característica centrar el hecho de la relación médico paciente desde la perspectiva comunicacional”.

El contenido del ciclo CIMI versa sobre varias disciplinas que por momentos funcionan integradamente. Se abordan en el área Clínica los contenidos del aprendizaje de la Semiología⁵ de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y Medicina Familiar y Comunitaria en forma de pasantías de siete semanas cada una. En el ámbito hospitalario el estudiante debía cumplir 24 horas de trabajo en la semana de lunes a sábado y en el ámbito comunitario, 4 horas diarias de lunes a viernes. En el horario de la tarde existían cursos complementarios que le permitían comprender desde las ciencias básicas aplicadas los fenómenos que analizaba en la mañana. Estos cursos incluían las disciplinas de Fisiopatología, Farmacología Clínica y Anatomía Patológica

La evaluación final del ciclo se integraba con evaluación continua, una prueba de preguntas escritas tipo Opción Múltiple, que era diseñada por las Cátedras de Fisiopatología, Farmacología Clínica y Anatomía Patológica, y una prueba Clínica Objetiva Estructurada (ECO), que abarcaba los contenidos, habilidades y destrezas desarrolladas en el área clínica. Cada una de estas evaluaciones equivalía a un tercio de la nota final.

En el año 2008 cursaron el Ciclo 360 estudiantes. Estos se dividieron en tres grupos de 120 estudiantes, que realizaron las rotaciones de siete semanas cada una por las tres áreas clínicas (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y Medicina Familiar y Comunitaria) completando las 21 semanas de pasantías clínicas requeridas.

En la pasantía de Medicina Familiar y Comunitaria, que se desarrolla en policlínicas periféricas que trabajan de lunes a viernes, los estudiantes participaban en grupos reducidos y realizaban la entrevista médica supervisados por su docente. Esta actividad comprendía cuatro horas diarias. Con el objetivo de maximizar las oportunidades de aprendizaje, se diseñó una actividad virtual que complementara la actividad presencial.

⁵ Estudio de los signos y los síntomas.

Por lo tanto, el estudiante concurría a una policlínica y al mismo tiempo desarrollaba la actividad virtual programada para esas siete semanas. Para el desempeño de esta actividad se planificó una estructura basada en el abordaje de situaciones de salud comunitaria, donde los estudiantes debían desarrollar la adquisición de las habilidades en el tratamiento de estos temas. Se conformaron equipos dirigidos por un docente (diferentes a los docentes del grupo en policlínica), acompañados por dos tutores estudiantiles. Estos tutores se seleccionaron por un llamado a voluntarios entre estudiantes que ya hubieran realizado el ciclo. En la selección se tuvo en consideración la experiencia previa en tutoría entre pares en forma presencial, que ya se implementaba en la Facultad. Estos tutores fueron capacitados en acción tutorial virtual mediante encuentros con docentes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y del Departamento de Educación Médica.

Durante el transcurso de las 21 semanas de duración del curso algunos tutores cambiaron de temática o estación, otros abandonaron por superposición de tareas, pero se integraron nuevos de forma totalmente voluntaria. En total, participaron a lo largo del año 20 tutores estudiantiles y tres docentes del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.

2.1.1. Descripción del curso virtual del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria correspondiente a CIMI 2008

El curso se diseñó en la plataforma EVA de la Facultad de Medicina, donde se planificaron siete actividades con diferentes temáticas basadas en problemas de salud, de mayor prevalencia en el primer nivel de atención.

Tabla 2. Esquema de pasantías de Medicina Familiar y Comunitaria

Semanas	1 a 7	8 a 14	15 a 21
Grupos	ABCDEFGG	HIJKLMN	OPQRSTU
Nº estudiantes	120	120	120

En este esquema se observa la forma en que realizaron la rotación los 21 grupos que conformaban la generación.

Durante las siete semanas que el estudiante realizaba su pasantía, se proponía una actividad semanal virtual sobre un caso de salud en base a una viñeta clínica (relato escrito acotado de una situación clínica) y se planteaban algunas preguntas disparadoras de la discusión. Se creó un foro de discusión donde el grupo de estudiantes interactuaba con los tutores que correspondían a esa actividad (en Anexo B se puede ver el número de estaciones y consignas). Esta actividad se concibió como virtual asincrónica.

A la semana siguiente el mismo grupo de estudiantes participaba de otra situación clínica (nueva estación) con una nueva viñeta y un foro para contestar otras preguntas disparadoras con otro equipo de tutores. Esto se repitió durante siete estaciones.

Ejemplo de la estación “Consumo de sustancias”. Actividad a realizar en foro:

Situación

Gabriel viene a la policlínica porque le pidieron un certificado en el liceo para hacer educación física. Tiene 16 años y está en cuarto año de secundaria. Va al liceo del barrio y le va bastante bien. No repitió ningún año. Quiere hacer diseño gráfico.

Le comenta a su médico que fuma desde los 14 años, 1 cajilla de cigarrillos por día. Al principio su madre no quería pero ahora ya se acostumbró y es algo que le gusta. “Total, todos fuman en casa”

Tiene una barra de amigos del barrio con los que suelen juntarse los fines de semana e ir a bailar. En esas salidas beben mucha cerveza y a veces algunos tragos. Suele regresar a casa alcoholizado pero a él no le preocupa. “El domingo está hecho para la resaca” En una oportunidad él y sus amigos terminaron en la seccional de policía detenidos por pelearse con otra “barra” y dicen que “estaban todos borrachos”. Tiene una novia desde hace 5 meses que conoció en el baile pero dice que “no es nada serio”

Ya iniciaron las relaciones sexuales, usa preservativo pero en alguna oportunidad se olvidó porque “estaba borracho”. Hace dos meses probó marihuana pero no le gustó. Dice que se siente muy bien y que es sano. Juega al fútbol y basketball en el liceo.

Se lleva mal con su madre porque ella tiene miedo que se vincule con los del liceo que consumen “pasta base”. El examen físico de Gabriel es normal.

Preguntas disparadoras: ¿Qué drogas consume el paciente? ¿Cómo las clasificaría?

Luego de presentada la situación los estudiantes comenzaban a contestar estas preguntas disparadoras en un foro.

Ejemplo de intervenciones en los foros:

Re:Preguntas planteadas
de [redacted] Thursday, 16 de October de 2008, 14:02

Para no repetir conceptos que ya desarrollaron los compañeros, y desviándome un poco de la pregunta disparadora: me parece importante recalcar que en primer lugar el problema de Gabriel es asunto cotidiano en nuestra sociedad. Consume sustancias de fácil acceso para cualquier adolescente y dos de ellas (el alcohol y el tabaco) son de libre acceso a su edad, y no desde el punto de vista legal ya que es prohibida la venta a menores de edad, pero hecha la ley hecha la trampa. Y ni que hablar del acceso a la marihuana, la cual circula en todos los ámbitos que rodean a los adolescentes; bailes, cumpleaños e incluso en los liceos.

En la historia se refleja el hecho de que Gabriel comienza a consumir estas sustancias como parte de su rol social dentro de un grupo de personas, en este caso sus amigos; y Gabriel no solo parece no darse cuenta de su problema sino que también ve el consumo de estas sustancias como algo normal, "total todos lo hacen". También se ve que el consumo de alcohol comienza a afectar determinadas conductas en su vida personal, como no mantener relaciones sexuales responsablemente; hecho que el propio Gabriel vincula con el abuso de alcohol.

[Mostrar mensaje anterior](#) | [Editar](#) | [Partir](#) | [Borrar](#) | [Responder](#)

Re:Preguntas planteadas
de [redacted] Thursday, 16 de October de 2008, 14:14

Esta buena la pregunta de Mercedes. Desde mi punto de vista es una situación de riesgo físico por el riesgo implícito de contagio de enfermedades; pero hay que tener en cuenta que esa "actitud de riesgo" está condicionada por un inconveniente social por detrás, y este es el que se debe atacar en primera instancia. Uno puede enseñarle a un adolescente como cuidarse a la hora del sexo, pero mientras persista el problema de abuso de sustancias el resto de las medidas pierden potencial.

[Mostrar mensaje anterior](#) | [Editar](#) | [Partir](#) | [Borrar](#) | [Responder](#)

Re:Preguntas planteadas
de [redacted] Friday, 17 de October de 2008, 00:37

Estoy muy de acuerdo con el aporte de mis compañeros.

Tomando como punto de partida lo expuesto por Pablo, me parece importante destacar el rol social que tiene el consumo de dichas sustancias. Es algo cotidiano en personas de cualquier grupo etario estar expuestos a las diferentes situaciones como el ofrecimiento a consumir determinada sustancia, mas perteneciendo a un grupo en el cual esas actividades son habituales. Es posible que el hecho de pertenecer a un grupo o el querer ser aceptado por un grupo sea el motivo que lo puede llevar a el consumo de estas drogas.

Me parece importante conocer esta clasificación que adjuntaron mis compañeros ya que todo medico debería conocer las distintas drogas, sus efectos y poder solucionar un problema como el de Gabriel. Es igual o mas importante el conocer el tema a fondo para tener la posibilidad de solucionar el problema al paciente dotándolo de habilidades y recursos que le permitan modificar su estilo de vida anterior y reinsertarse de forma adecuada en su ámbito familiar, social, laboral y/o académico. En función de las necesidades de cada caso, el tratamiento puede acompañarse de terapia individual, familiar y/o grupal.

Hay una publicación llamada "El equilibrista" de los autores Agustin Lapetina y Roxana Fernández, socióloga, que habla justamente de esta problemática haciendo hincapié en el consumo de estas 3 sustancias, el alcohol, el tabaco y la marihuana. Este trabajo no trata fundamentalmente el consumo, sino la prevención ante el consumo problemático.

Algo muy interesante que la autora comenta es: "No planificamos actividades desde la negación del consumo, se busca informar a los adolescentes sobre los problemas que acarrea la droga para que éstos evalúen luego el modo en que consumen"

Sin otro particular. Saluda atentamente.....jaja

[redacted]

En este entorno interactuaban los docentes y los tutores estudiantiles.

En otra estación se proponía tratar aspectos vinculados al ejercicio profesional. Se enviaba una tarea que debía ser corregida por los tutores y luego se proponía una discusión en el foro.

Ejemplo de la estación de “Historia clínica”. Actividad combinada: Tarea y Foro:

En el día de ayer consulta en la Policlínica de Las Piedras un hombre de 65 años. Cuenta que hace más de 6 meses anda con problemas para comer, dice que la comida se le tranca en el cuello. Antes podía comer todo lo más bien, después empezó con problema para comer carne y cosas duras, ahora solo come sopa por el problema. Nunca se le fue en todo este tiempo y le pasó un par de veces que se “atoró” y no pudo seguir comiendo más nada. Junto con esto nos dice que desde más o menos el mismo tiempo que le duele al tragar la comida, nos asegura que no es la garganta lo que le duele sino más abajo, además nos dice que cuando come la comida a veces le vuelve a la boca, pero no como si fuera vómito, no le dan arcadas. Nos dice que desde hace meses siente como un fuego que le sube por el pecho hasta la boca, y que últimamente se levanta con mucha tos en la mañana. No le gusta ir al médico por lo que va solo cuando no da más. Anda últimamente con mucha saliva en la boca y cada dos por tres le dan ataques de hipo, la familia dice que le ha cambiado la voz y que últimamente le da mucha tos al tratar de tomar agua o líquidos; Ud. lo nota con cara y cuello hinchado. No nos cuenta haber vomitado sangre o haberla expulsado con la tos. No le tiene asco a la carne ni al mate. Hace 3 meses además anda con problemas para ir de cuerpo, dice que de a ratos no puede ir al baño y tiene días que anda con diarrea. Anda asustado porque ha visto sangre cubriendo la materia. No nos cuenta haber tenido materias negras pastosas con olor fétido. Últimamente hay veces que no llega al baño porque le vienen de golpe las ganas y que cuando logra ir queda como con ganas de seguir haciendo. Los gases no se los puede aguantar hace algunas semanas. También tiene problemas para hacer pis, tiene que hacer fuerza y a veces apretarse la panza para que salga el chorro, y cuando este sale es doble y se moja los zapatos cuando termina.

Ha adelgazado mucho últimamente, ha tenido que comprarse ropa nueva como de dos tallas menos. No tiene apetito y le cuesta hacer las tareas cotidianas. Siente como que tuviera una pesadez por debajo de las costillas a derecha. Fuma mucho, como un paquete de tabaco cerrado por día y le gusta tomar caña blanca todos los días. Además toma mucho mate y le gusta que este muy caliente. Nos cuenta que su padre tuvo algo parecido y que murió, la madre está internada en sala de oncología. Los demás antecedentes carecen de valor.

1. Reescriba la Historia Clínica en forma adecuada usando lenguaje médico.
2. Dentro del examen físico qué parte priorizaría.
3. ¿Qué maniobra semiológica es fundamental realizar en todo paciente de sexo masculino mayor a 50 años?
4. Ud. es el leuco ayudante en la policlínica y su grado 3 le exige que haga y firme la Historia Clínica. ¿Cómo procedería y por qué?

Tabla 3. Esquema de una pasantía de siete semanas: rotaciones de estaciones por semana y por grupo

Semanas \ Temas	1	2	3	4	5	6	7
<i>Historia clínica</i>	A	B	C	D	E	F	G
<i>Adulto Sano</i>	B	C	D	E	F	G	A
<i>Cefaleas</i>	C	D	E	F	G	A	B
<i>Salud Mental</i>	D	E	F	G	A	B	C
<i>Diabetes</i>	E	F	G	A	B	C	D
<i>Consumo de Sustancias</i>	F	G	A	B	C	D	E
<i>Disalimentación</i>	G	A	B	C	D	E	F

En esta tabla se observa el esquema de rotaciones de los 120 estudiantes, divididos en grupos durante siete semanas. Todos los grupos tenían una actividad diferente durante cada semana.

Al comenzar la actividad en la plataforma EVA se entregaba un documento donde se explicitaban las bases de la propuesta por parte del Departamento de Medicina Familiar y los compromisos adquiridos por los docentes, tutores, así como qué se esperaba de los estudiantes.

“Por el lado del docente nos comprometemos a guiar los aprendizajes de una manera eficaz y centrada en los estudiantes. Para ello hemos seleccionado ejes temáticos basados en algunos de los problemas de salud de mayor prevalencia en el primer nivel de atención. Trataremos de promover la reflexión de los estudiantes y la participación activa en el abordaje de cada uno de los temas.

Por el lado de los tutores estudiantiles se comprometen a orientar a los estudiantes en el análisis de los problemas en un entorno virtual de aprendizaje. Su función no sustituye la tarea docente sino que la complementa, teniendo un rol de facilitador, de guía, de compañía. Además de aprender, ejerciendo este rol. Por el lado de los estudiantes se espera una participación activa para lograr aprendizajes significativos y duraderos en su trayectoria académica, de acuerdo al perfil del médico elaborado por el Claustro.

Se atenderá especialmente a los procesos de aprendizaje y al interrelacionamiento de los estudiantes en los foros, en el entendido de que el aprendizaje es una construcción tanto individual como colectiva.

Con respecto a la metodología, la misma será abordada por la plataforma educativa elegida por nuestra Facultad (MOODLE), mediante el soporte informático de la UDI en coordinación con el soporte pedagógico de Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y docentes del Departamento de Educación Médica.

El curso tendrá una extensión de siete semanas y estará centrado en las necesidades de los estudiantes a través del abordaje de casos reales o simulados que promuevan el aprendizaje activo, tanto a nivel de estudiantes como de los tutores estudiantiles. Los objetivos del curso están en concordancia con los objetivos generales del ciclo CIMI mediante un aprendizaje de tipo “*blended learning*” o aprendizaje híbrido, la educación presencial se complementa con una instancia virtual.

La evaluación será realizada mediante:

1. participación en los foros
2. calidad de la participación
3. interrelacionamiento con pares, tutores y docentes

Además esta actividad forma parte de la evaluación global del estudiante tal como se encuentra explicitado en documentos que podrán consultarse en la página web del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria” (Facultad de Medicina, EVA, 2008).

Al inicio del curso se realizaba un encuentro presencial con los estudiantes para indicarles algunos aspectos básicos del trabajo planteado en la plataforma y las formas de llevarlo adelante. Estos encuentros se realizaron con los docentes del curso y los tutores estudiantiles.

2.2. Opinión de los estudiantes

Al finalizar el curso los estudiantes realizaron una encuesta autoadministrada, voluntaria, diseñada previamente en la plataforma, donde se exploraban aspectos relativos al aprendizaje, al trabajo del tutor y al trabajo en la plataforma.

Esta encuesta constaba de los siguientes componentes:

En esta unidad en línea... casi nunca rara vez alguna vez a menudo casi siempre

A. Relevancia

- 1 Mi aprendizaje se centra en asuntos que me interesan.
- 2 Lo que aprendo es importante para mi práctica profesional.
- 3 Aprendo cómo mejorar mi práctica profesional.
- 4 Lo que aprendo tiene relación con mi práctica profesional

B. Pensamiento reflexivo

- 5 Pienso críticamente sobre cómo aprendo.
- 6 Pienso críticamente sobre mis propias ideas.
- 7 Pienso críticamente sobre las ideas de otros estudiantes.
- 8 Pienso críticamente sobre las ideas que leo.

C. Interactividad

- 9 Explico mis ideas a otros estudiantes.



- 10 Pido a otros estudiantes que me expliquen sus ideas.
- 11 Otros estudiantes me piden que explique mis ideas.
- 12 Otros estudiantes responden a mis ideas.

D. Apoyo del tutor

- 13 El tutor me estimula a reflexionar.
- 14 El tutor me anima a participar.
- 15 El tutor ejemplifica las buenas disertaciones.
- 16 El tutor ejemplifica la autoreflexión crítica.

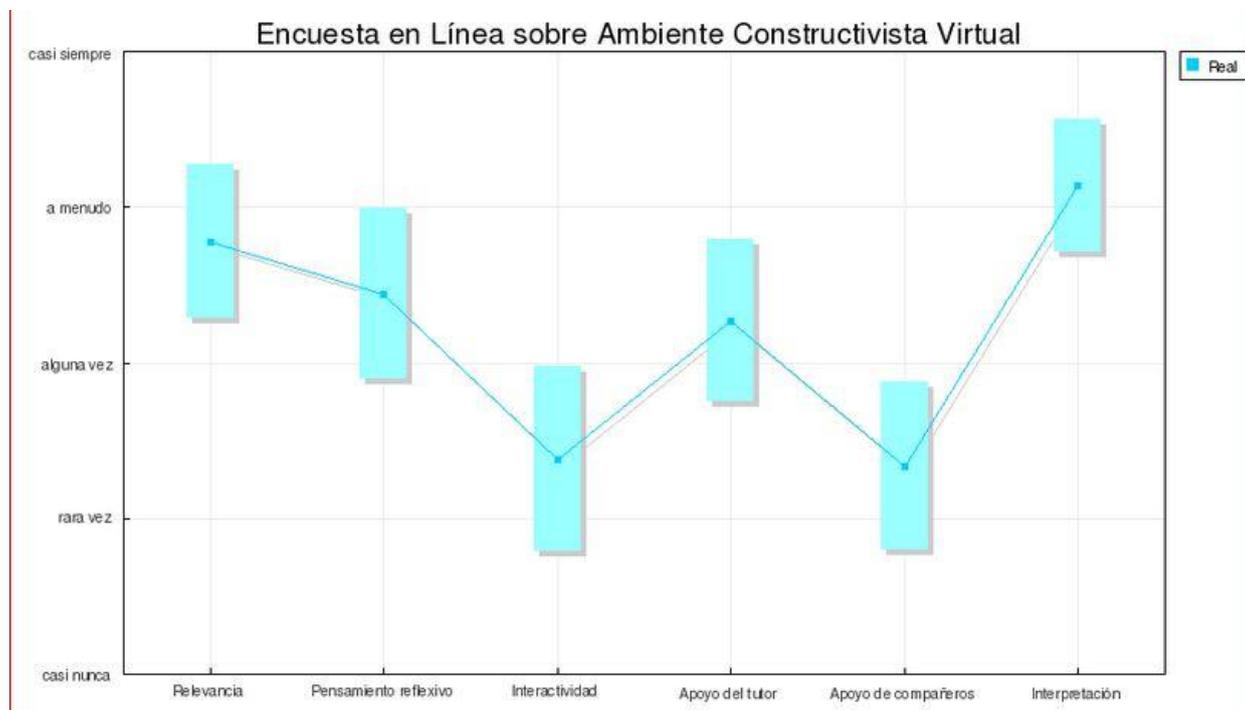
E. Apoyo de compañeros

- 17 Otros estudiantes me animan a participar.
- 18 Los otros estudiantes elogian mi contribución.
- 19 Otros estudiantes valoran mi contribución.
- 20 Los otros estudiantes empatizan con mis esfuerzos por aprender.

F. Interpretación

- 21 Entiendo bien los mensajes de otros estudiantes.
 - 22 Los otros estudiantes entienden bien mis mensajes.
 - 23 Entiendo bien los mensajes del tutor.
 - 24 El tutor entiende bien mis mensajes.
-
- 25 ¿Cuánto tiempo le llevó completar este cuestionario?
 - 26 ¿Tiene algún otro comentario?

Gráfico 1. Resumen de datos de la Encuesta en Línea sobre Ambiente Constructivista Virtual



Esta encuesta realizada de rutina en los cursos en el EVA permite apreciar muy someramente algunas percepciones de los estudiantes. Es interesante notar que los estudiantes no consideran importante la frecuencia con que se estableció la interactividad con sus compañeros ni el apoyo de estos. La relevancia de los temas tratados, el desarrollo de un pensamiento reflexivo, la comprensión de los mensajes y el apoyo del tutor parecen tener jerarquía para los estudiantes que respondieron a la encuesta. Resulta pertinente destacar entre estas categorías la relevancia de los contenidos abordados y el apoyo del tutor.

Capítulo 3

Definición del problema a investigar y metodología empleada

3.1. Definición del problema a investigar

Durante la creación y el desarrollo de este curso en la modalidad virtual, llamada de aprendizaje mixto o *blended learning*, la figura docente estuvo representada por el tutor virtual, y, en paralelo, por la figura del tutor par estudiantil virtual, que hasta el momento no existía en nuestra Facultad. Esto supuso un cambio en la forma de ejercer la docencia y de promover los aprendizajes en los alumnos.

En esta instancia pretendemos observar cómo se desarrolla y construye la figura del tutor docente y del tutor estudiantil. Para esto, se evaluaron las formas de accionar y de vinculación, así como las estrategias de comunicación que utilizaron ambos tutores para tratar los contenidos y contemplar las situaciones planteadas. Esta nueva forma de ejercer la docencia obliga un abordaje del modelo de comunicación en juego. En palabras de Kaplún M. (1998, p. 11), “a cada tipo de educación corresponde una determinada concepción y una determinada práctica de la comunicación”.

3.2. Preguntas de indagación

Nos planteamos las siguientes preguntas guía:

- ¿Qué estrategias docentes emplean los tutores docentes y los tutores estudiantiles?
- ¿Cómo son los estilos comunicativos que emplean con los estudiantes? ¿Hay diferencias?
- ¿Qué estrategias se utilizan para establecer las interacciones con los alumnos?
- ¿Cómo se establece la relación entre tutor estudiantil y contenido?
- ¿Cómo construyen ambos tutores el vínculo con los estudiantes durante la duración de la estación?
- ¿Cómo influye la tecnología en esta relación?

Este trabajo pretende generar información sistematizada sobre el desarrollo de la experiencia para rescatar elementos que permitan avanzar en la formación de los profesionales médicos.

Si miramos esta experiencia dentro de la lógica institucional de la Facultad de Medicina, no es menor que se desarrolle en torno a la prevención en salud, tema incorporado a los contenidos curriculares con mayor énfasis en los últimos años. Los actores se dedican a la medicina familiar y comunitaria y pertenecen a un departamento joven en relación con otros y que trabaja dentro de una lógica interdisciplinar. La perspectiva interdisciplinaria desde lo epistemológico interpela los criterios de causalidad lineal de los fenómenos. A nivel metodológico, la construcción conceptual común del problema a abordar entre las disciplinas supone un marco de representaciones comunes entre ellas, constituido en el campo de prácticas por las distintas profesiones (Stolkiner, 1999). Estas son condiciones habilitantes para el desarrollo de la experiencia, es decir, que los actores sean proclives a innovar en sus prácticas, ya que estas no están tan estructuradas por la tradición y les permiten acceder a una mirada desde diferentes disciplinas.

3.3. Objetivos y metodología

3.3.1. Objetivos

Objetivo general:

Generar conocimientos sobre las tutorías virtuales y su papel en los procesos de aprendizaje.

Objetivos específicos:

- Analizar las prácticas desarrolladas por los tutores virtuales para comunicarse con el grupo.
- Analizar las mediaciones pedagógicas que utilizan los tutores docentes y los tutores estudiantiles para favorecer los aprendizajes.
- Conocer qué bases pedagógicas subyacen en los tutores docentes y los tutores estudiantiles.

3.3.2. Metodología de investigación

La metodología empleada en los trabajos de investigación sobre actividades educativas y de aprendizaje mediadas por ordenador ha variado a lo largo del tiempo. El uso de respaldos electrónicos y de software de muy diverso tipo permite un registro minucioso de los ingresos, el número de intervenciones y los tiempos de actividad de los participantes. Esta situación facilitó el uso de metodologías cuantitativas para el análisis de las interacciones. Las investigaciones de corte cualitativo surgieron a posteriori para estudiar el tipo de comunicación que se produce. La dificultad se encuentra en la variedad de propuestas para el análisis de las intervenciones y de las interacciones entre los participantes. Si bien ambas metodologías brindan una información general del proceso que se observa, esto no ha permitido explorar si realmente se produce aprendizaje y más aún si la interactividad produce un aprendizaje entre los participantes.

Para cumplir con los objetivos de la investigación entendimos apropiado utilizar una metodología cualitativa. De esta forma, el diseño de investigación fue realizado desde una mirada cualitativa, comprensivista; entendiendo por ello cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. (Strauss y Corbin, 2002, p. 11). Esta mirada se funda en una posición filosófica interpretativa, porque se interesa por las formas en que el mundo social es interpretado, comprendido y producido. Se basa en la generación de datos flexibles y sensibles al contexto y se sostiene en métodos que abarcan el contexto, la complejidad y el detalle (Vasilachis, 2006, p. 24). Se trata de explorar mundos intersubjetivos, experiencias compartidas de comunicación (Graña, 2008). Admite la subjetividad de los sujetos investigados, así como la del investigador.

Es pertinente señalar que no se utilizaron variables previamente definidas por un método hipotético deductivo, sino que se aplicó una lógica analítica inductiva. Compartimos con Supervielle (2008, p. 2) que

si nos importa aproximarnos a la realidad teniendo en cuenta el sentido que le dan a la misma, debemos realizar procedimientos de tipo inductivo en la medida que nuestro primer objetivo de investigación se transforma en preguntarnos acerca de cuáles son los conceptos y conocimientos a partir de cómo los actores se ubican en el mundo; y por consiguiente actúan en él.

El diseño contempla un trabajo exploratorio que surge a partir del análisis de las intervenciones de los tutores docentes y de los tutores estudiantiles del curso virtual del CIMI 2008 de Medicina Familiar y Comunitaria, que se realizó, como ya describimos, en la plataforma EVA de la Facultad de Medicina.

3.3.3. Estrategias de recolección y análisis de datos

3.3.3.1. Muestreo

Se realizó un muestreo teórico para maximizar las oportunidades de comparar sucesos o acontecimientos en el desarrollo de los mensajes y seleccionar categorías de análisis. El proceso de recolección de información se controló por la teoría emergente sustantiva o formal (Glaser y Strauss, 1967). Se seleccionaron los grupos por su relevancia teórica.

Las interacciones de los tutores docentes y estudiantiles que se analizaron fueron extraídas de los registros de los foros de la plataforma educativa EVA. No se tuvieron en cuenta los correos electrónicos internos enviados desde y hacia la plataforma ni tampoco los foros de coordinación docente. Las entrevistas a docentes y tutores fueron analizadas siguiendo la misma metodología descrita en el apartado anterior.

Para el análisis se aplicó la lógica del método comparativo constante. Se realizó desde el inicio una codificación en forma abierta para delinear las propiedades y dimensiones de las interacciones. La codificación abierta se entiende como “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (Strauss y Corbin, 2002, p. 110). Se procesaron los “post” (mensajes) en el foro, comparando la interacción entre docentes y estudiantes y entre tutores estudiantiles y estudiantes, para ver si surgían propiedades que las distinguieran.

El análisis de los datos obtenidos se trabajó en forma concurrente: “condensación de los datos, presentación de los datos y elaboración/verificación de las conclusiones” (Miles y Huberman, 1984, p. 20). Entendemos que es indisoluble la condensación de los datos y el análisis de estos y que la condensación es una forma de análisis. Este procedimiento se identifica como el método comparativo constante.

Analizamos todas las categorías emergentes. El cierre de las categorías se hizo por saturación (Glaser y Strauss, 1967), es decir, cuando llegamos al momento en que no

obtuvimos ninguna información adicional que permitiera desarrollar propiedades de la categoría.

3.3.3.2. Tipo de datos relevados

Registros de las interacciones y las participaciones en la plataforma educativa EVA del curso de CIMI 2008 de Facultad de Medicina

Comenzamos con el análisis de las comunicaciones, los acuerdos, la negociación de significados y las posiciones de los tutores, que alentaban a identificar la problemática en estudio. Esto permitió seleccionar las categorías de análisis con sus propiedades (algo que distingue a la categoría) y dimensiones.

Tanto en las interacciones como en las entrevistas, debimos definir sobre qué unidad de análisis operaríamos; si lo haríamos sobre todo el mensaje o si lo desglosaríamos en unidades más pequeñas. Finalmente, usamos como unidad de análisis lo que Gros y Silva (2006, p. 16) definen como *unidad temática*, esto es, “una unidad única de pensamiento o idea que expresa una idea única de información extraída de un segmento del contenido de la intervención”.

Codificamos las intervenciones de los tutores docentes y tutores estudiantiles; identificando a los docentes con la letra D (27, 28, 29) y a los tutores estudiantiles se les identificó con la letra T, numerándolos del 1 al 20. Para la codificación y recuperación de los segmentos se trabajó con la versión 2007 del MAXQDA 10, software de análisis cualitativo de datos.

Entrevista a los tutores docentes

Se realizaron entrevistas a los tres docentes que intervinieron en el curso; una fue presencial y dos, vía correo electrónico, ya que estos docentes no se encontraban en Montevideo en ese momento.

La entrevista es una situación de comunicación entre una o varias personas, un proceso de acción recíproca, que incluye elementos de comunicación.

Hilos conductores: Percepción de su rol, presupuestos en juego en la experiencia, cambio de perspectiva de su rol docente luego de la experiencia. Percepción del papel del tutor estudiantil durante el curso y su relación. Sentimientos con respecto a su experiencia.

Estructura de la entrevista a docentes de curso virtual del CIMI

(Esta estructura se mantuvo en las entrevistas presenciales).

Nombre:

Fecha:

1. ¿Qué recuerda del primer curso virtual de Medicina Familiar en el CIMI? *La idea es qué le surge a Ud. en el recuerdo de este curso que fue en el año 2008. Y cuáles fueron sus percepciones al comienzo y durante el curso.*
2. ¿Cómo percibió la actuación de los tutores estudiantiles virtuales? *Desde su rol como docente cómo observó la tarea de los tutores estudiantiles en el primer curso en que se consideraba esta figura.*
3. ¿Notó diferencias en el accionar de los tutores estudiantiles comparado con el accionar docente? *Ej. Abordado desde el uso de la tecnología, así como en las estrategias didácticas empleadas.*
4. ¿Observó si la relación de los estudiantes con los tutores estudiantiles era igual o diferente que la relación de los estudiantes con los docentes? *De ser positiva la respuesta, ¿recuerda algún ejemplo?*
5. ¿Qué significó para Ud. trabajar con tutores estudiantiles?
6. ¿Qué experiencia le dejó este curso en particular?
7. ¿Se imagina este curso sin tutores estudiantiles virtuales? ¿Qué le faltaría o qué le sobraría al realizado en el año 2008?
8. ¿Recuerda alguna cosa que le haya cambiado su accionar docente por la experiencia en conjunto con los tutores estudiantiles o con algún tutor en particular? *Ej: Alguna estrategia de comunicación o algunas estrategias didácticas que Ud. como docente no las estaba usando.*
9. ¿Algo que Ud. quiera aportar?

Entrevista a los tutores estudiantiles

Se seleccionaron tres tutores (identificados como T1, T7, T6) que participaron con entusiasmo en la experiencia. A dos de ellos se les realizó una entrevista semiestructurada y al tercero una entrevista vía correo electrónico. Los ejes temáticos que se abordaron fueron: definición de su rol como tutor estudiantil, forma de construcción del rol, cambio de su perspectiva luego de la experiencia.

La entrevista focalizada se basa en el hecho de que los entrevistados han estado expuestos a una situación concreta y el investigador ha estudiado previamente la situación, en este caso la interacción en la virtualidad. Con algunos hilos conductores derivados de ese trabajo, se centró la entrevista en las experiencias subjetivas de los entrevistados (Valles, 1997, p. 184). A esta técnica se le atribuye como desventaja la falta de observación directa del suceso a ser investigado, desde dónde se desarrolló la acción; pero en esta investigación la misma estaba ya documentada a través del análisis de las intervenciones. De esta forma, en la entrevista nos encontramos frente a una rememoración de la situación.

Estructura de la entrevista a tutores virtuales estudiantiles

(Esta estructura se mantuvo en las entrevistas presenciales).

Nombre:

Fecha:

Entrevista a tutores estudiantiles del curso de Medicina Familiar y Comunitaria del CIMI 2008

El objetivo de la entrevista es tratar de averiguar lo que te aportó esta experiencia y tratar de analizar desde tu percepción y tu recuerdo, desde tu subjetividad, que significó esta experiencia.

Te sugerimos que trates de recordar el curso ya que hace algún tiempo que se desarrolló, pensando en lo bueno y en lo malo. No hay límite para contestar por escrito ni de palabras ni de páginas.

1. ¿Por qué fuiste tutor en este curso?
2. ¿Qué recuerdas de esa experiencia?
3. ¿Cómo te sentías en el rol de tutor estudiantil virtual? ¿Qué dificultades o de qué lugar te ponías como tutor estudiantil?

4. ¿Qué diferencias encontrabas entre tu accionar como tutor virtual y el del docente? ¿Replicabas el accionar de los docentes? ¿Tenías otras formas de hacer las cosas?
5. En el accionar como tutor, ¿te fijabas en qué hacían los otros tutores estudiantiles, comentabas con ellos o tenías como una línea personal, o hacías lo que a tu leal saber y entender hacía falta?
6. ¿Qué aprendizaje obtuviste de esta experiencia sobre lo que se tutoró? ¿Pudiste aprender o comprender mejor temas específicos de la medicina, o comunicacionales en la virtualidad, por haber sido tutor? ¿Consideras que lograste un aprendizaje que fue significativo (en el concepto de profundo y no fácilmente olvidable) por ser tutor?
7. ¿Repetiste la experiencia como tutor, presencial o virtual al año siguiente o en otro momento a posteriori?
8. ¿Recomendaste a compañeros realizar la experiencia de tutoría presencial o virtual?
9. ¿Recuerdas alguna instancia significativa (de cualquier tipo) en el intercambio con los estudiantes? ¿Puedes relatarla?
10. ¿Consideras que el curso con tutor ayuda al aprendizaje?

Capítulo 4

Análisis de los datos

Si bien el proceso de análisis comenzó por las participaciones en los foros y siguió con las entrevistas, a los efectos de una mejor comprensión del conjunto, hemos decidido presentar primero los resultados del análisis de las entrevistas a los actores y luego el análisis de la actividad en la plataforma, para a posteriori poner en diálogo ambos. Por otra parte, para favorecer una lectura más ágil denominaremos de aquí en adelante “docente” al tutor docente y “tutor” al tutor estudiantil.

4.1. Análisis de las entrevistas

Del fichado y segmentación de las entrevistas se obtuvieron las siguientes dimensiones o categorías de análisis:

- A. La construcción del rol docente. Se indagó cómo estos docentes y tutores fueron conformando el rol y qué estrategias usaron para lograrlo.
- B. El contexto. Se identificó en las voces de los participantes cómo influyó el contexto virtual y tecnológico en sus acciones.
- C. El significado. Se observó a través de las voces de los entrevistados la jerarquía que le fueron adjudicando a su participación a la luz de los desarrollos posteriores en actividades de educación virtual y el crecimiento de las redes sociales. Esta percepción se indagó tres años después de la experiencia.

A. La construcción del rol docente

La construcción del rol docente virtual se presentó para ambos (docente y tutor) como un desafío. En las entrevistas se manifiestan las estrategias para construirlo, por ejemplo, observar a otros pares, discutir y analizar las instancias con los tutores, etc. El rol de tutor para algunos ya estaba en formación a través de la experiencia en propuestas presenciales donde ya habían actuado como tutores. La cuestión de ser un par no mucho más avanzado en la carrera está presente en todos los tutores entrevistados. Los docentes reconocen que la cercanía generacional de los tutores fue positiva para la experiencia.

A1. Cercanía generacional

“... fue bastante complejo que eran estudiantes de CIMI un año menor que yo, un año menos avanzados en la carrera. Yo me quedaba con dudas y miedos ¿desde qué lugar yo tutoreo a alguien que es casi como yo? ¿Cómo lo hago con un nivel igual al mío? Eso me lo recuerdo bien”. T7

“Soy del interior, entonces, me vine por primera vez a Montevideo a vivir ‘mi emancipación obligada’ entre comillas a enfrentarme a todo lo que es vivir solo, más la facultad, que desde un lugar pequeño donde nos conocemos todos, a pasar a un lugar donde sos anónimo .. y siempre me pareció que estaba bueno ser una cara visible, por lo menos que estaba bueno de estar perdido juntos, que te pudiera ayudar un poco más”. T1

“Probablemente la proximidad generacional no solamente no fue un obstáculo como incluso lo pensamos inicialmente, sino fue un plus: que el estudiante esté frente a un tutor poco mayor que él en edad, dio una mayor confianza, una participación si se quiere sin los respetos que implica estar referidos a un docente de mayor edad”. D29

“Eso llevó como consecuencia una frescura en las intervenciones, sin perder el aspecto académico. Fue una experiencia realmente muy interesante”. D29

La cercanía generacional en los tutores se vive desde dos miradas. Por un lado, se manifiesta la ansiedad que genera ser par, cómo hacer para ayudar a otro casi igual. Es interesante que los participantes manifiesten ansiedades en cuanto al conocimiento disciplinar (si podrán cumplir con la tarea) cuando en la vida estudiantil se recorre el camino del aprendizaje con los pares de muy diversas maneras. Estas actividades no tienen la carga de ansiedad cuando se ubican en ambientes más informales. Suponemos que se debe a que no son percibidas como instancias de aprendizaje, a pesar de que este se produzca. La cercanía también se plantea en lo situacional, ya que están compartiendo y vivenciando las mismas situaciones.

Por otro lado, se evidencia la dimensión emocional que implica dicha cercanía cuando se recalca el apoyo a la adaptación al medio. En este sentido, los conceptos de andamiaje de Bruner (1990) surgen claramente en la palabra del tutor T1.

A2. El docente como modelo

“Creo que los docentes, ellos participaban de forma más concreta más abarcativa, como más en un rol de consenso. Creo que con los distintos temas hubo más variabilidad, algunos eran más entusiastas en la participación, en las preguntas, o algunas intervenciones, que otros”. T7

“E: ¿Vos te fijabas por ej. buscabas estrategias que usaban otros tutores o recorrías los otros foros?”

“...sí, de los docentes, de D27 también y me acuerdo de D28 era seguidor de su foro, eran como los que participaban y como a veces les robé alguna estrategia, sobre todo a T2 .Tenía cierta

picardía de comunicarse, una manera de comunicarse particular. Me paseaba por los foros, creo que alguna vez estuve en todos, los que me recreaban era en ellos. Más que nada D27 en el foro docente teníamos que publicaba como invitaciones a mirar lo que le había pasado. Tanto D27 como D28 eran como muy estimuladores de los otros tutores, por lo menos compartían cosas en el foro, llevaban a curiosear, los seguía”. T1

“De hecho D29 participaba más desde la observación, relativamente poco en el tema de la participación directa, de pronto hacía algún comentario, o hacía como un *en suma* de lo que veníamos haciendo hasta ahora para tratar de homogeneizar, y que no se dispararan tanto las cosas, o el resumen semanal era una tarea que hacía él; pero, en sí, de tratar de llevar la conversación, quedaba más evidente que lo hacía yo”. T1

“Tenías que mirar de dónde lo sacaste, esto está bueno [referenciar], quizás en esto la herramienta te evita el tradicional “paye”, no lo podés hacer, los estudiantes se dan cuenta enseguida y, además, queda escrito, como docente te cuestiona” D28

“A veces me costaba de que no fuese la última palabra, porque en realidad la idea de estos trabajos es que vos no seas el único que posea el saber”. D28

El estudio de las acciones de los docentes en tanto tomadas como modelo por parte de los tutores recoge lo que, reflexionando sobre la didáctica, Litwin (2008, p. 26) llama la *sabiduría práctica*. Se trata de aquellas estrategias que se imitan porque fueron identificadas como buenas prácticas, consideran el papel de lo espontáneo, y lo que ocurre durante el desempeño del trabajo docente.

De las participaciones de los tutores surge que observaban los comportamientos docentes y tomaban los estilos comunicativos de estos como modelo. También, se aprecia la creación de un espacio compartido de diálogo que opera en dos niveles: el espacio de la comunicación docente/tutor con los estudiantes y el espacio de comunicación de tutores y docentes, que conforma una comunidad. Se da una construcción colectiva de significados a nivel de los docentes y tutores y ambos con los estudiantes. Esto se aprecia, por ejemplo, en la referencia a la invitación a mirar en otros foros algunas participaciones determinadas.

Los docentes perciben que tienen la responsabilidad de habilitar el diálogo de los tutores con los estudiantes sin invadir sus espacios. Se nota por parte de la voz del docente que estaba operando como modelo, así como por parte de T7 que identifica que los docentes participaban en forma más abarcativa. Por otro lado, el docente reflexiona sobre su práctica y cómo el uso de saberes pedagógicos más innovadores (“no ser la última palabra”) lo obligaba a reflexionar en la acción para no actuar de modos más tradicionales (Lucarelli, 2005).

A3. Comunicación entre los docentes y tutores con los estudiantes

Se intentó indagar si los entrevistados notaron diferencias entre los estilos comunicativos de los otros participantes

“No lo analicé nunca, no noté diferencias, no me percaté si en realidad tenía un estilo propio o iba captando lo que iba haciendo D29”. T1

“En general, no. En algunos casos la relación era más directa. Pero creo que mayormente nos trataban de la misma manera”. D27

“Se comunicaban con nosotros tanto con mensajes personales dentro de la plataforma, como por correo electrónico”. D29

“Una experiencia que compartimos con un tutor (e incluso lo presenté en una jornada de educación en el extranjero) fue la siguiente: el tutor lanza la consigna en la mañana. Rápidamente responde un estudiante en forma mal, pero además agresiva, de que esta modalidad no le servía para nada y a quién se le ocurría semejante disparate. El tutor acertadamente no respondió esa respuesta. Esperó la participación del resto del grupo. En el correr del día ingresaron otros estudiantes respondiendo correctamente sin hacer alusión a su compañero equivocado. Este volvió a ingresar a la noche y viendo las respuestas de sus compañeros, reingresó a la plataforma, se excusó de su error y además expuso: ‘una cosa es oír hablar de aprendizaje por constructivismo social, otra muy diferente es vivirlo. Gracias por esta lección’”. D29

“Si uno ve como que al final a veces se repetían las preguntas, pero ellos tenían [los tutores] (...) su problema no era saber cuál era el concepto tal o cual del tema que estábamos tratando, sino lograr la participación”. D28

En general, los entrevistados no percibían diferencias comunicativas entre los participantes. En cambio, se transparenta que existía una intensa comunicación en diferentes modos entre todos los participantes. Se deja traslucir en la palabra del docente la preocupación y los modos de lograr una participación auténtica entre los estudiantes, uno de los aspectos claves del rol del tutor.

En cuanto al ejemplo brindado por D29, resulta significativo el posicionamiento del estudiante que fue modificado a lo largo del día por la participación de sus compañeros y el accionar del tutor. El silencio del tutor fue en este caso la estrategia docente. Aquí podemos recatar las reflexiones de Onrubia (2005) sobre el aprendizaje constructivista. Este autor entiende que lo que el alumno construye incluye al menos dos tipos de representaciones, por un lado, las del significado del contenido a aprender y, por otro, el sentido que tiene para él aprenderlo. En la experiencia que comparte el docente, a lo largo del día con el mismo material y a través de la discusión del contenido, el estudiante le encontró el sentido a su aprendizaje.

A4. Formación en el rol docente y disciplinar

“Creo que sí, que alguna vez me fijé [en los otros tutores], tuve como esos miedos y tenía eso de ¿qué estoy haciendo bien? y alguna vez lo miré en otro foro, no me acuerdo puntualmente algo en especial pero... [¿Comentabas con los otros tutores?] Sobre todo en las reuniones que teníamos presenciales y ahí estaba interesante el intercambio, sí”. T7

“...lo que me acuerdo fue de una viñeta de salud mental que hablaba de ansiedad y depresión y esa fue la que me dejó, pienso, más cosas. No sé si fue como que la viñeta era más complicada, entre los tutores se hablaba que los estudiantes tuvieron problemas..., pero lo cierto que aprendí sobre ese tema”. T7

“Me pareció una experiencia buena, ágil, en la cual nos comprometíamos a saber cada tema en el cual nos correspondía participar, lo cual de por sí era beneficioso para ambas partes”. T6

“Sí, creo que en cuanto al manejo con estudiantes, punto de vista docente, investigación de temas y búsqueda bibliográfica fue muy buena experiencia”. T6

“Bueno, cada semana teníamos un grupo diferente, entonces, lo que me acuerdo que lo que aprendí es que: un mismo tema por más trillado que él esté, cuando lo ves con diferentes grupos, le encontrás diferentes maneras de mirarlo, me atraía eso de la posibilidad de los compañeros que devolvían otras cosas, otras miradas, era el ejercicio permanente de un mismo tema y lo seguí durante dos años y siempre me estuvo aportando más datos de lo mismo”. T1

“...te sirve para ser más crítico, más crítico hasta de lo que volvés a leer, segundo por lo menos a mí me da la impresión que, para estar tutorizando, tenía que mantenerme formado, entonces, cuando vos lees algo como para poder transmitírselo a otra persona, lo digerís de otra forma, creo que realmente es donde los conceptos te quedan. Si sos capaz de expresárselos a otras personas es porque realmente los comprendiste”. T1

“Entonces sí, de lo académico [la formación] me ha alimentado. Después se dio el intercambio de materiales, que realmente los compañeros, o tenían más tiempo o más avezados en el uso de las herramientas informáticas o lo que sea, o usaban un artículo interesante o compartían el link o citaban, sí indudablemente. Sobre todo yo que hago ahora pediatría, la parte de la semiología del estado nutricional es una de las cosas en el cotidiano nuestro está, y que gran parte de la lectura de este tema lo hice ahí. Ya sea por necesidad de estar preparado, más la curiosidad que se generaba al momento de interactuar, sobre todo cuando los chiquilines te hacían preguntas que ni te habías planteado y, por ende, no sabía cómo contestarlas y que capaz que lo leía y seguía sin saber qué contestar, pero otro de los chicos había ido a la lectura y a la respuesta apropiada. ¡Si aporta, sí!”. T1

“Me permitió crecer mucho como docente y mejorar mis aptitudes docentes”. D27

“El mayor problema radicaba en la falta de estudio de los temas que tutoraban, lo que no solo los hacía inseguros, sino que muchas veces dejaban pasar errores conceptuales que el docente debía atender y corregir”. D27

“Lo más difícil fue al principio lograr transmitir la idea. Una vez que comenzó el curso, poco a poco, nos fuimos conociendo y fue una experiencia muy rica”. D29

“Lo más difícil para la participación de ese curso era hacer una participación real, no un recorte y pegue. Eso es lo que siempre discutíamos con ellos, ¿cómo hacer que se den cuenta en el foro que uno hizo recorte y pegue y el otro no, sino lo que hizo es que estaba trabajando, había

estudiado cosas, le surgieron dudas y las planteó?”. D28

En esta subcategoría se expresan los procesos que sufrieron los tutores y los docentes durante la experiencia y luego de transcurrido el tiempo.

Podemos identificar varios conceptos en las intervenciones. Primero, el docente o tutor aparece como facilitador de los aprendizajes, tratando de realizar intervenciones que desde el conocimiento motivaran a seguir investigando en las propuestas planteadas.

Asimismo, se ve que esta experiencia les permitió a los tutores alcanzar aprendizajes que podemos llamar significativos o profundos, que hasta el momento actual son utilizados en su propia práctica profesional. Estos conocimientos se fueron construyendo desde la función de tutor, pero también con la participación de los estudiantes y sus aportes. Scardamaglia y Bereteir (2002) hablan de *constructivismo profundo*. El aprendizaje es entendido como un proceso de construcción conjunta de saberes. Ser crítico con la realidad y, en palabras de uno de ellos, con “lo que volvés a leer” (T1) es valorado como positivo para desarrollar la capacidad de construir colectivamente esos saberes.

Como señala Fainholc (2005, p. 3), “se construye saber auténtico a partir de participar, expresarse activa y críticamente dentro de una situación comunicativa igualitaria y democrática”. En la medida que es necesario explicarle algo a alguien se logra aprendizaje; en términos de Topping (2005, p. 15), “enseñar es aprender dos veces”.

En cuanto a las dificultades percibidas por los docentes, existen distintas miradas. Un docente plantea como dificultad la necesidad de supervisar las participaciones de los tutores para no dejar los errores sin tratar, tanto desde el punto de vista de los tutores como de los estudiantes. No obstante, este sostiene que la experiencia le permitió crecer como docente. Por lo tanto, de la misma manera en este punto se ve una relación de diálogo de saberes, ya que en el proceso, él cambió para mejor. Otra problemática que se presenta se vincula con la evaluación, por ejemplo, se manifiesta en cómo evaluar las participaciones de los estudiantes y cómo discriminar si realmente realizaban procesos de síntesis y de transformación de ese conocimiento.

A5. Experticia

“Recordando un poco, en ese año 2008, estaba actuando como tutora estudiantil comunitaria en el Ciclo básico en Trabajo de Campo, no recuerdo si fue todo un año o nuestra participación, seis

meses y cuando terminó yo estaba enganchada con la tutoría y salió el llamado para el mismo tema y como tutora en general me anoté". T7

"En realidad, yo era tutor estudiantil de Trabajo de Campo desde antes en Medicina Familiar y colaboraba en algunas cosas, fue una invitación que me hizo H". T1

"Sí, los tutores eran claramente más inseguros en las participaciones, aunque al finalizar el curso los tutores se sentían más seguros de sus intervenciones". D27

"De hecho, seguí participando de todos los cursos virtuales y me quedé con un pool de tutores estudiantiles que me ayudaron muchísimo a realizar los cursos de forma más profesional". D27

"Principalmente, destaco la importancia de un buen tutor estudiantil para poder trabajar en conjunto como equipo. De hecho con el correr de los cursos yo mantengo contacto con esos tutores estudiantiles con los que mejor trabajé y con los que querría contar en próximos cursos on line". D27

"Tan es así que el último año realicé un curso con varios foros y tutores estudiantiles de mucha capacidad, que nos permitió delinear un curso con pocos docentes y muchos tutores estudiantiles ya probados y muy participativos". D27

"A medida que avanzaba el curso sentía que los tutores se comprometían más y la participación mejoraba". D29

"Personalmente, considero que una de las principales ventajas consistió en que un estudiante sin experiencia docente previa se adapta más a la tarea docente asignada, rápidamente la asimila y luego la cumple a la perfección. Por lo tanto, casi no se vieron los vicios docentes de 'dar clase', cumpliendo su rol de tutores a la perfección". D29

En estas intervenciones podemos identificar cómo los tutores fueron adquiriendo la competencia para el trabajo en la virtualidad, entendida como la capacidad de movilizar un conjunto de recursos cognitivos para hacer frente con pertinencia y eficacia a un conjunto de situaciones (Perrenoud, 2005). Estas competencias se desarrollaron a lo largo del curso y, en el caso de algunos, en prácticas anteriores de tutoría presencial.

También, se destaca la importancia de un aprendizaje conjunto del rol de tutor, con sus compañeros, con los docentes y con los propios estudiantes. Esto evidencia los riquísimos procesos que se producen en una situación de enseñanza. Jarauta y Moya (2009) señalan que la formación inicial de los docentes universitarios repercute en la conceptualización del rol del docente y en la comprensión de los procesos de enseñanza. Esta comprensión habilita a la propuesta de cambio del paradigma del rol docente tradicional.

B. Contexto tecnológico

El diferencial de este curso era que se trataba de una propuesta mediada por tecnología a

través del uso de una plataforma educativa, que era novedosa tanto para los estudiantes como para los docentes. Esto implicó que el manejo de la herramienta generara dificultades en el inicio.

Es así que las habilidades tecnológicas fueron un aprendizaje para todos los participantes. Como veremos en los fragmentos que siguen, en las entrevistas se refleja cómo se enfrentaron los tutores a las dificultades y cómo se fueron resolviendo. El hecho de ser orientadores para los estudiantes puede haber motivado una mejor comprensión de las dificultades y de cómo resolverlas. Sin embargo, los aspectos relacionados a la comunicación mediada por tecnología se observan más en las participaciones que en las entrevistas.

“Otro cosa que recuerdo era la cantidad y variedad de mails que llegaban [diariamente] eran realmente un montonazo de mails”. T7

“A veces se te complicaba un poco con los tiempos, y de pronto a las dos de la mañana estabas contestando mensajes, pero tenía eso, cuando te enganchabas y te acostabas tarde, era porque alguien te había motivado con algo en el foro o sea vos habías tirado algo para ponerlos en evidencia y te alimentaba el apetito a informarme o seguir la discusión”. T1

“Lo que me quedó como experiencia es una herramienta (en aquel entonces realmente desconocida) de gran utilidad y una nueva forma de aprender”. T1

“Eso me sirvió como *clic*, después con mis alumnos que fui teniendo y creo que les pude transmitir, eso de que era útil, porque a veces los escuchaba despotricar contra el EVA, y hay que entrar antes de tal hora a contestar la tarea, etc. Creo que es una herramienta que yo la valoro porque no la tuve”. T1

“La dificultad de que eran grupos grandes y tenían solo una semana por tema, por lo que para nosotros implicaba entrar diariamente muchas veces seguidas para poder llevar el ritmo de los estudiantes. Lo recuerdo como un curso que nos llevó mucho trabajo, pero fue una experiencia muy grata”. D27

“Los docentes teníamos buen manejo informático y estábamos motivados para la realización del curso, no así los estudiantes que en su mayoría tenían un buen manejo informático, pero no estaban interesados en el curso ni entusiasmados por su modalidad on line asincrónica”. D27

“Recuerdo muchas quejas de que tenían que ir a un Cyber o tomarse un ómnibus para poder ir a los laboratorios informáticos gratuitos disponibles”. D27

“Lo que siempre digo es que llevaba mucho tiempo, genera muchísimo trabajo, más allá de los tiempos, el día que le dedicabas menos era media hora, por lo menos leer tenías que hacerlo, y ni que hablar cuando respondías cosas. Y, además, el hecho de que sea escrito y no tengas a la persona en tiempo real te genera que vos tengas que fundamentar mucho más lo que vos decís”. D28

“¿Qué recuerdo del primero? [curso] El primero significó además de lo que es del uso del manejo con los grupos, etc., el manejo de la herramienta. Yo tuve algunas dificultades en el inicio, era un

curso muy dinámico, si te atrasabas un día bueno (...) Tenés que aprender a usar la herramienta, en las primeras semanas estuvo complicado..., pero estuvo bueno”. D28

“Podías ver las diferencias que había entre la primer semana y los de la última semana; para la mayoría cosas muy positivas”. D28

“Además, conocer en detalle y profundidad la herramienta Moodle, incluso aprendiendo otras herramientas que pudiéramos haber incorporado y quedaron en el debe tales como utilizar wikis, e-portafolio, otros tipos de evaluación en la plataforma, etc.”. D29

El concepto de sobrecarga de trabajo se encuentra presente en las voces de los entrevistados. En la literatura, como recomendación de buenas prácticas, se indica que un tutor virtual debe contestar en no más de 24 a 36 horas las intervenciones de los estudiantes. En este curso la relación de los docentes y tutores con los estudiantes era adecuada de acuerdo a este criterio. Por lo tanto, se infiere que si existía sobrecarga de la tarea era porque los estudiantes participaban activamente. Esta dualidad tensiona la tarea tutorial.

En relación con lo anterior, Fainholc (2007) reflexiona que si existe el concepto de pertinencia educativa de la propuesta y docentes motivados por la tarea, se genera un compromiso por la propuesta que supera estas dificultades.

Es de destacar que otra característica que opera en esta propuesta virtual es el cambio de la oralidad de la clase presencial a la escritura, es decir, que la comunicación sea a través de la escritura y de manera asincrónica. Esto puede ser un elemento a favor de la comunicación, ya que permite una reflexión de cómo transmitir de la mejor manera una idea o concepto, pero también puede generar dificultades para los participantes tanto docentes, tutores como estudiantes.

El contexto está presente e influye en todas las dimensiones analizadas, porque atraviesa lo comunicativo y el lugar que ocupa el docente y los tutores. Se pretendía trabajar desde una postura donde el docente operara como facilitador de los aprendizajes del grupo y no como la voz del saber. Esta premisa es central en la concepción del rol.

C. El significado de la experiencia

En esta categoría, entendemos por *significar* “Representar, valer, tener importancia” y “Hacerse notar o distinguirse por alguna cualidad o circunstancia”, tal como lo define el Diccionario de la Lengua Española (RAE, 22.ª edición).



Esta dimensión se manifiesta en las entrevistas, y alejado en el tiempo del curso, cuando los docentes y tutores hacen una mirada retrospectiva de su participación. Se observó que en el momento del curso no tenían, en realidad, noción de que la propuesta y su ejecución influirían en ellos de la manera que lo hizo. Tampoco, eran conscientes en ese momento de lo innovador que fue participar en la propuesta, a la luz de lo que ha sucedido con el uso de las TIC. Para situarnos en el tiempo, cuando se dictó este primer curso virtual, que fue masivo porque estaba dirigido a todos los participantes de un curso en Facultad de Medicina, la plataforma EVA central no tenía cursos de grado y Facebook en español recién se había iniciado a fines del año 2007.

Es de notar que los tutores entrevistados no hablan de la importancia de su participación en la experiencia; sin embargo, dicha participación es muy valorada por los docentes. El rol de tutor lo estiman como experiencia propia de aprendizaje; incluso hay tutores que siguieron siendo tutores virtuales.

Todos los actores conciben que ser tutor virtual es una valiosa experiencia de aprendizaje y que les permitió haber comprendido de forma más profunda cómo se realiza el aprendizaje. Debido a que la participación virtual es asincrónica, el registro escrito de las intervenciones en la plataforma permite a los participantes revisar sus actuaciones, cosa que no sucede en las clases presenciales.

En esta dimensión se identifican tres subcategorías, que fueron denominadas: el antes y el después; motivación y desafío, y la importancia del trabajo con el tutor.

C1. El antes y el después

“Fue como un aprendizaje de cómo son los entornos virtuales. Saber que es una forma también de aprender, de hacerlo a distancia, me introdujo en los mundos de los cursos virtuales, incluso a nivel mundial que te podés anotar para uno para hacer como estudiante, de hacer cursos de lo que sea, a pesar que nunca lo llegué a concretar, es una idea, que me abrió la mente que se puede hacer y es siempre un aprendizaje”. T7

“Bueno, cada semana teníamos un grupo diferente, entonces, lo que me acuerdo es que lo que aprendí es que un mismo tema por más trillado que él esté cuando lo ves con diferentes grupos le encontrás diferentes maneras de mirarlo. Me atraía eso de la posibilidad de los compañeros que devolvían otras cosas, otras miradas, era el ejercicio permanente de un mismo tema y lo seguí durante dos años y siempre me estuvo aportando más datos de lo mismo”. T1

“Te abre la cabeza para otras cosas que vos hacés como en tu vida profesional el poder pararte desde diferentes lados y mover un poco lo que las estructuras cuadradas que dicen que esto es así, ta”. T1

“Fue un antes y un después de mi carrera docente”. D27

Se aprecian varias condiciones que determinaron que la experiencia fuera significativa para los entrevistados, por ejemplo, descubrir las posibilidades de la virtualidad; percibir cómo el aprendizaje puede ser de formas tan variadas; concebir que es posible instalar la innovación aún en ambientes académicos que a veces son rígidos o tradicionales.

En esta subcategoría se rescata el concepto de *experiencias críticas* de Woods (1997), que refiere a “momentos y episodios muy cargados que tienen enormes consecuencias para el cambio y el desarrollo personal”. En este caso, las consecuencias se relacionan con aspectos positivos. Estas experiencias críticas les permiten situarse estratégicamente, es decir, reafirman la línea de acción elegida y mantienen la motivación en la propuesta. Estos actores, luego, se transforman en motores de la innovación propuesta.

C2. Motivación y desafío

“Me anoté y bueno y fue como un desafío como algo diferente el tema de la plataforma ¿no? que hoy decimos EVA, pero no era EVA era el Moodle. Y....Bueno trabajar desde ese ámbito fue como un desafío, porque nunca lo había hecho, fue como un aprendizaje de cómo son los entornos virtuales, saber que es una forma también de aprender (...) que me abrió la mente, la idea de que se puede”. T7

“Me pareció una propuesta sumamente atractiva por lo novedoso y porque me parece que también desde el punto de vista del estudiante nos vivimos quejando que determinadas estructuras estaban anquilosadas, que no veíamos que la forma actual de aprendizaje fuera buena, pero tampoco hacíamos nada para cambiarlo, entonces, siendo activo era como contribuir a ver si era bueno o malo porque si no se ponía a funcionar la cosa, no tenés cómo saber si era mejor o peor de lo que se tenía antes”. T1

“A veces se te complicaba un poco con los tiempos y demás, y de pronto a las dos de la mañana y estabas contestando mensajes, pero tenía eso, cuando te enganchabas y te acostabas tarde era porque alguien te había motivado con algo, en el foro, o sea vos habías tirado algo para ponerlos en evidencia y me alimentaba el apetito a informarme o a seguir la discusión”. T1

“Recuerdo el desafío que implicó el desarrollo del curso”. D27

“Los docentes teníamos buen manejo informático y estábamos motivados para la realización del curso, no así los estudiantes, que en su mayoría tenían un buen manejo informático pero no estaban interesados en el curso ni entusiasmados por su modalidad on line asincrónica”. T27

La motivación intrínseca en los tutores propendería a realizar mayores esfuerzos cognitivos para la realización de la tarea y a lograr estrategias de aprendizaje en profundidad (Mas Tous y Medinas Amorós, 2007). El éxito del uso de las TIC en la enseñanza (y en el aprendizaje) depende también de la capacidad de introducir cambios importantes en la cultura docente y organizativa, que habiliten estas nuevas formas. En el discurso de los tutores se manifiesta una actitud positiva hacia la propuesta de cambio.

C3. La importancia del trabajo con el tutor

“No, los tutores no estuvo bárbaro, los tutores eran un apoyo fundamental. A vos te servía para dosificar las intervenciones, porque tenías tantos estudiantes... A veces vos intervenías recién al final y ellos eran los que llevaban la discusión hasta el al final”. D28

“Me resulta imposible imaginarme este curso sin tutores estudiantiles. Le faltaría la esencia de un tipo de enseñanza que promueva la autonomía de aprendizaje. Difícilmente habiéramos podido cumplir con los objetivos planteados. Capaz hubiera sido un curso más de consultas, de preguntas y respuestas que como se realizó”. D29

“Una experiencia fundamental ya que nos permitió realizar cursos más complejos que los que nosotros solos podríamos realizar”. D27

Todos los docentes destacan con énfasis la importancia que tuvo la presencia de los tutores estudiantiles y, en general, valoran positivamente sus participaciones. Dada la complejidad del curso, se refleja que los tutores ayudaron a mantener los ritmos de interactividad requeridos para este tipo de propuestas. En los foros el proceso de comunicación con los estudiantes debe asegurar un mínimo distanciamiento, que implica una devolución inmediata y personalizada, y en este caso se pudo cumplir por la presencia de los tutores.

El curso significó una experiencia innovadora y desafiante tanto para los docentes como para los tutores, entendiendo la innovación educativa como “una selección, organización y utilización creadora de recursos humanos y materiales, interceptados por métodos que permiten obtener un nivel más alto de realización” (Huberman, 1976, p. 16). La innovación puede ser rupturista o integradora, pero debe tener otra condición: es necesario difundirla para que sea reconocida como tal. Esta experiencia se mantuvo en los años siguientes y se difundió hacia otros cursos de la carrera. El proyecto fue innovador en la docencia, en el uso de la tecnología, pero también en la mirada de la práctica docente, entendida como noción de praxis, como una postura dialéctica entre teoría y práctica en la transformación del objeto de estudio (en este caso la experiencia docente), a través del diálogo entre el

sujeto y objeto en la construcción del conocimiento (Lucarelli, 2006). Este proceso es innovador en la medida que tiene capacidad de producir un mejoramiento sensible mensurable, deliberado y/o duradero de la situación vigente, al integrarse con las prácticas existentes y difundirse. En suma, los participantes fueron transformados por la experiencia. Esta transformación operó en las formas de trabajar y aprender en la virtualidad, en las concepciones sobre el aprendizaje y en las formas de ser docente.

4.2. Análisis de los datos de las intervenciones de los docentes y tutores

En el análisis de las participaciones de los docentes y los tutores en los distintos foros se segmentaron e identificaron diferentes dimensiones. Por un lado, se encuentran las categorías que refieren a la construcción del trabajo en la virtualidad y a la organización de ese trabajo mediado por tecnología, que fueron denominadas: Función organizativa de la intervención tutorial; Construcción del vínculo y ambiente grupal, y Guía tecnológica. Se trata de las competencias genéricas en relación con el trabajo en la virtualidad, que pueden ser consideradas como tales en otros colectivos de aprendizaje y no exclusivamente en ciencias de la salud. Por otra parte, identificamos una última categoría, llamada Razonamiento clínico, metacognición y devolución, que recoge aquellas competencias específicas dentro de las ciencias de la salud que van conformando el perfil profesional.

D. Función organizativa de la intervención tutorial

En el contexto virtual la organización del trabajo en el grupo se transforma en un factor importante que debe enmarcarse en un ambiente educativo habilitante para los aprendizajes.

“¿Cómo están? Creo que de a poco se va entendiendo la finalidad de este foro, que es la discusión sobre los temas. Estaría bueno que además de agregar observaciones plantearan discrepancias, preguntas, anécdotas, en fin, todo vale. La situación clínica y las preguntas son una simple guía para introducirnos al tema, o sea que la idea es que vayan ‘más allá’”. T7

“Esperamos que puedan aprovechar este espacio para responder la tarea programada, pero fundamentalmente para generar un foro de discusión entre Uds. y nosotros!! Pueden opinar sobre las participaciones de sus compañeros, es muy productivo, tiene que razonar lo del otro para elaborar lo propio!! ¡Pregunten, sáquense dudas!”. T9

“Hola y bienvenidos al curso de educación a distancia de apoyo en semiología. Mi nombre es D y junto a AI (tutores estudiantiles) y G docente del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria vamos a trabajar el tema cefaleas desde hoy hasta el domingo 26 de Octubre. En la página encontrarán,



en el tema, la guía del estudiante donde se planifica nuestra área y 3 viñetas clínicas que serán nuestra base para discutir. Les pedimos a ustedes y sus compañeros de grupo (grupo Q) respondan las dos preguntas planteadas. Lo pueden hacer de a una o como gusten. Y en lo posible sean concretos en las respuestas.

Bueno. Nuevamente bienvenidos! y a trabajar". T6

"Me gustó mucho el intercambio y la preocupación por coordinar el ingreso de las opiniones y el manejo más ordenado del foro lo que sin duda asegura que van a lograr intercambiar mucho sus aportes en el futuro. Los felicito y espero poder volver a trabajar en los próximos foros". D28

"Un consejo; es válido compartir lo que puso un compañero y no repetir los mismos conceptos. Debemos fomentar el acuerdo y la discusión y eso nos llevará a un mejor aprendizaje. Tenemos que trabajar más en grupo por eso se trata de un foro. Hay que respondernos entre todos. No sé es para mejorar. Un abrazo fuerte a todos. D28

"Hola soy D y estaré con R y N participando en el foro de salud mental.

Reglas del foro:

- 1) no usen wikipedia
- 2) pongan dónde leyeron.
- 3) intenten poner más opiniones o resúmenes que corto y pego". D27

Levy (1999 citado en Fainholc, 2007) argumenta que los estilos pedagógicos de las tutorías son más importantes que las herramientas utilizadas cuando se anima "la inteligencia colectiva" de los grupos.

En los segmentos anteriores se observa a través de la organización de los espacios de diálogo entre los participantes el interés por lograr un ámbito favorable para producir situaciones de aprendizaje y que también habilite a la discrepancia y el disenso. Estos espacios, remarcados por todos los docentes y tutores, no solamente muestran la intención de animar la participación de todos, sino que dejan traslucir la concepción de aprendizaje grupal a través de la reflexión y el análisis de las discrepancias para llegar a un nuevo escalón. Esta transferencia de conocimientos se produce en ambientes altamente conversacionales, contextualizados y activos (Salomon, 2012). De ahí, surge la preocupación de lograr una participación auténtica de los estudiantes.

E. Construcción del vínculo y ambiente grupal

E1. Aliento y motivación

Esta subcategoría se cerró rápidamente por saturación, ya que todos los docentes y tutores hacían intervenciones similares a las seleccionadas a continuación. Si bien estas intervenciones contienen juicios sobre las actuaciones de los estudiantes, no apuntan a

evaluarlas, sino que buscan integrar y promover la participación de los estudiantes tratando de motivarlos.

“Primero que nada quiero destacar que por suerte las personas que han trabajado en este foro son muy respetuosas, del trabajo de los compañeros, y de esta forma de aprender, así que los aplaudo a todos y me alegra mucho la participación de cada uno de ustedes”. T1

“Me alegra mucho la participación de todos en esta discusión, han surgido algunos elementos importantes, no sólo de lo que habían aportado los compañeros hasta aquí”. T1

“Sylvia, ¿cómo estás? Bueno, era solo para hacerte saber que está bueno compartir con todos un esquema como éste, con los puntos principales sobre la semiología de la diabetes ¡Muchas gracias!”. T1

“¡Hola! ¿Cómo están? Bueno, si bien comparto el comentario de D, noto que los últimos compañeros que han participado se han tomado en serio la tarea. Los que ya habían participado todavía están a tiempo para mejorar la calidad de sus intervenciones”. T12

“Soledad, sos una fenómeno, porque además de hacer una excelente intervención generaste una discusión impresionante y fructífera. Me encanta este grupo. ¿Cuál es la diferencia entre DM tipo II y Tipo I?”. D27

E2. Tratar de construir amistad y empatía

“¡Bienvenidos, Compañeros!

Para mí es un gusto compartir con ustedes este ciclo. Esto es nuevo tanto para ustedes como para mí, así que mientras empezamos a funcionar habrá muchas cosas para ajustar. La idea es que esto lo construyamos juntos, así que desde ya se agradecen los aportes, comentarios y críticas que se vuelquen en este espacio”. T1

“Ah, parciales, parciales. Sí... a mí también me tocó esta semana... hoy y mañana...”. T1

“¡Bienvenidos a la sección de Historia Clínica! De parte de los tutores esperamos puedan aprovechar esta rotación para entrar un poco en el tema de la importancia de la Historia Clínica, no solo como documento médico, sino también como documento legal de suma importancia, y que nos guste o no, nos va a acompañar por el resto de nuestras carreras”. T1, T2, T3

“Alexandra, me encanta tu avidez por los conocimientos y por tu confianza (merecida y justificada) en mis conocimientos sobre esta enfermedad. Te aseguro que me encanta escribir (y hablar), pero ahora estoy con una fractura de radio y con un yeso que me está enloqueciendo. La verdad no me explayo mucho, pero tampoco es necesario, no dicen nada mal, y están construyendo el tema entre todos ustedes que son lo que nos propusimos. Si no daba un taller en Higiene y todos contentos. ¡No escribo más porque ya me está doliendo la mano!”. D27

“Quiero expresar además públicamente mis felicitaciones a los tutores: T, T y T trabajaron durísimo, su tarea fue excelente. Les pedimos disculpas por algunos problemas que ocurrieron, pero que poco a poco los fuimos solucionando. 10 días después del comienzo quiero expresarles que soy muy optimista con el curso y con ustedes, veo que hay buen material para formar muy

buenos médicos. La semana que viene se viene otra actividad y en poco tiempo nos volveremos a ver”. D28

E3. Experiencia distribuida

“Primero felicitarlos a todos, excelente trabajo con esta discusión, como dijo Natalia es importante que surjan estos post en los que expresan dudas que se van aclarando a lo largo del mismo. Si se fijan bien las dudas, las resolvieron entre Uds. con el empuje de los tutores”. T3

“Buenas, me gusta que se ‘pique’ un poquito esto así se hace más divertido jejej, Sí Flavia como bien decís estas situaciones se dan todos los días, no son sacadas de películas ni nada por el estilo”. T5

“Dejo abierto para comentarios de compañeros y tutores!!”. T9

“Bien muchachada! Me parece que entre ustedes pueden discutir las dudas, no se preocupen que nosotros estamos y la discusión que se dé, la seguimos bien de cerca”. D28

El concepto de aprendizaje grupal está siempre presente y es fomentado para lograr esa apropiación del conocimiento que se alcanza cuando existen en los grupos productos comunicables “para ser leídos” (Kaplún M., 2001), es decir, a partir de la motivación, porque tenemos algo para decir y compartir, generar instancias de aprendizaje compartido y de autoaprendizaje.

E4. Aprendiendo con los pares

“Está bien el diagnóstico en ambos casos. Ese aporte que hiciste acerca del trastorno emocional... me gustaría saber de dónde lo sacastes, porque no lo había oído, y eres la primera que lo menciona...”. T11

“Me alegra que les sean útiles estas intervenciones, la idea es que aprendamos todos juntos”. T2.

“Hola Rodrigo! Gracias, estoy aprendiendo contigo”. T9

“Lo de la cirugía no lo sé, voy a averiguarlo! Nos seguimos leyendo!!”. T9

“Hola M, me gustaría que te explicaras un poco y que citaras las fuentes de tu información para poder contrastarlas”. D27

E5. El humor

“Hola, Patricia con respecto a esto es lo mismo que un paciente que llega a puerta con un angor por ejemplo, es todo al mismo tiempo más o menos, lo interrogas mientras le haces un electro mientras le administras nitritos y demás, con esto lo mismo, pero nunca le vas a dar algo sin preguntarle al menos sus alergias, no quiere decir que si está muy dolorido le hagas el atilief⁶

⁶ Mnemotecnia sobre semiología del dolor: Aparición, Tipo, Intensidad, Localización, Irradiación, Evolución y Fenómenos Acompañantes.

completo y le interrogues los antecedentes familiares... tampoco es tan así como primero esto y después aquellos, son cosas que se sobreponen, aunque no lo creas somos capaces de hacer varias cosas a la vez (las mujeres también) jejej”. T5

“...bueno, te invito a completar el tema en la parada .Complicaciones de la Diabetes... léela por lo menos, es sumamente importante, y viene con premio... jaja Saludos”. T11

“Merci beaucoup... tout bon, nous nous sommes très bien amusés A ver si alguien opina sobre tu post!!”. D27

“Estimados, la idea es LEER algo y después opinar. Este no es el foro del Toto da Silveira, aunque hasta en esos ámbitos antes de opinar ven el partido. Acá por lo menos vean el partido antes de opinar. (Y no me refiero al partido de Paraguay)”. D27

El humor también se encuentra presente y es utilizado tanto por los docentes como por los tutores como estrategia para centrar y contextualizar las participaciones.

E6. Integrando opiniones en la síntesis final

Se observa la dinámica de integrar las opiniones de varios integrantes del grupo en forma de síntesis final. El aporte del aprendizaje de todos los participantes ayuda a conformar la noción de grupo que aprende en colectivo.

“Muy bien muchachas! vieron que no es necesario decirles el libro donde tienen que leer. Ustedes acceden a mucho mejor material que la bibliografía que aportamos los docentes en nuestros cursos. Y lo bueno es que a través de esta herramienta (el foro) la podemos compartir y discutir entre todos. Ahora, analizando un poco: lo de Soledad es espectacular y como grupo la debemos felicitar ya que nos aportó mucha información y de la buena, con buenas fuentes bibliográficas. Jimena, leyendo lo de Soledad y aportando tu opinión ya estas participando y ya vas a ver cómo sigue. Verónica, muy buena pregunta lo del tacto rectal. Sabés si hay muchos proctólogos en Uruguay? ojo, no salgas a buscar esto me refiero a si el médico general está capacitado para hacer un tacto rectal a todos los pacientes como Roberto. Cecilia, buen aporte y como aceptas críticas (ja!) capaz que repetiste algún concepto ya dicho antes pero igual está muy bien. ¿Cómo sigue esto? dos preguntas: 1.-¿conocen que es el screening o cribado? 2.-¿han oído hablar del cálculo del riesgo cardiovascular absoluto? Bueno, yo sé que es sábado pero suerte!”. D28

“No solo alcanzaron estos objetivos sino que plantearon dudas, las discutieron, resolvieron, respondieron nuestras preguntas y se dieron el lujo de plantear algún que otro tratamiento recordándolo para el año que viene).Un solo comentario para responder a Vanessa: si tiene claros elementos de ser una migraña y no presenta los signos de gravedad u orientadores a 2a que ustedes mencionaron, no es necesaria la TAC”. D28

“Estimados Andrés y Gabriela, complementando un poco lo que dice Gustavo me gustaría aclarar que la historia clínica de la policlínica es IGUAL a la del hospital en el orden, con algún dato más en la ficha patronímica y algunos datos más en como ser el familiograma. El orden esquemático que puso Gabriela está muy bien. En las siguientes consultas hacemos las evoluciones diferentes a la del hospital por motivos obvios de claridad que aprenderán con el correr de las consultas” D 27

“De nuevo felicitaciones, creo que quedo todo aclarado, a forma de resumen las responsabilidades en la situación 2 son compartidas, hay culpa por parte del estudiante de policlínica así como del médico responsable, de la enfermera que hace caso al leuco, y de este último por tomar decisiones sin previa consulta. Los compuestos del dioxadol los dejó claros Marcos. Con respecto a la situación 1, como bien dijeron en nuestro país el límite actual de alcoholemia es de 0.8, se está tratando de bajar el mismo a 0.3. En cuanto al seguro, aliento alcohólico y marcha ebria no son sinónimos de alcoholismo dado que hay otras situaciones clínicas que pueden dar estos síntomas, como por ejemplo cetoacidosis diabética. Lo correcto para realizar en estos casos es un exhaustivo examen neurológico y prueba de alcoholemia”. T3

“Bueno con respecto al resto del grupo ¿coinciden con lo que han puesto sus compañeros? Miren que si no están de acuerdo con algo que hayan puesto sus compañeros está bueno que lo digan”. T6

“Gracias Yéssica por responder mis preguntas, je! Es un tema muy amplio, ¿no? Bueno, y sobre la paraclínica, hay alguna cosilla que disiento sobre la finalidad del examen de orina... Y sobre la pregunta de Ana Inés, bueno, capaz que lo primero que tenemos que diferenciar es qué estudios uno solicita como screening y cuáles orientados a tal o cual paciente en particular de acuerdo a la clínica... si les parece pueden discutir esto entre Uds. (y todo el que quiera sumarse!), y...”. T2

“Me parece buena idea que empiecen a opinar desde una primera impresión, como han hecho los compañeros Paola, Leandro y Leonardo. Esto puede ayudar a que se profundice de a poco y que no entren el domingo a última hora a repetir lo que han dicho los demás; esto último, realmente no sirve para mucho. Leandro aportó algunos puntos importantes para la discusión, ahora me gustaría que ‘adecuaras’ estos conceptos a los pacientes de las viñetas, es decir, cuáles de estos síntomas reconoces en ellos. Por otro lado, no está mal hacer citas textuales de los textos pero lo que aquí se intenta es que ustedes hagan una elaboración personal a partir de la bibliografía que han leído. Pero, como ya dije, para empezar está bien. Paola comenta que el paciente está ‘estresado’. ¿Cuáles son los síntomas que podemos encontrar en un paciente que sufre?”. T7

En estas estrategias comunicativas que emplean los tutores y los docentes se proponen construir comprensiones compartidas entre todos los participantes. Como ya se mencionó, en este tramo del trayecto curricular se aprende un número importante de palabras del vocabulario médico y es a través de este nuevo lenguaje contextualizado que se logra compartir el conocimiento. Se trataría de las comprensiones mentales de las personas que se comunican, este diálogo precisa de compartir el contexto entre todos los participantes, “el contexto es el conocimiento común de los hablantes invocado por el discurso” (Edwards y Mercer, 1999, p. 179)

Por otra parte, Gros y Silva (2006) manifiestan que la comunicación mediada es eficaz para mantener comunidades vinculadas cuando están dispersas, pero que los estudiantes no necesariamente se comunican con eficacia. Por eso, es importante que los tutores y docentes conozcan las estrategias a utilizar en el diálogo y cuál es el objetivo de este para

construir esas comprensiones compartidas. Según los autores, este rol es muy diferente al desempeñado por el profesor en clases presenciales.

A través de las subcategorías identificadas, en las estrategias utilizadas por los participantes (docentes y tutores) se observa cómo estos intentan integrarse a un grupo conformado previamente, porque, como dijimos, los grupos cambiaban todas las semanas de estación, de tutores y docentes. Es así que se debía realizar una nueva recomposición de lo grupal. Este continuo rehacer de lo grupal se traduce en las participaciones, por ejemplo, cuando se brindan estímulo y aliento desde el primer momento de contacto, así como cuando se reconoce el valor del conocimiento de y en los otros. Los tutores proporcionan un aporte más horizontal y los docentes realizan intervenciones que sugieren un respaldo y supervisión, como se refleja en la siguiente: “no se preocupen que nosotros estamos y la discusión que se dé, la seguimos bien de cerca” D28.

En un documento sobre la experiencia tutorial, los tutores de TICUR (2009) señalábamos:

Combinar el rol tutorial desde una óptica de orientación desde la responsabilidad supone equilibrar los juegos de presencia/ausencia sin que estos se constituyan en sí mismos en juegos de poder. Cuando el poder no pasa necesariamente por el saber, puede pasar por la manipulación de las voces y los silencios.

Souto (1993, p. 4) define al grupo como en permanente recomposición y habla de un inacabamiento del grupo. Maneja los conceptos de nudos, espacios y procesos para referirse a este. En esta modalidad los procesos o nudos estaban en permanente recomposición en el curso.

En relación con el aprendizaje, constituye el objetivo del grupo, es decir, el grupo fue conformado con fines académicos para alcanzar un aprendizaje a través de la interacción de sus miembros. El espacio de formación necesita de una organización instrumental, que los docentes y los tutores ayudan a construir.

F. Guía tecnológica

Esta categoría comprende aquellas participaciones que sostienen y desarrollan la competencia en el uso de la herramienta.

“...bien hecho, pero me hubiese gustado que comenzaras un nuevo tema con las respuestas, y no que las pusieras acá.” T11

“Sabés que a mí también me pasó lo de perder lo que había escrito, al parecer sucede porque expira el tiempo permitido por sesión y tenés que ingresar de nuevo. Yo lo que estoy haciendo es cada tanto selecciono todo y le doy Ctrl C, así me queda copiado en el portapapeles, a modo de respaldo temporal”. T1

“Hola Pamela, primero decirte que no está bueno que escriban en mayúscula porque suena algo así como a gritar en este medio... y además todo tiene la misma jerarquía y uno se pierde leyendo”. T9

“Entiendo la frustración que genera escribir un montón de cosas y que se borren. Lamentamos mucho que todo tu esfuerzo se fuera al cyberespacio y no pudiéramos verlo. Pero el sistema en TODOS los sitios en los cuales accedes con contraseña, sea cual sea, tienen limitaciones en el tiempo que puedes estar 'activa' sin que se cierre la sesión automáticamente. Esto es lo que te sucedió a ti”. D27

Las participaciones traducen el intento de lograr que la tecnología no constituya un obstáculo. El tutor y el docente deben conseguir que los participantes se encuentren con un sistema y un software comfortable. “El objetivo último del tutor consiste en hacer que la tecnología sea transparente. Cuando se hace esto, el aprendiz puede concentrarse en la tarea académica que tiene entre manos” (Berge, 1995).

La ansiedad y frustración que causaba el uso de una herramienta no conocida alcanzaban a los estudiantes, los docentes y los tutores. La vivencia de una misma situación y de cómo fue superada establece ese vínculo de empatía que propicia una situación de aprendizaje. En este ejemplo estaría operando la Zona de Desarrollo Próximo (Vigotsky, 1995; Ivic, 1994), ya que a partir de la ayuda del tutor se supera una situación que se relaciona con no saber manejar la herramienta o tener algún problema con esta.

G. Razonamiento clínico, metacognición y devolución

El *razonamiento clínico* se define como el proceso de razonamiento y de toma de decisiones que permite al clínico efectuar una acción que fue juzgada como la más útil o pertinente en un contexto específico. Se considera esencial en toda práctica profesional en ciencias de la salud (Charlin et al., 2003). Es un proceso complejo, que no está totalmente definido aún y que carece de un modelo teórico unánimemente aceptado. Según las investigaciones se pueden diferenciar dos formas de realizarlo: la forma analítica, basada en la consideración cuidadosa de los elementos hallados, con aplicación de modelos probabilísticos (cálculos Bayesianos), y la forma no analítica, que se basa en el modelo de reconocimiento de patrones (script, esquemas mentales); el médico busca

una similitud del caso actual con otros a los que se ha enfrentado en el pasado, es decir, recurre a su experiencia para reconocerlo. Este proceso es automático e intuitivo. Se activa en situaciones de incertidumbre o complejidad del contexto.

El razonamiento clínico, los conocimientos en ciencias básicas y clínicas, y las habilidades técnicas, interpersonales y clínicas constituyen los tres componentes de la competencia clínica. El aprendizaje del razonamiento clínico es una de las actividades principales de la enseñanza de la medicina. Necesita del ajuste permanente de los procesos a través de la devolución a los estudiantes de sus propios procesos (evaluación formativa), así como de mostrarles cómo se piensa (metacognición).

El modelo de reconocimiento de patrones operaría para traer a la memoria rápidamente esquemas que permitan comprender la situación a abordar. Está influenciado por lo sensitivo, el afecto y las emociones. La diferencia entre los expertos y los principiantes radica en que los principiantes tienen menos patrones incorporados en su experiencia y pueden incluir datos en la constitución de los patrones que no son relevantes. Este modelo puede dar lugar a sesgos y, como consecuencia, a errores clínicos.

El mayor rendimiento del razonamiento clínico para un profesional debe contemplar, según las investigaciones, el uso de forma alternada de los dos modelos; de modo que los procesos analíticos y no analíticos desempeñen un papel. Los médicos aplicarían uno u otro de acuerdo a la situación planteada y la indefinición del caso (Nolla, 2006).

En la enseñanza del razonamiento clínico se promueve la aproximación al caso sin conocer previamente el diagnóstico. Esta forma estimula el desarrollo del pensamiento complejo (Eva, 2005; Morin, 2000). Para mejorar el proceso de aprendizaje se propone que los estudiantes se expongan a un mayor número de situaciones, para acumular mayor experiencia y generar sus propios patrones de reconocimiento. Tener una mayor colección de patrones contribuye a desarrollar los procesos no analíticos de razonamiento clínico (Norman, 2005).

Las estrategias de enseñanza para el aprendizaje del razonamiento clínico se traducen en diversos modelos, entre estos: Aprendizaje basado en problemas (ABP); Resolución de problemas clínicos (RPC) y Estudio de caso. El ABP tiene como objetivo la integración de las ciencias básicas en el contexto de un problema clínico. Pretende hacer el

conocimiento más relevante y recuperable con mayor facilidad, así como proveer estrategias específicas de razonamiento. La RPC se define como la actividad intelectual que sintetiza la información obtenida a partir de la situación clínica, que integra y utiliza los conocimientos y las experiencias anteriores para la toma de decisiones de diagnóstico y manejo del paciente. El Estudio de caso o caso largo se trata de una descripción de un caso con todos los componentes. Es importante señalar que la discusión exhaustiva de un caso clínico constituyó por años la base de la enseñanza de la medicina. Los tres modelos incluyen el contexto como parte fundamental de su fortaleza, pueden desplegarse en presencia del paciente o sin él e involucran situaciones reales o lo más aproximadas a la realidad posible (Charlin et al., 2003; Patel et al., 2005; Fletcher et al., 1988).

Se debe permitir el desarrollo en las situaciones de enseñanza de las estrategias de pensamiento (analíticas y no analíticas), sin desconocer que cada estudiante tiene experiencias diferentes a otros estudiantes y nunca iguales entre sí. Debido a que lo que aprende es individual y depende de las experiencias previas, nunca se generan dos patrones iguales. El aprendizaje de la práctica clínica, atendiendo a estos modelos de razonamiento, es quizás la razón más fundamental para asegurar que los estudiantes cuenten con múltiples situaciones, casos, porque les permitirían trabajar a través de un problema clínico. En algunos casos el reconocimiento de patrones es la solución con mayor rendimiento en el aprendizaje. Sin embargo, una historia más completa, la aplicación de un algoritmo de diagnóstico o la consideración de la ciencia básica subyacente en la fisiopatología podrían ser necesarias en otros casos.

La mayor complejidad para los estudiantes es entender cómo los médicos razonan en contextos de incertidumbre, cuáles estrategias utilizan, porque es en estos contextos que se entra y sale de un modelo de patrones a un modelo reflexivo. Generalmente, en situaciones de incertidumbre el médico con experiencia aplicaría el modelo de patrones; si no puede asimilarlo a ninguno, pasa al modelo analítico de seguir paso a paso estrategias diagnósticas hasta que le surge en su pensamiento un patrón que no identificó en primera instancia. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que es difícil de lograr consenso en los caminos que recorren los médicos en la resolución de problemas clínicos, ya que no hay un único modo de resolución.



G1. La formulación de preguntas

En esta subcategoría se agrupan las preguntas que apuntan a examinar ideas y problemas relacionados con los casos, siempre contextualizados, para focalizar en algunos aspectos específicos o que dan pie para seguir la explicación lógica y ayudan a construir procesos de comprensión.

“Lo que comenta la compañera es correcto, ahora mi pregunta es ¿Cómo puede afectar en lo cotidiano y en lo laboral la situación de este paciente?”. T1

“Por otro lado, se repite en todas las respuestas lo del tacto rectal, y yo sigo preguntando si hay consenso al respecto...”

Una cosa que me llama la atención es que unos cuantos compañeros han planteado el hemograma para buscar cifras de colesterol y triglicéridos. Bueno, dejándonos de misterios, el hemograma sólo permite valorar las series: leucocitos, eritrocitos, plaquetas. El colesterol, y todo lo demás se valora mediante otro estudio, el perfil lipídico. Da la sensación de que están consultando un material que contiene ese error... Respecto a lo de screening, está bien. ¿Por qué se aplica a la población aparentemente sana?”. T1

“Bien gente, ahora sí se puede decir que arrancó la discusión! Vamos a hacer algunas precisiones. Recuerden que las preguntas se plantean a todos los estudiantes y que no necesariamente intentan señalar errores sino conceptos en los que sería bueno trabajar un poco más. En primer lugar, ¿en los tres casos su primer diagnóstico es depresión? Si es así, ¿de qué tipo?”. T2

“Por último, vuelvo a Magdalena para señalar sólo para contarles que en lo personal me gusta más el término interconsulta que derivación... ¿alguien se imagina por qué?”. T2

“Vamos chiquilines que falta gente contestar!!!! Les hago una pregunta: ¿Que paraclínica le mandarían a cada uno de los pacientes?”. T6

“Muy buenos aportes.... tuyos y de tus compañeras (Ana Inés y Yesica)!! Todavía no están resueltas las otras cuestiones!! Todavía no voy a opinar sobre el daño renal en esta paciente... veamos que nos dicen los tutores o los otros compañeros”. D27

“Bien, Anne! se nota la experiencia adquirida en el foro. Pero, ¿sabés si hay alguna otra maniobra semiológica para valorar que sea otro tipo de cefalea?”. D28

“¡Qué grande muchachos! No solo han respondido la pregunta formulada sino que nos dejaron sin poder hacerles otras preguntas ya que avanzaron mucho más de lo esperado. ¡Y lo mejor de todo es que es viernes! Yo igual soy un poco molesto entonces les pregunto: ¿qué signos y/o síntomas de alarma debo investigar en un paciente con cefalea?”. D28

“Muy buenos aportes, pero profundizando un poco más: los síntomas ocasionados por neumonía por aspiración y por fístula aerodigestiva si bien en el mismo aparato (respiratorio): ¿son los mismos??? ¿O semiológicamente uno puede sospechar uno u otro del punto de vista clínico?”. D29

En los ejemplos observamos una preocupación por parte de los docentes y tutores de demostrar a través de la pregunta la forma de cómo hacer la pregunta. Al respecto, Freire

(1985) considera que el docente debe enseñar a preguntar y a preguntarse, para poder enseñar es necesario que los docentes tengan que aprender.

En esta subcategoría los docentes y los tutores parecen comportarse de manera similar. Los tutores intervenían en forma diaria, y eso puede circunscribir o acotar la participación a hechos más puntuales, por ejemplo, el tratamiento del error en la intervención de T1, que alerta a los estudiantes para que abandonen un concepto muy errado. Sin embargo, en la mayoría de las participaciones se aprecia la intención de plantear preguntas abiertas o situaciones que por su complejidad no permitan una respuesta única. Esto estimula el pensamiento reflexivo (Nolla, 2006) y ayuda a dirigir el razonamiento, ya que se sugiere a través de las preguntas cómo deberían situarse frente a estos casos. Otra cuestión que queda demostrada es que las respuestas que esperan los docentes y tutores requieren del manejo de conocimientos de ciencias básicas aplicadas, como vemos en este ejemplo: “Todavía no voy a opinar sobre el daño renal en esta paciente...”; así como de elementos de habilidades clínicas: “¿Con qué pregunta seguirían? ¿Cómo pueden diferenciar los síntomas?”.

G2. Creando contexto

Aquí encontramos estrategias para crear un contexto, respecto a la situación de los estudiantes y de los propios tutores, para ayudar al razonamiento de las situaciones clínicas planteadas.

“Están muy bien tus comentarios, te digo lo mismo que dije en la Super discusión que se armó; y, ¿vos como médico estando frente al paciente cuál es tu primera acción? Saludos, gracias por aportar tus comentarios”. T12

“Bien, estoy de acuerdo con tu observación al respecto de las presiones sociales y cómo influyen en el consumo. ¿Cómo podríamos intervenir para modificar esta conducta? No pretende ser una pregunta complicada sino más bien como para imaginarse que le dirías al chico si fueras el médico de la consulta”. T7

“Estimados, los aportes fueron impresionantes. Muy buen análisis de los casos clínicos. Las viñetas justamente son casos reales con algún aditivo, pero así son los pacientes, nos generan dudas. En el caso de la viñeta 1 con mis Cimís del grupo anterior vimos una paciente que cambiándole las iniciales y la edad en 2-3 años, era idéntica a esa paciente. Son así de frecuentes”. D27

“Tu experiencia no es corta, es cortísima, y esto no es para descalificarte sino todo lo contrario... hago referencia a que el tema de la adhesión es tan importante que en los poquísimos casos que viste, ya aparece!!”. D27



“Respecto a la relación médico paciente te recomiendo la lectura entre otras cosas del código de ética del SMU que en Artículo 15 numeral 2 se refiere a que el paciente tiene derecho a consentir o rechazar cualquier tratamiento/procedimiento que se le proponga. El médico debe respetar esa decisión salvo que perjudique a terceros o sea una situación de urgencia”. D27

“Esto no implica que la HC se realice frente al paciente igual que todas las historias en medicina. Yo particularmente le doy gran importancia al motivo de consulta y es el eje de mi interrogatorio pero creo que cada maestrillo puede tener su librito. De todos modos este librito se hace con la experiencia y pienso que todos nos iniciamos haciendo semiología con el esquema que muy bien aportó Gabriela. Es sólo una opinión, capaz que está bueno conocer la de Daniel aunque creo que venimos de la misma escuela”. D28

“Estoy encantado con la discusión. Flavia plantea una situación real que vivió en forma personal”. D29

Se observan menciones a la condición de estudiante de ambos, tutores y estudiantes del curso, así como a un nivel de experiencia muy inicial en el manejo de estas situaciones clínicas. Se hace referencia al comienzo, paso a paso, y a considerar en cada caso las múltiples dimensiones y la complejidad. Como vemos el tema de la complejidad y la multidimensionalidad de los abordajes están planteados tempranamente a los estudiantes. Existe una intencionalidad de lo que se describe como *socialización cognitiva* (Edwards y Mercer, 1999), donde se establecen los marcos de referencia para el trabajo clínico en un curso introductorio, es decir, las pautas de actuación y formas de conducirse socialmente en los ámbitos planteados.

G3. Razonamiento clínico

Los médicos tienen que diagnosticar y actuar en los problemas de salud a pesar de la incertidumbre y sus variaciones. El razonamiento clínico aborda las representaciones del conocimiento específico a un nivel operativo, vinculado al contexto. Esta estrategia se basa en el método de resolución de problemas, que utiliza estrategias de la narrativa y del estudio de caso.

“Por otro lado respecto a que este señor consulta tardíamente no pienso que sólo haya que pensar que es culpa de él. Muchas veces los pacientes no consultan por ignorancia, por no contar con un centro asistencial cerca (es un trabajador rural), etc., pero en ocasiones nosotros dejamos por fuera del sistema a los pacientes, a mi entender hay una cultura muy arraigada de asistencialismo, se prefiere tratar antes que prevenir y está en las nuevas generaciones cambiar esa cabeza, creo que por suerte las cosas se van encarrilando a favor del cambio”. T1

“Vas a ver que a medida que adquieras experiencia -tanto en conocimiento de patología como en la práctica clínica- irás afinando cómo sacarle el máximo provecho a la paraclínica... como ya te comenté, vas muy bien con tu razonamiento... por lo pronto lo que estamos seguros no debe faltar en un paciente de 71 años es la glicemia... el perfil lipídico está pautado si mal no recuerdo hasta los 65, pero eso no quiere decir que no se pueda pedir, si no sabemos la situación previa del

paciente, por ejemplo. Y así con los demás estudios, todos pueden tener su justificación... por ejemplo, si por la historia sospechás que esa fatigabilidad es parte de un síndrome funcional anémico, el hemograma estaría totalmente justificado, y así sucesivamente... (dejo por acá porque si no me cuelgo a escribir, jeje). Y me encantaría escuchar más opiniones! ¿Qué piensan los otros compañeros?". T1

"Muy completa tu respuesta a la pregunta 3, la verdad. Sobre la pregunta 1, es cierto, es un tema amplio... Lo primero que tenés que valorar es ante qué paciente estás: edad, factores de riesgo, o protectores... En base a esto podés pensar ante qué problemas de salud te podés enfrentar, y qué elementos de la historia clínica y el examen físico te permitirán pesquisarlo. Así que desarmamos la pregunta original y nos repreguntamos: ¿qué voy a buscar en este paciente? ¿Cómo puedo encontrarlo? Sobre tu otra pregunta, sí, esta semana tienen que tocar dos temas, a su grupo les corresponde este de control de adulto sano y el de historias clínicas. La semana que viene ya van a tener un tema solo por vez. Besos!". T2

"Bien, primero el diagnóstico con la glicemia en sangre venosa. Y muy bien siempre lo infeccioso es importante valorar, porque puede ser una causa de descompensación. Y para valorar la descompensación en sí, necesito valorar los iones, con un ionograma; y los gases en sangre y una probable acidosis metabólica con una gasometría arterial. ¿Por qué? por la querida fisiopatología, que deben manejar, porque es la base de todo!". T9

"Lo que no puedes es hacer diagnóstico de somatización, no quiere decir que no sea una somatización. ¿Por qué? pues porque es un diagnóstico de exclusión y no debería poder ser explicado de otra forma". D27

"Excelente muchachas! Esa es la idea. Cortita y al pie. Lástima que es al final y no quiero complicarla con alguna preguntita. Por eso mi idea era que no se olviden de valorar siempre la presencia de rigidez de nuca como maniobra fundamental en el examen neurológico de una cefalea. También hay otras pero esta nos habla de severidad del cuadro y derivación a un centro de mayor complejidad. Espero que sigan esta dinámica que va a servir no solo a ustedes sino a todo el grupo. Adelante." D28

"..o sea a lo que voy es que tu razonamiento aquí fue 100% clínico y excelente.. si te quedan dudas, pues pides una TSH y esperas...". D27

En estas participaciones se observa una interacción más abarcativa de los docentes y un desglose en pasos intermedios por parte de los tutores estudiantiles. Este accionar de los tutores puede referirse al concepto manejado de *congruencia cognitiva*. Como estudiantes, los tutores están más cerca de entender las dificultades que significa el abordaje de ciertos conceptos, entonces, con sus preguntas y guías para seguir pasos intermedios facilitarían los procesos de comprensión de los fenómenos y el establecimiento de ciertos patrones a aplicar. El papel del tutor es proveer los anclajes a través de preguntas para facilitar los procesos metacognitivos.

G4. Evaluación crítica

Son juicios que apuntan a la devolución del accionar de los estudiantes y se pueden definir como guías para la acción. En estas instancias también se pueden identificar estrategias de ajuste del error y el manejo de la evaluación en acuerdo con el alumno.

“Es muy bueno tu trabajo, es conciso pero completo, se nota tu compromiso por haber leído las respuestas de tus compañeros, eso es vital para que esta forma de trabajo sea productiva, y te invito a que opines en los post de ellos tanto si estás de acuerdo con ellos como no.” T1

“Te interesaste por el tema e hiciste búsqueda del material, además respondiste de forma muy rápida lo que habla muy bien de tu compromiso con la tarea. Ahora, a mí me gustaría que tú me contaras tu impresión sobre este señor, dicho con tus palabras y aplicando los conceptos que desarrollaste quiero que me digas: ¿Qué tipo de disfagia tiene este señor? ¿Por qué? ¿Qué sistemas irías a interrogar en profundidad si tú recibieras a este señor en tu consulta?”. T1

“Depresión: entonces puede ser que los fármacos que toma la paciente le estén generando una depresión secundaria, ¿por qué otros fármacos se los reemplazarías?, Realmente ¿crees que en la tercer viñeta es posible que fuera una somatización la lumbalgia?, no estoy de acuerdo, para mí es un dolor pos esfuerzo”. T12

“Buen trabajo, aunque me gustaría que ordenaras un poco más las respuestas, pues se tratan de pacientes que, aunque se parezcan, son muy diferentes, tanto en el manejo, tto, cuidados, etc. Separa sobretodo el tratamiento que le mandarías a cada una, no te olvides en los pilares fisiopatológicos de estas, casi, dos enfermedades diferentes (en este aspecto) no?”. T11

“Ana María: Me parece muy bien que hayas visto que tu respuesta había sido impulsiva. Quiero que sepas que estaba convencida de que no era tu real intención expresar lo que expresaste en el primer post. Creo que no me equivoqué. A veces no nos damos cuenta y decimos cosas que creemos no tendrán repercusión alguna y sí las tienen”. T18

“Claudia: Creo que tus respuestas son adecuadas, pero habría que profundizar en el caso de la viñeta dos en los diagnósticos diferenciales de la depresión, sería bueno que revisaras eso, ya que siempre debemos recordar que el diagnóstico de depresión mayor lo hacemos cuando no hay una enfermedad orgánica que justifiquen la sintomatología”. T19

“Bien Marcos, estoy de acuerdo con la definición de depresión secundaria, estaría bueno que pongas la cita del artículo. Eso sí, difiero en que ya esté todo contestado... Con respecto a los aportes de Leonardo, quisiera comentarte que cuando notamos que sólo hay "corte y pegue" por parte de algún estudiante también se lo hacemos notar, sobre todo si no deja claro que está haciendo una cita textual -ya que esto sería plagio- y si no complementa la cita textual con elaboración personal. Por otra parte, el tirón de orejas no creo haya sido por tomarse este trabajo de forma menos estructurada, sino porque la idea es que las viñetas los motiven a elaborar respuestas buscando siempre ir más allá de lo que a priori se nos puede ocurrir por lo que ya sabemos "de la vida" o de algo que hayamos escuchado alguna vez... La curiosidad es el mejor antídoto para el tedio”. T2

“Concuerdo completamente con C. Muy buena intervención, pero los links son por lo menos extraños!! ja ja, 2 son de la sociedad española de hipertensión!! Wikipedia está prohibida!! El Farreras muy bien. Pero a pesar de eso la información que pones está muy bien”. D27

“Ah! Por último, la cita bibliográfica tiene una forma de ser elaborada (ver Normas de Vancouver). No se olviden”. D28

“Margarita, muy interesante tu opinión acerca del tema y muchas gracias por los aportes brindados al grupo. Se notó un gran interés en el tema. Saludos”. D28

“UNA COSA IMPORTANTE: ya nos vamos a referir más adelante pero el "copie y pegue" que hemos detectado en muchos de ustedes -no solo de este grupo- sería aconsejable por el bien de ustedes en primer lugar, le vaya dando paso a un investigo, analizo y construyo yo mismo una respuesta, la cual lleva más tiempo pero como conocimiento es muchísimo más duradero. Quiero expresarles que soy muy optimista con el curso y con ustedes, veo que hay buen material para formar muy buenos médicos. A partir de mañana se viene otra actividad y en poco tiempo nos volveremos a encontrar. Buen trabajo y a seguir adelante.” D29.

Si bien la devolución y evaluación se manifiestan en todas las participaciones, en esta subcategoría se resalta el hecho que los docentes y los tutores trabajan mucho y orientan las condiciones del trabajo académico, por ejemplo: les sugieren a los estudiantes formas de participar en el foro, que referencien adecuadamente la información que presentan y que eviten el recorte y pegue, etc. Esto es particularmente notorio en la virtualidad y forma parte de una de las características de los tutores: ayudar y guiar en el trabajo académico.

G5. Construcción del rol profesional. Profesionalismo

La formación en profesionalismo, que se define como la competencia o destreza esperada en un profesional, es una de las responsabilidades de las escuelas de medicina. Se espera que el profesional actúe de acuerdo a los valores de la profesión médica, mostrando compromiso con los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en general, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de la población (Snyder y Leffler, 2005; Beca, 2006; Horwitz Campos, 2006). Comprende las normas de comportamiento deseables en los profesionales no solo en los ambientes formales académicos, sino también en las conversaciones informales, presentación, conductas, etc. Una de las estrategias para la mejora del profesionalismo es la evaluación por pares (Bernadá, 2007).

“En esa oración planteas algo que es fundamental, y es el hecho de que el médico no es un simple técnico que aplica maniobras y cumple recomendaciones, sino que debe ser un profesional comprometido con su tarea, capaz de ser flexible y de pensar cada situación en particular, y permitiendo al paciente ser partícipe -y participar implica tomar decisiones- de su proceso de salud”. T1

“Gracias Joao por tu aporte, lo que expresas es uno de los puntos a los que queríamos llegar, nosotros somos leucos, estamos aprendiendo en el frente de batalla, pero no estamos autorizados a realizar ningún tipo de indicación (medicación, paraclínica, pases, etc.), todo lo que hagamos en

nuestra práctica diaria debe estar apoyado por una persona titulada, ya sea docente, residentes. Bueno muchachada, nos mantenemos en contacto, espero más comentarios, abrazo". T1

"Hola!

Bueno, eso que decís es muy importante... lo de ser parte de la vida de las personas, de alguna manera... La relación médico-paciente puede ser una experiencia sumamente enriquecedora para ambos si se logra ese equilibrio entre las distancias y el involucramiento, que te permitan a vos actuar como profesional y al paciente participar, tomar decisiones en la esfera de su proceso salud-enfermedad. Y sí, las historias de los pacientes también pueden contarse como relatos, que permiten otras percepciones... hay que acostumbrarse a que subjetividad no es mala palabra, jeje! Pah, yo me cuelgo con estos temas, la verdad... pero bueno, suficiente (por hoy); paso a responder tu duda: la idea es que respondan en el foro, sí. Y bueno, ¡estamos en contacto!". T1

"Ana: Recuerda que en la salud se trabaja en equipo, y realmente cada vez que pasa alguna cosa así hay más de un actor involucrado y las consecuencias y las medidas que sean tomadas, cuando son malas, nos duelen a todos. T18

"Gurises, si no la cosa no marcha y nos hacemos pelota al santo botón. No es necesario 'abandonar' a un paciente que nos pone mal; algo que puede ayudar es verlo en compañía de alguien más, por ejemplo. Y siempre, siempre hablar con alguien de lo que nos pasa". T2

"En cuanto al resto, más allá de que el médico se contradiga él mismo y que sea una falta ética (que ciertamente lo es), la Historia Clínica NO SE PUEDE CAMBIAR, ya que es un documento médico-legal". T2

"Hola! cómo estás? Cómo fundamentas tu respuesta al respecto de que los médicos de primer nivel de atención no deben tratar a estos pacientes? ¿Consideras que todo paciente debe ser derivado a un especialista? ¿Cuál sería, entonces, el rol del médico del primer nivel? ¿Qué piensa el resto de los compañeros al respecto?". T7

"Recuerden que la sexualidad de las personas influye en su calidad de vida y en el proceso de salud-enfermedad, por lo que debería ser abarcada por el médico. Es cierto que nos hacen falta herramientas para abarcar este tema pero nunca es tarde para salir a buscarlas aunque la facultad no las otorgue". T7

"Hola Carla, yendo un poco más allá del comentario que te hace Roberto sobre la derivación de pacientes, a mí me sorprende tu comentario: 'deberían ser derivados a especialistas, como en el caso de cualquier otro padecimiento físico'. ¿Crees que cualquier padecimiento físico se deriva a un especialista? ¿Basado en qué? ¿Leíste alguna vez el perfil del egresado de nuestra facultad de medicina? porque si no sabemos a dónde vamos pues difícilmente llegaremos. Debes tener bien claro para qué te estás formando, esa es la primera tarea que debes tener bien clara". D27

"Fíjense la importancia de plantear y discutir un tema como este en un Foro. La situación de Flavia es en una guardia donde le expresan que 'si la paciente se va y muere todos somos responsables incluso el leuco'⁷. Eso no es así ya que si cada cual conoce sus roles y actúa dentro de ellos no va a tener problemas. El interno es un estudiante avanzado y no está permitido que haga indicaciones ni pases sin que el médico de guardia avale su indicación y con respecto al leuco debería hacer la historia firmarla y luego hacérsela firmar por el interno. Salvo que el leuco haga indicaciones sin

⁷ Proviene de la palabra *leucocito* (glóbulos blancos) y se usa para identificar a los estudiantes de medicina que, con túnica blanca, concurrían a las guardias a realizar horas de aprendizaje extracurricular bajo la supervisión de un estudiante de fin de carrera con el título de Practicante de Medicina. Forma tradicional de aprendizaje entre pares, no curricular, en la Facultad de Medicina.

consultar no es responsable. Eso que te hicieron Flavia es una especie de ‘terrorismo’, hacer aquello de ‘si el barco se hunde se hunde el capitán y toda la tripulación’. El miedo a un juicio ha generado lamentablemente en médicos e internos un tipo especial de Medicina: ‘la Medicina defensiva’ en la cual por cubrirse se piden exámenes innecesarios, muchas veces caros o se indican medicamentos que no tienen indicación porque si hay una demanda eso actuaría como ‘escudo protector’ al médico/interno actuante. Esa actitud lamentable se ve a diario”. D29

“El hecho de que la mayoría de los médicos egresados (y digo mayoría por no decir 100%) no tengan ni idea de cómo citar una fuente, es responsabilidad de la facultad hasta ahora.. en el caso de ustedes será responsabilidad vuestra no saber cómo se cita ya que instancias como estas las pueden aprovechar para aprender a citar. Para eso estamos nosotros también. Yo tengo más trabajos y en uno de ellos corrijo literaturas médicas con citas bibliográficas y te sorprenderías de las cosas que se ven, cómo se citan (mal)”. D27

La construcción del rol profesional es personal, pero a la vez colectiva. Las normas de conducta, más allá de las escritas y definidas por las leyes o códigos, deben internalizarse desde el comienzo mismo de la formación profesional. Trabajar ejemplos de forma permanente mejora la contextualización de situaciones dilemáticas. El rol del estudiante, que también se rige por las normas del profesionalismo, y del médico del primer nivel de atención está permanentemente centrado en la discusión.

4.3. Diálogo entre las diferentes categorías

Tomando el conjunto de todas las categorías analizadas y poniendo en relación el análisis de las entrevistas y de las intervenciones, podemos delinear algunas líneas de pensamiento que nos parecen útiles para sintetizar nuestra investigación.

Tabla 4. Categorías identificadas

Entrevistas		
A. La construcción del rol docente	A1	Cercanía generacional
	A2	Docente como modelo
	A3	Comunicación entre docentes, tutores y estudiantes
	A4	Formación en el rol docente y disciplinar
	A5	Experticia
B. Contexto tecnológico		
C. El significado	C1	Antes y el después
	C2	Motivación y desafío
	C3	La importancia del trabajo con el tutor
Intervenciones de los docentes y tutores		
D. Función organizativa de la acción tutorial		
E. Construcción del vínculo y ambiente grupal	E1	Aliento y motivación
	E2	Trata de construir amistad empatía
	E3	Experiencia distribuida
	E4	Aprendiendo con los pares
	E5	El humor
	E6	Integrando opinión en la síntesis final
F. Guía tecnológica		
G. Razonamiento clínico metacognición y devolución	G1	La formulación de las preguntas
	G2	Creando contexto
	G3	Razonamiento clínico
	G4	Evaluación crítica
	G5	Construcción del rol profesional. Profesionalismo

En la categoría A vimos cómo los docentes y tutores construyeron el rol de tutor virtual desde su lugar. Estos realizaron un proceso formativo en la acción, ya que fue durante el desarrollo del curso que reflexionaron y elaboraron líneas de acción y redireccionamiento para cumplir dicho rol.

En el análisis de las intervenciones se visualiza el rol del tutor comprometido con la tarea, motivando y estimulando las participaciones, así como dirigiendo las funciones de

organización puestas en función del aprendizaje (categorías D, E, F, G). Es una acción real y no declarativa o percibida. Se puede observar que los aspectos comunicativos están orientados al trabajo grupal y que los estilos comunicativos empleados son integradores y no unidireccionales. Esto queda también demostrado en que las subcategorías identificadas comprenden el concepto de grupo. En las participaciones de los tutores se aprecia una forma comunicativa de mayor horizontalidad vinculada a la cercanía generacional, pero también relacionada con que estos ayudaban a mantener el curso en los niveles de interactividad que se estimaban necesarios para la construcción del aprendizaje en el entorno virtual.

El contexto tecnológico (categoría B) fue percibido con un grado de dificultad al inicio, sobre todo en el manejo de la herramienta y en la carga de trabajo; sin embargo, no se visualizó en las intervenciones que esta percepción provocara obstáculos. La categoría Guía tecnológica (F) permite observar el progresivo desarrollo de habilidades necesarias para lograr un contexto favorable para el aprendizaje en entornos virtuales.

Una de las fortalezas de esta experiencia se refleja en la categoría Razonamiento clínico, metacognición y devolución (G). Los tutores manifiestan que lograron instancias de aprendizaje profundo. Se pueden apreciar las estrategias para lograr patrones de entendimiento, tratando a través de la formación disciplinar sobre temas específicos de transmitir la complejidad de la tarea y la multidimensionalidad de ella. La práctica del rol tutorial permite la formación de los estudiantes en los aspectos disciplinares específicos de la profesión, pero también la formación de los tutores mismos, que consideran la complejidad del razonamiento clínico y cómo abordarlo para lograr la transposición.

Por último, la categoría El significado (C) sintetiza aspectos vivenciales del proceso de cambio que significó haber participado desde la motivación y el desafío de la innovación en lo tecnológico y cómo valoraron la figura del rol de tutor estudiantil virtual. En esta categoría es donde se aprecia una diferencia notoria en cuanto a las percepciones de los docentes sobre la importancia de la tarea de los tutores estudiantiles y las percepciones de los propios tutores, que solo refieren a la importancia que tuvo para sí mismos.

Conclusiones

Este trabajo analizó la figura del tutor virtual, que es innovadora en los procesos de enseñanza y de aprendizaje e inició su desarrollo en la Facultad de Medicina en el año 2008. La tutoría del primer curso virtual del CIMI contó con dos componentes integrados: un tutor docente y un tutor estudiantil par, muy cercano generacionalmente a los estudiantes del propio curso.

El rol de los tutores evolucionó en un proceso complejo por los múltiples componentes que implica. Se pudo observar en las acciones de los docentes y tutores estudiantiles que se desempeñaron como tales un progreso en la constitución de dicho rol durante la implementación del curso. Las acciones de estos actores se estudiaron, por un lado, en las intervenciones durante el desarrollo del curso en el Espacio Virtual de Aprendizaje (EVA) de Facultad de Medicina y, por otro, en entrevistas semiestructuradas realizadas a los docentes encargados del curso y a un grupo seleccionado de tutores estudiantiles que participaron de la experiencia.

Los resultados de la investigación permiten obtener elementos para definir la figura del tutor virtual docente y también la del tutor virtual par estudiantil. Las buenas prácticas en la modalidad de tutoría encontradas en este estudio ofrecen insumos para el desarrollo y mejora de la función de tutor virtual en la Facultad y para el diseño de nuevos cursos *on line*.

Uno de los propósitos de la investigación fue develar cómo se construyó y desarrolló la figura del tutor virtual en determinado contexto. Al respecto, el análisis de los datos permite identificar que las dos figuras construyeron su rol de tutor virtual durante la implementación del curso.

La tutoría virtual supone un cambio en la forma de ejercer la docencia y promover los aprendizajes en los alumnos. La innovación en estas cuestiones es valorada positivamente en las expresiones de los involucrados.

Como preguntas guía para la investigación nos planteamos:

¿Qué estrategias docentes emplean los tutores docentes y los tutores estudiantiles?

¿Cómo es la relación de estos con los contenidos? ¿Existen diferencias?



¿Cómo son los estilos comunicativos? ¿Qué estrategias utilizan estos actores para establecer el vínculo con los estudiantes? ¿Cómo se produce la interacción?

¿Qué influencia tiene la tecnología en todo este proceso?

Las dimensiones analizadas permiten ordenar las conclusiones en los siguientes ejes:

1. La construcción del rol

1.1. Los docentes y tutores construyeron el rol de tutor virtual desde su lugar como docente y desde su lugar como estudiante. Los participantes realizaron un proceso formativo en la acción durante el desarrollo del curso, reflexionaron y elaboraron líneas de acción y redireccionamiento para cumplir dicho rol. La noción de tutoría estaba presente en experiencias previas presenciales; pero no en la virtualidad, que implicó una novedad y propuso un desafío para los que llevaron adelante la tarea.

1.2. En la práctica los tutores estudiantiles observaban el comportamiento de sus pares y de los docentes como forma de construir el rol a través del modelado, así como también reflexionaban sobre su tarea. Estas dos modalidades se complementaban en la construcción del rol. Esta forma de explicitar los procesos permite realizar una práctica reflexiva, es decir, comprender el proceso basado en la práctica. Asimismo, esta práctica genera estrategias que permiten estructurar formas de actuar en su rol profesional como médicos

1.3. El desarrollo del rol se observó en el análisis de las intervenciones. Las tareas de motivación y generación de estímulos a la participación y las de organización fueron desplegadas en función del aprendizaje. Se reconoce que el tutor habilitó las participaciones tomando en cuenta la opinión de los estudiantes e integrando los saberes de estos en las discusiones de los foros.

1.4. La experiencia obligó a los tutores virtuales a trabajar en un entorno innovador en el proceso de enseñanza y de aprendizaje, y hasta el momento poco desarrollado en la Facultad. Esto trajo la necesidad de profundizar, en la marcha del curso, las competencias necesarias que exige la práctica docente en la virtualidad, que en este caso se caracteriza por ser asincrónica y por tener como medio de comunicación la palabra escrita.

1.5. El tutor virtual intervenía, como parte de sus funciones, en la formación para el trabajo académico, por ejemplo, al indicarles a los estudiantes formas de expresión

adecuadas para el género académico o cómo realizar las citas y referencias bibliográficas, de la misma forma que se da en las tutorías presenciales. La comunicación académica escrita necesita de bases sólidas en cuanto a las fuentes, y cada aseveración de contenido debe ser referenciada.

2. Modelos pedagógicos

2.1. Se identifica la creación de un espacio compartido de diálogo entre los docentes y los tutores estudiantiles, generando una comunidad cuyo fin es la función docente, y otro nivel de interacción que se da entre los docentes y los tutores con los estudiantes. Se puede observar que los aspectos comunicativos están orientados al trabajo grupal y que los estilos comunicativos empleados son integradores y no unidireccionales, ya que se identifica el concepto de grupo como grupo de aprendizaje. Este espacio de diálogo compartido tiene como base la concepción que el grupo aprende con todos y de todos.

2.2. A través de la organización de los espacios de diálogo se visualiza el interés de todos los actores por el logro de un ámbito favorable para producir situaciones de aprendizaje.

2.3. Existe la preocupación por parte de los docentes y tutores de lograr una participación que produzca aprendizaje significativo en los estudiantes. Al mismo tiempo, se plantea la necesidad de prever una forma de evaluar si estas participaciones son auténticas, para que los resultados den cuenta realmente de que el estudiante realizó un aprendizaje adecuado.

2.4. Los espacios que se generaron habilitaban la discrepancia y el disenso en el proceso de enseñanza y de aprendizaje. Los docentes y tutores realizan una valoración muy positiva de estos ámbitos (espacios), ya que permiten rescatar la concepción de aprendizaje grupal a través de la reflexión y el análisis de las discrepancias para llegar a la adquisición de un conocimiento nuevo, así como permiten integrar de una manera igualitaria el intercambio y la elaboración de nuevas ideas.

2.5. Se identifica al tutor como un facilitador de los aprendizajes, que trata de realizar intervenciones que desde el conocimiento motiven a seguir investigando en las

propuestas planteadas.

2.6. La experiencia resultó ser un pilar significativo en el proceso de enseñanza originando aprendizajes significativos en los tutores. Todos los entrevistados consideran que estos conocimientos se fueron construyendo desde la función de tutor, pero también con la participación de los estudiantes y sus aportes. Los tutores estudiantiles reconocen que adquirieron conceptos en el campo disciplinar a través del diálogo reflexivo con los estudiantes.

2.7. De la encuesta realizada a los estudiantes se rescatan opiniones favorables en cuanto a la relevancia de los temas tratados. De igual manera, piensan que se estimuló el pensamiento reflexivo y que el tutor resultó ser un apoyo para ello. Sin embargo, no plantearon opiniones muy favorables sobre la interacción con sus compañeros, ya sea en la interactividad o en el apoyo de estos.

2.8. Si bien no se exploró la opinión de los estudiantes en este estudio, existen indicios a través de los diálogos en la plataforma y en el relato de los docentes que permiten inferir que existieron instancias de aprendizaje entre los estudiantes. Creemos que la visión de los estudiantes debe ser explorada.

3. La comunicación y lo grupal

3.1. Los docentes y tutores utilizan estrategias de empatía y motivación e intentan integrarse a un grupo conformado previamente. Este continuo rehacer de lo grupal se traduce en las participaciones, ya que se estimula y alienta a los estudiantes desde el primer momento. Sin embargo, este sistema de reconfiguración de los grupos con diferentes docentes parece significar una sobrecarga de trabajo para los docentes y tutores, y también dificultar la conformación de un grupo más estable.

3.2. Se reconoce el valor del conocimiento de y en los otros dado por la interacción entre los tutores, con un aporte horizontal en sus estilos comunicativos con los estudiantes, y los docentes, cuyas intervenciones proporcionan respaldo y supervisión.

3.3. Los tutores estudiantiles apelan permanentemente al concepto de ser par de los estudiantes. Esto habilita una forma de comunicación empática y más cercana que la de los docentes.

3.4. Los tutores en una forma de comunicación más directa y con una participación más frecuente que los docentes cumplen la función de mantener la interactividad en el foro. Generan preguntas cuando la discusión decae o integran opiniones de los estudiantes para producir debate y renovar la discusión. El diálogo didáctico mediado por tecnología promueve el aprendizaje colaborativo, pero requiere un alto grado de interactividad para que se produzca. Este tipo de diálogo generó la necesidad de desarrollar modos de comunicación para entornos virtuales. De esta forma, surgieron estrategias diferentes que las implementadas en la modalidad presencial. El manejo de las participaciones y el uso de los silencios fueron destacados como herramientas utilizadas.

4. Contexto tecnológico

4.1. El manejo de la herramienta se presentó como una dificultad según la percepción de los entrevistados, pero pudo ser superada y no fue un obstáculo para el desempeño en las intervenciones de docentes y tutores estudiantiles. El hecho de ser un agente orientador en este aspecto para los estudiantes llevó a los docentes y tutores a superar rápidamente las dificultades. Las intervenciones muestran una guía detallada sobre cómo solucionar las dificultades que presentaron los estudiantes.

4.2. Una vez finalizada la experiencia los tutores manifestaron una evaluación y actitud positiva hacia la propuesta de la innovación. Algunos ya habían sido tutores en la forma presencial y continuaron siendo tutores pares junto con los docentes en cursos posteriores. Se reconoce que el uso de las TIC en la enseñanza y en el aprendizaje depende de la capacidad de introducir cambios importantes en la cultura docente y organizativa, que habiliten estas nuevas formas de trabajo. Generar grupos que estén afines a esta modalidad de docencia a través de la difusión de estas experiencias produce un ambiente positivo para su desarrollo.

4.3. Se señala la sobrecarga de trabajo que significa conocer la herramienta y lograr que esta sea transparente a los usuarios.

4.4. El tiempo docente se extiende en estos espacios. Este es un factor que creemos de importancia en la evaluación de la propuesta. Sin embargo, resulta en un tiempo de calidad, ya que al ser un curso asincrónico obliga a una actitud de mayor reflexión en la comunicación escrita.



5. Razonamiento clínico

5.1. Los tutores trabajan la complejidad del razonamiento clínico mediante la búsqueda de patrones de entendimiento con los estudiantes, en un entorno compartido con el grupo. Se utiliza la comparación, la contrastación y la discusión de los diferentes puntos de vista para acercarse a la complejidad.

5.2. Se observa en las intervenciones un desglose paso a paso del modelo analítico de razonamiento clínico. Aparece el concepto de *congruencia cognitiva* de los tutores con los estudiantes, porque logran en este desagregado y con las palabras de los tutores una mejor comprensión de las situaciones manejadas. En este modelo la cercanía generacional de los tutores y la congruencia cognitiva les permitirían comprender a los estudiantes procesos que les son complejos y que los docentes con más experiencia no consideran como dificultosos, en cambio, los tutores los perciben como tales. La generación de preguntas para guiar el razonamiento clínico les enseña a plantearse preguntas. El papel del tutor es proveer los anclajes a través de preguntas para facilitar el proceso metacognitivo. Esto modela una forma de aproximarse a la resolución de los problemas clínicos.

5.3. El manejo del error se utiliza para generar una nueva pregunta de razonamiento sobre la situación dada. No es tratado como penalización, sino que habilita nuevas perspectivas. La estrategia es abordar la causa del error para recentrar el diálogo a través de la generación de nuevas preguntas.

5.4. Los docentes y tutores contextualizan permanentemente las situaciones clínicas planteadas, apelando a las experiencias propias como forma de análisis en situaciones reales. Se incorpora el concepto de *socialización cognitiva*, ya que se establecen marcos de referencia para el trabajo clínico en los contextos abordados, en un curso que tiene como característica ser introductorio de la clínica.

5.5. La construcción del rol profesional se plantea como objetivo de aprendizaje y se aborda desde este enfoque. También, se trabaja la construcción del rol desde la condición de estudiante de medicina. La multidimensionalidad del profesionalismo médico es presentada desde el inicio por parte de los tutores, que, a su vez, tratan de exponer la complejidad que encierra. Trabajar en base a ejemplos mejora la contextualización de las situaciones dilemáticas. El rol del estudiante también se rige

por las normas del profesionalismo y aquí el tutor estudiantil crea un ámbito horizontal de experiencia compartida.

Creemos que las preguntas que guiaron la investigación pudieron ser contestadas y que a partir del análisis se abren nuevas líneas de investigación posibles para profundizar.

A modo de corolario podemos decir que esta experiencia de Educación a Distancia en forma virtual permitió el desarrollo de la figura del tutor virtual estudiantil y el reperfilamiento de la figura del docente que debió actuar en la virtualidad. La tecnología no significó un obstáculo para el curso y podemos inferir que cada vez lo será menos, debido a que la accesibilidad a estas modalidades es cada vez mayor fuera de los ámbitos educativos y, también, desde los contextos educativos, por ejemplo, la implementación del plan Ceibal. La forma de aprendizaje de la clínica en medicina y del razonamiento clínico es una gran ventaja para el desarrollo de esta modalidad, ya que esta forma de abordar el conocimiento se basa en la construcción colectiva para resolver el problema clínico planteado. En este caso la tecnología favorece las situaciones de aprendizaje. Puede reproducir la actividad profesional de resolución de problemas clínicos en su multidimensionalidad como complemento de la práctica clínica.

Un factor fundamental de esta modalidad virtual y asincrónica fue la extensión del tiempo docente dedicado a la tarea bajo la forma de un trabajo en diferentes horarios y lugares. Creemos que este es un núcleo articulador de esta investigación que no estaba planteado al inicio del trabajo. Como ya mencionamos, este tiempo docente es de calidad porque permite la reflexión y obliga al docente a cuidar aspectos que en la presencialidad pueden ser menos considerados. La comunicación a través de la palabra escrita demanda un esfuerzo para superar la falta de la comunicación no verbal.

Un aspecto, que se remarca en la bibliografía consultada, fue el proceso de aprendizaje que realizaron los tutores estudiantiles de fenómenos inherentes a las formas de aprendizaje de los sujetos, pero también de su propio proceso de aprendizaje. Creemos que esta es una fortaleza que debe ser considerada para proseguir con la figura de la tutoría de pares y en este caso virtual. Ubicarse en el rol de un sujeto que enseña les permitió mejorar su propio aprendizaje y la comprensión de contenidos específicos de su disciplina.



Por último, a continuación presentamos algunas recomendaciones sobre la implementación de la modalidad que deberían ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones y propuestas institucionales:

- Evaluar los aprendizajes de los estudiantes con esta propuesta. Si aprenden solo con el curso virtual; si aprenden mejor en lo presencial por tener el curso virtual; si comprenden mejor con tutor estudiantil par o si no encuentran diferencias.
- Evaluar la opinión de los estudiantes sobre la interactividad y la función del rol del tutor.
- Considerar y cuantificar el trabajo docente bajo esta forma de ejercer la docencia mediada por tecnología. La forma de cuantificar este tipo de trabajo debe ser investigada, ya que no ha sido explorada en los diferentes cursos de nuestro contexto universitario.
- Considerar contar con ámbitos de formación pedagógica para docentes y tutores estudiantiles a fin de reforzar los espacios de práctica virtual como instancias de formación.

Bibliografía

Alatorre Cuevas, I. (2006). Neuromante: el futuro que llegó. *Tramas. Subjetividad y Nuevas Tecnologías*, 25, 41-70.

Alzate-Medina, M. y Peña-Borrero, L.B. (2010). La tutoría entre iguales: una modalidad para el desarrollo de la escritura en la educación superior. *Universitas Psychologica*, 9(1), 123-138.

Axt, M. (2002). A escola frente às tecnologias: pensando a concepção ético-política. *Caderno temático SMED, Múltiplos e Informática Educativa*, 35-41.

Bangeman, M. (1994). Europe and the global information society report recommendations to the European Council. Recuperado a partir de http://m.epractice.eu/files/media/media_694.pdf

Banno, B. y De Stefano, A. (2006). *¿Profesores vs. Tutores? Los saberes de la nueva intervención pedagógica*. Presentado en III Congreso On line. Observatorio para la Cybersociedad. Conocimiento Abierto, Sociedad Libre. Recuperado a partir de: <http://www.cibersociedad.net/congres2006/gts/comunicacio.php?id=1015>

Barberà, E. (s.f.). Los fundamentos teóricos de la tutoría presencial y en línea: una perspectiva socio-constructivista. *Educación en red y tutoría en línea*, 151-167. Recuperado a partir de <http://www.tutoria.unam.mx/EUT2010/memoriaEUT/doc/Losfundamentosteoricosdelatutoriaenlinea.pdf>

Beca, J. P. (2006). Carta al editor: Profesionalismo Médico. *Revista médica de Chile*, 134(11), 1480-1481.

Berge, Z.L. (1995). The Role of the Online Instructor/Facilitator. *Educational Technology*, 1(35), 22-30.

Bernadá, M. (2007). Comentario sobre "The Developing Physician – Becoming a Professional". *Revista Médica del Uruguay*, (23), 269.270.

Bell, D. (2001). *El advenimiento de la sociedad post-industrial/The Coming of the Post Industrial Society: Un intento de prognosis social*. Madrid: Alianza Editorial.

Bruner, J. (1990). *Actos de significado* (1.ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.

Bindé, J. (Dir.) (2005). Informe mundial de la UNESCO. *Hacia las sociedades del conocimiento*. Recuperado a partir de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001419/141908s.pdf>

Camilloni, A., Davini, M., Edelstein, G., Litwin, E., Souto, M., y Barco, S. (1996). *Corrientes didácticas contemporáneas* (2.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

Cabero Almenara, J. y Llorente Cejudo, M.C. (2007). La interacción en el aprendizaje en red: uso de herramientas, elementos de análisis y posibilidades educativas. *Ried*, 10(2), 97-123.

Carbajal, L. (2008). *Carreras Universitarias El caso Medicina* (1.ª ed.). Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza, UdelaR.

Careaga, A., Gómez, A., Musetti, G. y Scoccoza, M. (2006). La acción tutorial. Facultad de Medicina. Recuperado a partir de http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/La_Accion_tutorial.pdf

Cassany, D. (2008). *Las competencias lingüísticas básicas*. Ponencia presentada en V Congreso Regional de Educación de Cantabria, Santander. Recuperado a partir de <http://www.youtube.com/watch?v=SRBQcMfKB6A>.

Castells, M. (2001). Internet y la sociedad red. Lliçó inaugural del programa de doctorat sobre la societat de la informació i el coneixement (Universitat Oberta de Catalunya).. Recuperado a partir de <http://www.uoc.edu/web/cat/articulos/castells/print.html>

Castells, M. (1996). La era de la información. Tomo I, Economía, Sociedad y Cultura. En Aquevedo, E. (Ed.) *Ciencias Sociales hoy. Weblog*. Recuperado a partir de <http://aquevedo.wordpress.com/manuel-castells-la-era-de-la-informacion-tomo-i-economia-sociedad-y-cultura/>

Charlin, B., Bordage, G. y Van Der Vleuten, C. (2003). L' évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 4(1), 42-52.

Chomsky, N. (2012). *El Objetivo de la Educación*. Recuperado a partir de <http://redcued.ning.com/video/chomsky-el-objetivo-de-la-educaci-n>

Contera, C., Chouhy, G., Fernandez, E. y Fraga, L. (2006). *La incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en la Educación Superior*. (1.^a ed.). Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza, UdelaR.

Dandavino, M., Snell, L. y Wiseman, J. (2007). Why medical students should learn how to teach. *Medical Teacher*, 29(6), 558-565.

Díaz Barriga, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista electrónica de investigación educativa*, 5(2). Recuperado a partir de <http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-arceo.html>

Downes, S. (2012, noviembre). *Experiencia, práctica, comunidad*. Presentado en I Encuentro virtual sobre TIC y enseñanza en el nivel superior, UBATIC+. Recuperado a partir de <http://encuentroubatic.rec.uba.ar/index.php/component/k2/item/241-stephen-downes>

Drucker, P. (1996). *Drucker: Su visión sobre: La administración. La organización basada en la información. La economía. La sociedad*. (1.^a ed.). Bogotá: Norma.

Edwards, D. y Mercer, N. (1999). *Conocimiento compartido. El desarrollo de la comprensión en el aula*. (2.^a ed.). Madrid: Paidós.

Estudillo García, J. (2001). Surgimiento de la sociedad de la información. *Biblioteca Universitaria, UNAM*, 4(2), 77-86. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28540203>

Eva, K. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education*, 39(1), 98-106.

Fainholc, B. (2007). *Programas, profesores y estudiantes virtuales* (1.^a ed.). Buenos Aires: Santillana SA.

Fainholc, B. (2005). Educación y Tics empleados en las prácticas socioculturales de comienzo de siglo. *Trilogía. Ciencia, Tecnología, Sociedad*, 20(30), 15-22.

Fletcher, R., Fletcher, S. y Wagner, E. (1988). *Clinical Epidemiology: The Essentials* (1.^a ed.). Baltimore: Williams & Wilkins. Recuperado a partir de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia/25.pdf>

Freire, P. (1997). *Cartas a quien pretende enseñar* (3.^a ed.). México: Siglo XXI.

Freire, P. y Fagundez, A. (1985). *Por uma pedagogia da pergunta* (3.^a ed., Vol. 15). Rio de Janeiro: Paz e terra.

García Aretio, L. (2008). Diálogo didáctico mediado. Artículos de la Cátedra Unesco. Editorial del BENED. Recuperado a partir de <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=bibliuned:20467>

_____ (1999). Historia de la Educación a Distancia. *Ried*, 2(1), 11-40. Recuperado a partir de <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=bibliuned:20705>

_____ (1994). *Educación a distancia hoy*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado a partir de http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=bibliuned:UNESCO-libros-educacion_a_distancia_hoy

García Guadilla, C. (1996). *Conocimiento educación superior y sociedad en América Latina*. Caracas: CENDES.

Gatti, E. (1999 octubre). Modelos pedagógicos en la educación superior. En Congreso de Pedagogía Cuba. Encuentro por la unidad de los educadores latinoamericanos, La Habana, Cuba.

General Medical Council UK. (2009). Medical students: professional values and fitness to practise. Recuperado a partir de http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/professional_behaviour.asp

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative Reserch*. NY: Aldine Publishing Company.

Graña, F. (2008). *La perspectiva comprensiva. Una aproximación a los fundamentos teóricos y al empleo de las técnicas cualitativas en investigación social*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.

Gros Salvat, B. (2000). *El ordenador invisible Hacia la apropiación del ordenador en la enseñanza* (1.ª ed.). Barcelona: Gedisa.

Gros Salvat, B. y Silva, J. (2006). El problema del análisis de las discusiones asincrónicas en el aprendizaje colaborativo mediado. *RED*, (16), 13-16.

Horwitz Campos, N. (2006). El sentido social del profesionalismo médico. *Revista médica de Chile*, 134(4), 520-524.

Huberman, A.M. (1976). *Como se realizam as mudanças em educação: subsídios para o estudo do problema da inovação* (1.ª ed.). São Paulo: Cultrix.

Ivic, I. (1994). Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934). *Perspectiva: Revista trimestral de educación comparada*, XXIV (3-4), 773-799.

Jarauta, B. y Moya, J. (2009). La formación pedagógica inicial del profesorado universitario: repercusión en las concepciones y prácticas docentes. *Revista internacional de investigación en educación*, 2, 357-370.

Kaplún, G. (2005). *Aprender y enseñar en tiempos de Internet: formación profesional a distancia y nuevas tecnologías*. (C.). Montevideo: OIT/cintefor.

Kaplún, M. (2001). *A la educación por la comunicación* (1.ª ed.). Santiago de Chile: Unesco.

_____ (1998). *Una pedagogía de la comunicación* (1.ª ed.). Madrid: Ediciones de la Torre.

Knowles, M.S. (1996). The Adult Learning. En Craig, R.L. (ed.) *The ASTD Training and Development Handbook: A guide to Human Resources Development*. New York: McGraw-Hill.

_____ (1980). Malcom knowles on... 'lifelong learning--buzz word or new way of thinking about education'. *Training & Development Journal*, 34(7), 40-3.

Leite, D., Martín Rodríguez, E. y Gatti E. (2010). *Evaluación externa del proyecto: "Generalización del uso educativo de las Tecnologías de la información y la Comunicación en la Universidad de la República (TICUR)"*. Montevideo: Udelar.

Levy, P. (2004). *Inteligencia colectiva: por una antropología del ciber espacio*. Washington: OPS. Recuperado a partir de <http://inteligenciacolectiva.bvsalud.org/public/documents/pdf/es/inteligenciaColectiva.pdf>

_____ (1995). *¿Qué es lo virtual?* (1.ª ed.). Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.

Lion, C. (2012, noviembre). *Aprender con tecnologías. Escenarios e interrogantes para la educación superior*. En I Encuentro virtual sobre TIC y enseñanza en el nivel superior, UBATIC+, Buenos Aires. Recuperado a partir de <http://encuentroubatic.rec.uba.ar/index.php/con-expertos-2>

Litwin, E. (2008). *El oficio de enseñar. Condiciones y contextos* (1.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

_____ (2006, diciembre). *Currículo universitario. Debates y perspectivas*. Conferencia dictada para la Asesoría pedagógica–Facultad de Farmacia y bioquímica, Universidad de Buenos Aires. Recuperado a partir de <http://asesoriapedagogica.ffyb.uba.ar/?q=curr-culo-universitario-debates-y-perspectivas>

López Segre, F. (2006). América Latina y el Caribe: principales tendencias en la educación superior. *Avaliação*, 11(3), 267-291.

Lucarelli, E. (2006). Selección de informes de investigación. Teoría y Práctica como innovación en docencia, investigación y actualización pedagógica. *Cuadernos de investigación N°10*, 5-36.

_____ (2005). Innovación en el aula: el eje de la articulación teoría práctica en la universidad. *Didáctica en el nivel superior*. Ficha de cátedra. Bs.As. OPFYL.

Malbran, M.C. (2004). La tutoría a nivel universitario. *Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales*, 1(1), 5-11.

Mas Tous, C. y Medinas Amorós, M. (2007). Motivaciones para el estudio en universitarios. *Anales de psicología*, 23(1), 17-24.

Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1984). *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. California: Sage Publications.

Mosca, A. y Santiviago C. (2012). *Tutorías entre pares* (2.^a ed.). Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza, UdelaR.

Morin, E. (2000). Réforme de la pensée, pensée de la réforme. Entretiens avec Edgar Morin sur l' éducation. *Pratiques de Analyses de Formation*, 39, 37-55.

Muukkonen, H., Lakkala, M. y Hakkarainen, K. (2005). Technology-Mediation and Tutoring: How Do They Shape Progressive Inquiry Discourse? *The Journal of the learning sciences*, 14(4), 527-565.

Nora, S. y Minc, A. (1981). *La Informatización de la Sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Nolla, M. (2006). El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educación Médica*, 9(1), 11-16.

Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education*, 39, 418-427.

Onrubia, J. (2005). Aprender y enseñar en entornos virtuales : actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento. *RED*, 4 (monogr2).

Padula Perkins, J. (2005). Reflexiones en torno de la construcción de una ética para la educación a distancia. *Etic@anet*, 11(4), 37-52. Recuperado a partir de <http://www.ugr.es/~sevimeco/revistaeticanet/Numero4/Articulos/Formateados/Reflexiones.pdf>

Pampliega, A. (1984). *Matrices de aprendizaje*. Documento de cátedra Escuela de Psicología Social. Montevideo.

Patel, V., Arocha, J., Chaudhari, S., Karlin, D. y Briedis, D. (2005). Knowledge integration and reasoning as a function of instruction in a hybrid medical curriculum. *Critical Issues in Dental Education*, 11(69), 1186-1210.

Perkins, D. (1997). *La escuela inteligente. Del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente*. Barcelona : Gedisa.

Perrenoud, P. (2005, setiembre). Développer des compétences, mission centrale ou marginale de l'université? Presentado en Congrès de l'Association Internationale de Pédagogie Universitaire (AIPU), Université de Genève.

Prensky, M. (2001). On the horizon MCB university press 9,(6). Recuperado a partir de <http://aprenderapensar.net/2009/05/18/nativos-digitales-vs-inmigrantes-digitales/>

Real Academia Española (2001) *Diccionario de la lengua española* (vigésima segunda edición), Madrid. Recuperado a partir de <http://lema.rae.es/drae/>

Richardson, J., Montemuro, M. y Cripps, D. (1997). Educating students for interprofessional teamwork in the clinical placement setting. *Educational Gerontology*, 23, 669-93.

Ross, M.T. y Cameron, H.S. (2007). Peer assisted learning: a planning and implementation framework: AMEE Guide no. 30. *Medical Teacher*, 29(6), 527-545.

Salomon, G. (2012, noviembre). *¿Por qué la transferencia es tan infrecuente?* Ponencia presentada en I Encuentro virtual sobre TIC y enseñanza en el nivel superior, UBATIC+, Buenos Aires. Recuperado a partir de <http://encuentroubatic.rec.uba.ar/index.php/vista-previa-conferencias/item/222-gavriel-salomon>

Sancho, J. (2002). El sentido y la práctica de las tutorías de asignaturas en la enseñanza universitaria. En *Actas de Jornadas sobre tutorías y orientación* (pp. 17-36). Universidad de Granada: MCoriat. Recuperado de http://campus.usal.es/~ofeees/NUEVAS_METODOLOGIAS/TUTORIAS/tutor001.pdf

Santamaría, F. (2012, marzo). Entornos personales de aprendizaje: una perspectiva. Presentado en Ibertic 2021 Metas. Recuperado a partir de <http://fernandosantamaria.com/blog/2012/03/entornos-personales-de-aprendizaje-una-perspectiva-ibertic/>

Scardamalia, M. y Bereteir, C. (2002). Knowledge building. En *Encyclopedia of education* (2° ed.). NY: MacMillan. Recuperado a partir de <http://iikit.org/fultect/inpressKB.pdf>

Schleyer, G.K., Langdon, G.S. y James, S. (2005). Peer tutoring in conceptual design. *European Journal of Engineering Education*, 30(2), 245-254.

Snyder, L. y Leffler, C. (Eds.) (2005). Manual de Ética (5.ª ed.) por el Comité de Ética y Derechos Humanos. American College of Physicians. En *Annals of Internal medicine*, 142, 560-584. Recuperado a partir de http://www.acponline.org/running_practice/ethics/manual/ethicsman_sp.pdf

Souto, M. (1993). *Hacia una didáctica de lo grupal* (1.ª ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila.

Stolkiner A. (1999). La interdisciplina entre la epistemología y las prácticas. *Campo Psi*. Recuperado a partir de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (1.ª ed.). Antioquía: Universidad de Antioquía.

Supervielle, M. (2008). Apuntes sobre las categorías del entendimiento. Documento de cátedra. Montevideo: UdelaR.

Ten Cate, O. (2009). AMEE Guide Supplements: Peer-assisted learning: A planning and implementation framework. Guide Supplement 30.5 - Viewpoint. *Medical Teacher*, 31, 57-58.

Ten Cate, O. y During, S. (2007a). Dimensions and Psychology of peer teaching in medical education. *Medical Teacher*, 29, 546-542.

_____ (2007b). Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Medical Teacher*, 29(6), 591-599.

Topping, K.S. (2005). Trends in peer learning. *Educational Psychology*, 25(6), 631-638.

_____ (1996). The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: a typology and review of the literature. *Higher Education*, 32(3), 321-345.

Tutores de TICUR (2009, noviembre). *Revisitando la experiencia, aprendizajes, sabores y transformaciones*. Ponencia presentada en III Foro de Innovaciones Educativas y I Foro de Experiencias Educativas Semipresenciales, Montevideo.

Valles, M.S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis S.A.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa* (1.ª ed.). Barcelona: Gedisa.

Vigotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas* (1.ª ed.). Buenos Aires: Fausto.

Woods, P. (1997). *Experiencias críticas en la enseñanza y el aprendizaje* (1.ª ed.). Barcelona: Paidós.

Zangara, A. (2009). Conceptos básicos de educación a distancia o... «las cosas por su nombre». Recuperado a partir de <http://es.scribd.com/doc/15679132/Conceptos-basicos-de-educacion-a-distancia-o-las-cosas-por-su-nombre-A-Zangara>

Anexos

ANEXO A. Plan de Estudios 1968

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA***FACULTAD DE MEDICINA***

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA FACULTAD DE MEDICINA
MONTEVIDEO - URUGUAY

PLAN DE ESTUDIOS***1968******SECCIÓN BEDELÍA*****Maestría en Enseñanza Universitaria**

Comisión Sectorial de Enseñanza
Área Social y Artística
Consejo de Formación en Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación



Consejo de
Formación en
Educación

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN DE ESTUDIOS

CICLOS	CONTENIDOS	DURACIÓN
1)		
Básico * Ciencias Biológicas y naturales * Ciencias del Hombre	* Métodos cuantitativos	2/3 del primer año escolar
2)		
Estructuras y funciones Normales y del tercer año escolar	* Ciencias Morfológicas * Ciencias Fisiológicas	1/3 del primer año escolar 2/3 del segundo año escolar
3)		
Metodología Científica pequeños grupos de trabajo científico de investigación en una cualquiera de las materias básicas cursadas (El ciclo de Metodología Científica no funciona actualmente de manera independiente sino que lo hace incorporado al Ciclo de Estructuras y Funciones Normales (ES.FU.NO)).	Los estudiantes realizarán en	1/3 del tercer año escolar
4)		
Estructura y Funciones Alteradas	*Patología General	1/3 del cuarto año escolar
5)		
Introducción a la Medicina	En esta etapa se efectúa el encuentro del estudiante con el enfermo considerado como ser total (somático, psíquico y social)	2/3 del cuarto año escolar
6)		
Clínico Patológico * Ginecología y Pediatría	* Clínica Médico-Quirúrgica con patología Especialidades Higiene y	Quinto año escolar Sexto año escolar Séptimo año escolar

7)

Internado Obligatorio hospital calificado.	* Medicina Legal	El estudiante enteramente libre de exámenes, trabajará en un o servicio clínico debidamente
--	------------------	---

CICLO BÁSICO

En el Año Básico se desarrollarán simultáneamente tres líneas temáticas:

- * Métodos cuantitativos (Matemática y Bioestadística)
- * Ciencias Biológicas y Naturales (Biología general, Citología, Embriología general, Genética, Química y Física)
- * Ciencias del Hombre (Psicología y Sociología)

Se enseñará, además, un idioma (inglés o alemán o ruso) cuyo nivel estará ajustado a la lectura correcta de un texto científico.

En cada una de estas líneas se establecerá una programación temática unificada, para evitar la atomización y la dispersión que origina la pérdida del sentido orgánico de la enseñanza que se desea impartir.

Se buscará el apoyo recíproco entre las tres líneas, aplicando inmediatamente, por ejemplo, en cursos de ciencias biológicas y naturales y en los de sociología las nociones de metodología cuantitativa enseñadas en el curso respectivo y, recíprocamente, motivando la enseñanza de esta metodología en base a los problemas cuantitativos (20 horas): Ciencias del Hombre (100 horas): idioma científico (50 horas).

Los estudiantes que así lo deseen tendrán la posibilidad de ampliar el volumen horario de esta etapa mediante la adición de 200 horas suplementarias de estudios opcionales orientados por los docentes.

CICLO ESTRUCTURAS Y FUNCIONES NORMALES

En este ciclo de Estructuras y Funciones Normales se impartirá una enseñanza cuyo contenido corresponde a los actuales primer y segundo año, con el agregado de la parte general de Farmacodinamia. Sin embargo, se propendará a la integración de las asignaturas que allí se enseñan, tal cual recomendara la Asamblea del Claustro en su período intensivo de sesiones de Febrero- Marzo de 1964.

En una primera etapa se efectuará una mayor coordinación e integración de las Ciencias Morfológicas (Anatomía, Histología y Embriología) entre sí y de las Ciencias Fisiológicas (Fisiología, Bioquímica, Biofísica y Farmacodinamia).

También se propenderá a la progresiva integración de la enseñanza de los aspectos estructurales y funcionales de un mismo sistema, entendiéndose que el estudio del Sistema Nervioso en sus diversos aspectos (neuroanatomía, neurofisiología, biofísica, bioquímica y neurofarmacología) es aquel en el que más naturalmente surgen las posibilidades de integración multidisciplinarias.

Atendiendo a la importancia formativa que el conocimiento del método científico involucra, deberá ponerse especial énfasis en los aspectos metodológicos ligados a cada una de las materias científicas que se estudian a lo largo de todo el ciclo.

Este ciclo abarcará el último tercio del primer año, todo el segundo año y los dos primeros tercios del tercer año, correspondiente una duración total de 1400 horas.

CICLO METODOLOGÍA CIENTÍFICA

Al final de los estudios preclínicos tendrá lugar una etapa curricular destinada exclusivamente a la Metodología Científica.

Su objetivo es que el estudiante de medicina se familiarice con el método científico aplicándolo con la realización de un pequeño trabajo de investigación cuyo contenido podrá pertenecer a cualquiera de las disciplinas estudiadas en la etapa preclínica y que será realizado en el Departamento elegido a tales efectos.

El trabajo no tendrá mayor pretensión de originalidad sino que será una labor de iniciación que servirá para conocer el método científico en la forma más directa y natural posible: usándolo.

Será realizado por los estudiantes distribuidos en grupos pequeños y orientados por un docente-investigador del Departamento en que se efectuará el trabajo.

Esta etapa abarcará alrededor de 200 horas y se ubicará, indistintamente, al final del tercer año (último tercio) o al comienzo del cuarto año (primer tercio). El objeto de esta alternativa es reducir a la mitad el número de estudiantes que simultáneamente realizarán esta etapa, aumentando la capacidad de los diversos Departamentos y Laboratorios para absorberlos y así prestarles la debida atención.

CICLO ESTRUCTURAS Y FUNCIONES ALTERADAS.

A la enseñanza del ciclo sobre las estructuras y funciones normales seguirá la enseñanza de las Estructuras y Funciones Alteradas (Patología General), la cual se hará según una programación temática unificada que será estructurada por las Cátedras de Fisiopatología, Anatomía Patológica, Bacteriología, Parasitología, Higiene y Farmacodinamia, quienes enseñarán allí exclusivamente los aspectos generales de su temática, quedando las respectivas partes especiales para ser enseñadas en el Hospital, en la Introducción a la Medicina Integral y/o en el Ciclo Clínico Patológico.

Este curso integrado de Patología General se desarrollará en 250 horas y se ubicará indistintamente en el último tercio del tercer año o en el primer tercio del cuarto año, de manera tal que será realizado simultáneamente sólo por la mitad de los estudiantes del curso. Así se procederá a los efectos de aumentar (duplicar) el potencial docente de las cátedras respectivas.

CICLO INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA INTEGRAL (DE OBJETIVO ANTROPOLÓGICO)

En la Introducción a la Medicina Integral se efectúa el encuentro del estudiante con el enfermo. Para esta etapa curricular se reafirma la orientación antropológica que fuera establecida por varias Asambleas del Claustro.

Será preocupación fundamental crear experiencias que propendan al desarrollo de la responsabilidad médica.

La Semiología que actualmente se enseña se complementará con la consideración de los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el enfermo, efectuando una comprensión plena e integral de su situación.

La enseñanza de la Semiología se realizará en forma coordinada con la Fisiopatología y la Anatomía Patológica de los sistemas.

Por consiguiente; el equipo docente deberá estar integrado -junto a los clínicos- por psiquiatras, higienistas, fisiopatólogos, anatomopatólogos, psicólogo y asistente social. El volumen horario de esta etapa será de 700 horas, abarcando aproximadamente las dos terceras partes del cuarto año escolar.

El estudiante permanecerá en el hospital 6 horas diarias.

CICLO CLÍNICO - PATOLÓGICO

En el ciclo clínico-patológico se dotará al estudiante de una formación médica integral en los aspectos científicos, técnicos y éticos de la Medicina.

Se preocupará que ello acontezca en base a su participación activa en el trabajo asistencial, a su intervención en seminarios y a un complemento temático debidamente seleccionado y jerarquizado.

La actividad docente estará centrada en unidades hospitalarias a las cuales convergerán los aportes especiales de todas las demás disciplinas.

Las clínicas generales deberán ser clínicas de medicina integral y tendrán carácter médico-quirúrgico.

La enseñanza de la patología que incluye Anatomía Patológica y Microbiología especiales se efectuará en el hospital, debiendo estar los docentes de Patología integrados a la unidad hospitalaria. Ello facilitará la correlación de la docencia clínico patológica sin detrimento de ninguna de sus partes.

En este ciclo se incluye la enseñanza de las especialidades cuyas relaciones recíprocas con la clínica general deberán ser fortalecidas e incrementadas.

También se efectuará el estudio de la Higiene y de la Medicina Preventiva y Social en estricta correlación con la problemática clínica al igual que la docencia de la Terapéutica Clínica y de las técnicas diagnósticas y/o terapéuticas complementarias (Radiología, Laboratorio Clínico, Física Médica, etc.)

En el último año del ciclo (séptimo año escolar) se impartirá la enseñanza en unidades docentes hospitalarias ginecológicas y pediátricas, respetando el mismo principio de convergencia hacia la clínica de la parte especial de todas las disciplinas relacionadas.

El ciclo clínico-patológico durará tres años escolares cada uno de los cuales tendrá un volumen horario de 1000 horas.

El estudiante permanecerá en la unidad hospitalaria 6 horas diarias.

Se efectuará evaluación continua e integral. No subsistirán los cuatro grandes exámenes de Patología. Persistirá el examen final de Clínica.

INTERNADO OBLIGATORIO.

El Internado será obligatorio y estará ubicado al final del curriculum (terminal). Lo realizará el estudiante cuando está enteramente libre de exámenes.

Se efectuará en Hospitales y Servicios Clínicos debidamente calificados desde el punto de vista asistencial, de modo que la estadía de un interno en cualquier clínica está plenamente garantizada en cuanto a posibilidades de trabajo y aprovechamiento. Durante su transcurso se realizará la enseñanza de la Medicina Legal. Los cargos de Practicantes Internos seguirán siendo rentados y el volumen anual será del orden de las 2000 horas.

EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Se transcriben a continuación los artículos pertinentes del "Reglamento del Cursos y Exámenes y aprobación de ciclos de la carrera de Medicina", aprobado por el Consejo de Facultad con fecha 28/11/90.

1. Del ingreso a la Carrera de Medicina

Para ingresar a la carrera de Medicina es necesario tener aprobado en forma completa el bachillerato diversificado -orientación biológica- opción Medicina, o su equivalente, en caso de reválidas.

2. De la duración del año lectivo

La duración del año lectivo será del orden de cuarenta semanas, con un mínimo de 36 semanas a partir de la apertura. En los casos en que los estudiantes tengan responsabilidad de trabajo en la comunidad deberán disponer su período de vacaciones mediante un régimen de modo tal de poder mantener colectivamente dicha responsabilidad.

El Internado Obligatorio durará un año.

3. De los ciclos

Los ciclos podrán constar de un único curso o de unidades aprobadas independientemente.

4. De la Asistencia a los cursos y las Actividades Obligatorias.

4.1 En cada ciclo se determinará -previamente a su inicio- cuáles son las actividades escolares que tendrán carácter obligatorio.

4.2 En aquellas actividades escolares en las que corresponda controlar asistencia, la misma se efectuará según normas y procedimientos que fije la coordinación del ciclo.

4.3 El número de incumplimiento no podrá exceder el 10% de las obligaciones, será factible su compensación a los efectos de ganar el curso.

4.4 En todos los casos el control de las actividades escolares será responsabilidad de los docentes.

5. De los Cursos Ganados

Para ganar un curso es condición necesaria el cumplimiento satisfactorio de todas las obligaciones escolares inherentes al mismo según lo establecido en el art. 6°.

6. De la validez de un Curso Ganado

El curso habilita al estudiante a rendir examen final en cuatro oportunidades como máximo y en plazo no mayor de dos años calendarios a partir de su finalización. Al no cumplirse lo establecido en este artículo, caduca la validez del curso ganado.

7. De la aprobación de los ciclos

7.1 Para aprobar un ciclo constituido por unidades temáticas integradas será necesario haberlas aprobado.

7.2 En caso de que la Comisión Coordinadora considere necesario una secuencia determinada para cursar las unidades temáticas integradas, deberá proponerla al Consejo para su aprobación.

7.3 Para cursar las unidades temáticas integradas del segundo año de la carrera (Estructura y Funciones Normales) es necesario la aprobación previa de la primera unidad del ciclo.

7.4 Para cursar las unidades temáticas integradas del tercer año de la carrera (Estructura y Funciones Normales) es necesario la aprobación de, por lo menos, una de las unidades del año precedente

7.5 Para cursar cada año del Ciclo Clínico Patológico es necesario haber aprobado íntegramente los precedentes años.

8. Del pasaje de ciclo

Para pasar de un ciclo al siguiente es necesario haberlo aprobado en su totalidad. Hace excepción a esta regla el pasaje del Ciclo de Estructuras y Funciones Alteradas al Ciclo de Introducción a la Medicina Integral que será reglamentado por las comisiones coordinadoras respectivas.

9. De los períodos de Examen: Disposiciones Generales.

9.1 Cuando la aprobación del examen final del curso que realiza tenga carácter habilitante para el ingreso a un curso subsiguiente, todo estudiante dispondrá para rendirlo de dos oportunidades, separadas por no menos de 40 días. Sus fechas serán fijadas de tal manera que su aprobación no le signifique retraso escolar.

9.2 A los fines de poner en correspondencia los cursos con sus respectivos exámenes, la realización de un curso inhabilita para rendir a su inmediata finalización todo otro examen que no sea dicho curso.

9.3 Los exámenes del período de febrero quedan excluidos de la limitación señalada en el inciso precedente.

ANEXO B. Historias y guías del estudiante

GUÍA DEL ESTUDIANTE

CEFALEAS

OBJETIVO GENERAL.

El estudiante será capaz de interpretar los datos semiológicos más relevantes de una persona que se asiste en el primer nivel de atención cuyo motivo de consulta es cefalea.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

El estudiante al finalizar la actividad será capaz de:

- Conocer la técnica del interrogatorio de un paciente con cefalea.
- Ser capaz de plantear maniobras semiológicas orientadas al estudio de un paciente con cefalea en el primer nivel de atención.
- Reconocer las causas más frecuentes de cefalea en el primer nivel de atención.
- Valorar la oportunidad en la solicitud de estudios pertinentes e interpretarlos en un paciente con cefalea.

ACTIVIDADES.

Se plantearán 3 situaciones clínicas acerca de pacientes que consultan en servicios del primer nivel de atención por cefalea. Los estudiantes discutirán a través de un foro de discusión las preguntas formuladas por el equipo docente. Dicho foro será coordinado por tutores estudiantiles que han sido preparados para desarrollar dicha actividad.

Se espera lograr que la totalidad de los estudiantes del grupo ingresen al menos una vez en el foro y puedan resolver las preguntas disparadoras planteadas. Para ello se buscará que cada estudiante fundamente sus intervenciones especificando el material bibliográfico utilizado.

EVALUACIÓN.

Se evaluará la actividad, objetivando el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el material bibliográfico (fuente de datos donde obtienen la información) aportados por cada estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos.

CEFALEAS

VIÑETA 1

Roberto tiene 41 años y consulta en la policlínica debido a que anoche presentó un fuerte dolor de cabeza, que lo despertó en la noche y prácticamente no lo dejó dormir. Ayer al llegar a su casa, comenzó con nerviosismo, sintiéndose enojado por todo, lo que le llevó a una fuerte discusión con su esposa. Decidió ir a dormir ya que sentía “hormigueos” en las manos, brazos y piernas y mucho cansancio. No tuvo deseos de cenar, debido a que presentaba náuseas. Aproximadamente a las 3 de la mañana comenzó el dolor muy intenso, que hizo que se levantara varias veces, sufriendo dos episodios de vómitos. No toleraba la luz y el mínimo ruido le molestaba mucho. Nos cuenta que le dolía la mitad de la cabeza, del lado derecho, como si le pulsara. Tomó varios analgésicos diferentes, algunos “fuertes” y no calmó hasta la mañana, pero aun persiste con una discreta molestia. El consulta ahora ya que quedó muy cansado y dice que es la tercera vez que le pasa este mes y que ya está harto de estos episodios que sufre desde los 14 años, una a dos veces al mes. Los reconoce muy bien y nos comenta que su madre padecía los mismos ataques.

VIÑETA 2

Emilia tiene 52 años, es empleada doméstica y consulta en el centro de salud por dolor de cabeza que presenta desde hace dos días, con dolor que no impide las tareas habituales que refiere han sido más intensas en los últimos días. Refiere que llega muy cansada en la noche a su casa y tiene que preparar la comida a su familia compuesta de su marido y dos hijos adolescentes. Nos dice que el dolor es como una plancha en toda la cabeza, pero mayor en la nuca. Ha podido dormir en forma normal y ayer calmó su dolor con un analgésico común que le dieron en el trabajo. Refiere que es habitual que tenga este tipo de dolores y que siempre los tolera y ahora consulta porque se lo recomendó su patrona y le dio el día libre. Persiste con dolor hasta el momento de la consulta y no ha tenido náuseas ni vómitos.

VIÑETA 3

Fernando tiene 15 años y lo trae su madre Gladys, porque el presenta dolor de cabeza muy intenso desde ayer en la noche. Pidió que lo atendieran sin número porque ella está muy preocupada. Dice que ayer en la clase de educación física se golpeó la cabeza jugando al fútbol. En la mañana de hoy vomitó abundantes líquidos sin hacer el esfuerzo habitual del vómito. Cuando lo vamos a ver está muy "quejoso" y se tapa los ojos para no ver la luz. Nos pide que hablemos más bajo y no tolera el ruido de la sala de espera. Se acuesta enseguida en la camilla y se queja por el fuerte dolor de cabeza.

PREGUNTAS

1. COMPLETE EL ATILIEF PARA CADA UNA DE LAS SITUACIONES CLINICAS PLANTEADAS.
2. ¿QUÉ MANIOBRAS SEMIOLOGICAS DEBE REALIZAR ORIENTADAS EL MOTIVO DE CONSULTA DE CADA HISTORIA?

GUÍA DEL ESTUDIANTE

CONSUMO INADECUADO DE SUSTANCIAS

OBJETIVO GENERAL.

Se espera que el estudiante adquiera conocimientos semiológicos para enfrentarse a un individuo sano evaluando si existe un consumo problemático de sustancias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

El estudiante al finalizar la actividad será capaz de:

- Reconocer los principales tipos de consumo.
- Identificar los grupos de sustancias más utilizados en la población general
- Evaluar el relacionamiento del paciente con las sustancias de acuerdo a los modelos teóricos existentes.

ACTIVIDADES.

Se planteará 1 situación clínica referida al control de un paciente que acude por control a un servicio del primer nivel de atención. Los estudiantes discutirán a través de un foro las preguntas formuladas por el equipo docente. Dicho foro será coordinado por tutores estudiantiles que serán preparados para desarrollar dicha actividad.

Se espera lograr que la totalidad de los estudiantes del grupo ingresen al menos una vez en el foro y puedan resolver las preguntas disparadoras planteadas. Para ello se buscará que cada estudiante fundamente sus intervenciones especificando el material bibliográfico utilizado.

EVALUACIÓN.

Se evaluará la actividad, objetivando el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el material bibliográfico (fuente de datos donde obtienen la información) aportados por cada estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos.

CONSUMO INADECUADO DE SUSTANCIAS

Gabriel viene a la policlínica porque le pidieron un certificado en el liceo para hacer educación física. Tiene 16 años y está en cuarto año de secundaria. Va al liceo del barrio y le va bastante bien. No repitió ningún año. Quiere hacer diseño gráfico. Le comenta a su médico que fuma desde los 14 años, 1 cajilla de cigarrillos por día. Al principio su madre no quería pero ahora ya se acostumbró y es algo que le gusta. “Total, todos fuman en casa” Tiene una barra de amigos del barrio con los que suelen juntarse los fines de semana e ir a bailar. En esas salidas beben mucha cerveza y a veces algunos tragos. Suele regresar a casa alcoholizado pero a él no le preocupa. “El domingo está hecho para la resaca” En una oportunidad él y sus amigos terminaron en la seccional de policía detenidos por pelearse con otra “barra” y dicen que “estaban todos borrachos”. Tiene una novia desde hace 5 meses que conoció en el baile pero dice que “no es nada serio” Ya iniciaron las relaciones sexuales, usa preservativo pero en alguna oportunidad se olvidó porque “estaba borracho”. Hace dos meses probó marihuana pero no le gustó. Dice que se siente muy bien y que es sano. Juega al fútbol y basketball en el liceo. Se lleva mal con su madre porque ella tiene miedo que se vincule con los del liceo que consumen “pasta base”. El examen físico de Gabriel es normal.

PREGUNTA

1. ¿Qué drogas consume el paciente? ¿Cómo las clasificaría?

GUÍA DEL ESTUDIANTE

CONTROL DE ADULTO SANO

OBJETIVO GENERAL.

Se espera que el estudiante adquiera conocimientos del abordaje del individuo sano y de la semiología de las enfermedades de mayor prevalencia en la población adulta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

El estudiante al finalizar la actividad será capaz de:

- Conocer los criterios de screening o tamizaje.
- Reconocer las patologías capaces de ser prevenidas mediante actividades de screening en la población adulta.
- Ser capaz de plantear maniobras semiológicas orientadas a la prevención de las enfermedades de mayor prevalencia en la población adulta.
- Valorar los principales estudios paraclínicos y su oportunidad utilizados en la prevención de las enfermedades de mayor prevalencia en la población adulta.

ACTIVIDADES.

Se planteará 1 situación clínica referida al control de un paciente que acude por control a un servicio del primer nivel de atención. Los estudiantes discutirán a través de un foro de discusión las preguntas formuladas por el equipo docente. Dicho foro será coordinado por tutores estudiantiles que han sido preparados para desarrollar dicha actividad.

Se espera lograr que la totalidad de los estudiantes del grupo ingresen al menos una vez en el foro y puedan resolver las preguntas disparadoras planteadas. Para ello se buscará que cada estudiante fundamente sus intervenciones especificando el material bibliográfico utilizado.

EVALUACIÓN.

Se evaluará la actividad, objetivando el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el material bibliográfico (fuente de datos donde obtienen la información) aportados por cada estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos.

CONTROL DEL ADULTO SANO

Roberto tiene 71 años. Vive en el barrio Colón con su esposa Ana de 67 años. Es jubilado y viene siempre a la policlínica a ver a su médico. Hoy consulta en la policlínica para presentarle a su doctor los exámenes que este le solicitó hace un mes. No tiene enfermedades crónicas detectadas. Dice que está bien, que sigue concurriendo al club de bochas del barrio, donde se toma 2 grasas todos los días con los amigos del "boliche". Refiere que a veces siente ganas de fumar pero se controla, ya que hace 2 años que no toca un cigarro. Le explica a su médico que le cuesta mucho seguir la dieta que el le mandó ya que no le gusta la comida sin sal y con pocas grasas y fritos. A veces se pone triste porque sus hijos ya son grandes y se fueron de la casa, pero lo alivia al pensar que los dos formaron sus familias y le "dieron" 3 nietos. Los extraña y espera que ellos lo visiten más seguido. No tiene grandes quejas, más que a veces siente el cuerpo un poco cansado. Niega tener trastornos al orina y del tránsito digestivo. Nos cuenta que su señora está un poco enferma y en cama con gripe.

PREGUNTA

1. ¿Qué maniobras semiológicas orientadas a la prevención de enfermedades realizaría en el examen físico del paciente?

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Diabetes Mellitus.

OBJETIVO.

Introducir al estudiante en el conocimiento del paciente con Diabetes.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.

El estudiante al finalizar la actividad debería ser capaz de:

- Reconocer los elementos clínicos compatibles con el diagnóstico de diabetes.

ACTIVIDADES.

Se plantearán 2 situaciones clínicas donde se deba detectar elementos clínicos de diabetes. Los estudiantes discutirán a través de un foro de discusión las preguntas formuladas por el equipo docente. Dicho foro será coordinado por tutores estudiantiles que han sido preparados para desarrollar dicha actividad.

Se espera lograr que la totalidad de los estudiantes del grupo ingresen al menos una vez en el foro y puedan resolver las preguntas disparadoras planteadas. Para ello se buscará que cada estudiante fundamente sus intervenciones especificando el material bibliográfico utilizado.

EVALUACIÓN.

Se evaluará la actividad, objetivando no solo el número sino la calidad de las intervenciones y el interrelacionamiento con los compañeros y el docente el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el material bibliográfico (fuente de datos donde obtienen la información) aportados por cada estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos.

Diabetes

Viñeta 1

Dulcinea Apidra, 24 años, mujer, soltera, sin antecedentes personales a destacar que presenta desde hace diez días un marcado adelgazamiento, acompañado de polifagia, presenta también poliuria, polidipsia y astenia. No alteraciones del tránsito digestivo. Del tránsito urinario solamente la poliuria, no presentando otros elementos. Al examen: paciente eupneica, Peso 45 kg, altura 168 cm. Panículo adiposo disminuidos. PyM: normocoloreadas. Resto examen clínico sin elementos a destacar.

Viñeta 2

Sucre Lantus. 52 años, Mujer, bancaria, consulta por flujo vaginal. Refiere que en los últimos meses ha presentado varios episodios de flujo vaginal blanquecino, acompañado de prurito, tratado en todas las ocasiones con óvulos, resolviéndose el cuadro favorablemente. Apetito conservado, no astenia, no adinamia. Relata polidipsia y poliuria desde hace algunos días. Disminución de la agudeza visual en el último mes, refiere visión borrosa. AP: hipertensa leve en tratamiento con enalapril. AF: padre diabético tipo II, fallecido de IAM a los 68 años. AGO: 3 gestas, 3 partos vaginales, los 2 últimos, fetos macrosómicos. No se controló los embarazos. Al examen se destaca. Paciente obesa, IMC=31, PyM: acantosis nigricans, resto del examen clínico sin elementos a destacar.

PREGUNTAS

- 1 ¿Que diagnóstico hace en este paciente y en que se apoya?
- 2 ¿Cuales datos pueden faltar en la historia clínica y a Ud le interesaría explorar?
- 3 ¿Le indicaría alguna paraclínica a este paciente?
- 4 ¿Cuales serían las primeras acciones a tomar con estos pacientes?

Todas las respuestas a las preguntas deben de tener las citas bibliográficas adecuadas de acuerdo a las normas de Vancouver. Al realizar la intervención en el foro se espera que no se repitan las respuestas, sino que se recoja lo que han dicho otros compañeros a los efectos de

construir un discurso colectivo que posibilite la construcción del conocimiento de forma conjunta y en permanente interacción con los otros.

GUIA DEL ESTUDIANTE

DISALIMENTACION

OBJETIVO GENERAL

Se espera que el estudiante adquiera conocimientos semiológicos que le permitan abordar un paciente que padezca una disalimentación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

El estudiante al finalizar la actividad debería ser capaz de:

- Identificar y saber interrogar una desnutrición
- Conocer al menos los principales elementos de un cuadro de desnutrición
- Saber valorar y cuantificar la desnutrición y conocer los principales riesgos debidos a la misma
- Identificar y saber interrogar los diferentes tipos de obesidad
- Realizar el cálculo del índice de masa corporal y ser capaz de clasificar a un paciente de acuerdo a su resultado

ACTIVIDADES

Se planten dos situaciones clínicas: en la 1ª se trata de un relato de un paciente portador de una desnutrición, en la cual el estudiante deberá indicar qué elementos del examen físico le importaría investigar, señalándolos y justificando su elección. Además deberá redactar la historia clínica en términos correctos usando vocabulario médico y enviársela a tutores y docente responsable para su corrección. Finalmente mediante una interrelación con su tutor respectivo, deberá explicar los signos y síntomas y una vez le solicite a su tutor los datos necesarios, deberá clasificar la desnutrición.

En la 2ª situación clínica el estudiante deberá señalar los elementos más importantes del interrogatorio, identificar los riesgos y señalarla importancia de la familia, del estilo de vida y el tipo de trabajo en esta situación. Finalmente deberá realizar el cálculo del índice de masa corporal e interpretarlo

EVALUACION.

Se evaluara la actividad, objetivando el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos. Si bien esta actividad no es eliminatoria, integra parte de la evaluación global del estudiante. La evaluación realizada por tutores y docentes del curso a distancia será elevada al docente responsable respectivo para que sea considerado en la evaluación global de cada estudiante.

SITUACION 1

Hombre 72 años MC: Flaco, problemas para tragar la comida

EA: Hace 6 meses comienza con problemas para tragar. Al principio notaba que los trozos grandes de carne o pollo le quedaban “trancados” a un nivel que lo localiza en la parte baja del pecho. Algunas veces tuvo cuadros en los que la comida se le atascaba incluso después que los pedazos de carne o pollo eran más chicos a pesar de disminuir el volumen de los bocados, donde no le pasaba nada –ni sólidos ni líquidos– situación que revertía horas más tarde a la ayuda de masajes y la ingesta de líquidos. Eso más un poco de asco a la carne y el mate, hizo que comiera menos, y así últimamente solamente come licuados, papillas y alimentos blandos.

Junto a ello se nota más flaco, no se pesó pero el cinturón debe ajustarlo tres o cuatro orificios más que hace 6 meses. Los familiares y amigos lo encuentran muy flaco. No tiene hambre, tampoco ganas de hacer las cosas y siente cierto desgano y le gustaría pasar todo el tiempo recostado en cama. Tuvo 2 o 3 veces cuadros de fiebre, transpiración y tos con gargajos grandes de color verde que mejoraron con remedios caseros que le indico una vecina: guaco con miel y vahos con eucaliptos. Va de cuerpo bien todos los días (“soy un relós, mire Ud....”) Las aguas son amarillas y no tiene problemas para hacer pichi.

A.P. Fuma mucho: una caja de cigarrillos de hoja por día. Toso siempre todas las mañanas y arranco gargajos. Es trabajador rural, trabajo que cada vez le cuesta más realizar. Vino hoy a la policlínica del barrio porque mis familiares y amigos lo tienen loco con eso de que consulte. No tiene presión, asma, ni azúcar en la sangre. No tiene problemas con la orina, ni con el chorro. Hasta hace 6 meses comía de todo y todo le caía bien.

Tarea:

1. Indicar que otras preguntas le haría al paciente
2. Cuales son los elementos del examen físico que le importaría más investigar: señalarlos y justificar porqué.
3. Redactar la historia clínica en términos correctos utilizando lenguaje médico adecuado.
4. Interprete el cuadro clínico, como explicaría los signos y síntomas?
5. Qué elementos necesitarías para elaborar una clasificación de desnutrición? Tu tutor te proporcionara esos datos; ¿cómo clasificarías la desnutrición?

SITUACION 2

A la Policlínica de Santa Catalina concurre un paciente de 58 años traído por la esposa para control. La esposa relata (ante negativa del paciente) que tiene tos con expectoración a veces verdosa y tuvo un choque por “haberse dormido” manejando. La enfermera le alcanza los controles: Temp. Axilar 36,5, Altura 1,74 Peso 124 kgs.

Tarea:

1. Qué elementos del interrogatorio son importantes?
2. Calcule el índice de masa corporal e interprételo
3. Cuáles son los riesgos que debe explicársele a la familia sobre la situación actual del paciente.
4. Qué importancia tiene la familia en esta historia clínica?
5. Qué importancia tiene el estilo de vida y el tipo de trabajo?

GUIA DEL ESTUDIANTE

HISTORIA CLINICA

OBJETIVO GENERAL

Se espera que el estudiante adquiera conocimientos acerca de: -la elaboración de una historia clínica, para lo cual resulta imprescindible aprender lenguaje médico -aprenda la importancia de la historia clínica como documento médico-legal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

El estudiante al finalizar la actividad debería ser capaz de:

- Elaborar una historia clínica
- Ser capaz de transcribir a la historia clínica con lenguaje médico, el relato de un paciente acerca de su sintomatología.
- Conocer la importancia de la historia clínica y diferentes responsabilidades derivadas de

la misma.

EVALUACION.

Se evaluará la actividad, objetivando el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el material bibliográfico (fuente de datos donde obtienen la información) aportados por cada estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos. Si bien esta actividad no es eliminatoria, integra parte de la evaluación global del estudiante. La evaluación realizada por tutores y docentes del curso a distancia será elevada al docente responsable respectivo para que sea considerado en la evaluación global de cada estudiante.

ACTIVIDADES

Se planten dos historias clínicas: historia 1 e historia 2 (o relatos de pacientes) las cuales deberán ser analizadas por el estudiante y elaborar la historia transcribiendo a partir del relato del paciente, una historia clínica utilizando el vocabulario médico. La tarea será enviada a los tutores y el docente responsable quienes le realizarán la devolución.

Además se encuentran dos situaciones clínicas (situación clínica 1 y 2) en las cuales encontrarán una viñeta clínica y una serie de preguntas que los estudiantes deberán ir respondiendo en el Foro. Los estudiantes discutirán a través de un foro de discusión las preguntas formuladas por el equipo docente. Dicho foro será coordinado por tutores estudiantiles que han sido preparados para desarrollar dicha actividad.

Se espera lograr que la totalidad de los estudiantes del grupo ingresen al menos una vez en el foro y puedan resolver las preguntas disparadoras planteadas. Para ello se busca que cada estudiante fundamente sus intervenciones especificando el material bibliográfico utilizado.

El 30 de junio llega a la policlínica un muchacho de 22 años, estudiante. Consulta porque desde ayer que viene mal de su asma. Pasó toda la noche con picazón en la nariz y estornudando casi toda la noche además de tos sin flemas que le aparece después de andar en moto. Junto con todo esto también dice que de repente le empezó a faltar el aire cuando estaba acostado mirando la tele, y que además tenía ruidos tipo chillidos que no lo dejaban dormir. Dice que desde que le empezó todo esto le dan dolores de cabeza fuertes, no sintió que el corazón le latía fuerte como otras veces, no hizo fiebre, no tuvo dolor en el pecho. Es asmático desde chico, y se ataca alguna vez en la semana y que a veces son tan fuertes los ataques que tiene que consultar en la emergencia. Nunca lo internaron ni le inyectaron nada por los ataques de su asma. Dice que se ataca más en el otoño y siempre de noche. Se da disparos de Ventolin cuando se ataca. Tuvo sarampión. No tuvo tos convulsa, no tuvo tuberculosis, nunca tuvo congestión. Fue operado del apéndice hace dos años. Su abuelo es asmático. Su madre tiene azúcar en la sangre. En el examen físico esta bien, atento y contesta todo. Temperatura axilar 37°C. Respira lenta y profundamente (12 veces por minuto) y tiene ruidos agudos que se escuchan cuando respira. No se lo ve azulado. Esta bien nutrido. BF: Garganta roja como inflamada, no tiene caries. LG: No tiene ganglios. Respiratorio: Tiene mocos. No tiene dolor en los senos frontales o maxilares cuando se los oprimo. Respira como buscando aire, usando los esternocleidomastoideos y los intercostales. Se le marcan todas las costillas cuando respira. El tórax es normal. La elasticidad esta bien pero expande menos de lo normal. Las vibraciones son menos que las normales. Se escucha mas sonoro de lo normal por todo los pulmones. A la auscultación se sienten ruidos de todos los tipos de obstrucción de los bronquios. En lo cardio-vascular no se ve la punta del corazón y tampoco se palpa. Tiene un ritmo siempre igual con una frecuencia de 100 c.p.m., sin ruidos entre los latidos. No tiene la yugular aumentada ni que aumente y se vea cuando comprimo el hígado. El resto del examen está bien, no tiene nada importante para decir.

1. Reescriba la Historia Clínica en forma adecuada usando lenguaje médico
2. ¿Qué antecedentes ambientales importan preguntar en esta historia y por qué? ENVIAR LA

RESPUESTA A TAREA DE HISTORIA CLINICA 1 ÚLTIMO PLAZO: VIERNES 20 HORAS

En el día de ayer consulta en la Policlínica de Las Piedras un hombre de 65 años. Cuenta que hace más de 6 meses anda con problemas para comer, dice que la comida se le tranca en el cuello. Antes podía comer todo lo mas bien, después empezó con problema para comer carne y cosas duras, ahora solo come sopa por el problema. Nunca se le fue en todo este tiempo y le paso un par de veces que se “atoro” y no pudo seguir comiendo más nada. Junto con esto nos dice que desde más o menos el mismo tiempo que le duele al tragar la comida, nos asegura que no es la garganta lo que le duele sino más abajo, además nos dice que cuando come la comida a veces le vuelve a la boca, pero no como si fuera vómito, no le dan arcadas. Nos dice que desde hace meses siente como un fuego que le sube por el pecho hasta la boca, y que últimamente se levanta con mucha tos en la mañana. No le gusta ir al médico por lo que va solo cuando no da mas. Anda últimamente con mucha saliva en la boca y cada dos por tres le dan ataques de hipo, la familia dice que le ha cambiado la voz y que a últimamente le da mucha tos al tratar de tomar agua o líquidos; ud lo nota con cara y cuello hinchado. No nos cuenta haber vomitado sangre o haberla expulsado con la tos. No le tiene asco a la carne ni al mate. Hace 3 meses además anda con problemas para ir de cuerpo, dice que de a ratos no puede ir al baño y tiene días que anda con diarrea. Anda asustado porque ha visto sangre cubriendo la materia. No nos cuenta haber tenido materias negras pastosas con olor fétido. Últimamente hay veces que no llega al baño porque le vienen de golpe las ganas y que cuando logra ir queda como con ganas de seguir haciendo. Los gases no se los puede aguantar hace algunas semanas. También tiene problemas para hacer pis, tiene que hacer fuerza y a veces apretarse la panza para que salga el chorro, y cuando este sale es doble y se moja los zapatos cuando termina. Ha adelgazado mucho últimamente, ha tenido que comprarse ropa nueva como de dos tallas menos. No tiene apetito y le cuesta hacer las tareas cotidianas. Siente como que tuviera una pesadez por debajo de las costillas a derecha. Fuma mucho, como un paquete de tabaco cerrado por día y le gusta tomar caña blanca todos los días. Además toma mucho mate y le gusta que este muy caliente. Nos cuenta que su padre tuvo algo parecido y que murió, la madre está internada en sala de oncología. Los demás antecedentes carecen de valor.

1. Reescriba la Historia Clínica en forma adecuada usando lenguaje medico.
2. Dentro del examen físico que parte priorizaría.
3. Que maniobra semiológica es fundamental realizar en todo paciente de sexo masculino mayor a 50 años.
4. Ud. Es el leuco ayudante en la policlínica y su grado 3 le exige que haga y firme la Historia Clínica. ¿Cómo procedería y porque? ENVIAR LA RESPUESTA A TAREA DE HISTORIA CLINICA 2 ULTIMO PLAZO: VIERNES 20 HORAS

SITUACION CLINICA 1

Joven 17 años es traído a la Policlínica de Piedras Blancas por haber sido atropellado por un vehículo, cuyo conductor concurre con él visiblemente alcoholizado. El policía que los acompaña le solicita un informe.

1. ¿Cuáles son los elementos de la historia clínica más importantes a realizar en el conductor? El conductor regresa 1 semana mas tarde a pedirle un favor: como el seguro no le paga los arreglos del coche porque en la historia dice “aliento alcohólico y marcha ebriosa” le pide borre eso de la misma. ¿Cómo debe proceder? ¿Es correcto lo que el conductor dice

referente al seguro?

SITUACION CLINICA 2

Joven de 35 años llega a la Policlínica por un dolor lumbar que usted diagnostica como cólico nefrítico. La paciente le señala que es alérgica a la Novemina (analgésico menor). Usted debe trasladarla al Hospital y omite hacer el pase. La paciente llega al Hospital con mucho dolor y como la guardia esta cenando, el

“leuco” le indica a la enfermera que sea calmada con Dioxadol sin hacerle la historia clínica.

¿Cómo debió proceder el estudiante de la Policlínica? ¿Cómo debió proceder el estudiante del Hospital?

La paciente presenta un shock anafiláctico con edema de glotis, paro respiratorio y fallece. La familia hace una demanda judicial. ¿De quién es la responsabilidad? Señalar el papel que juega la historia clínica en esta circunstancia

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Ansiedad.

OBJETIVO.

Introducir al estudiante en el conocimiento y abordaje del paciente con Ansiedad.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.

El estudiante al finalizar la actividad debería ser capaz de:

- Identificar cuando la Ansiedad es un problema de salud.
- Reconocer tipos de Ansiedad más comunes.
- Identificar indicios de otras patologías de base que sean causantes del cuadro.

ACTIVIDADES.

Se plantearán 2 situaciones clínicas donde se deba detectar elementos clínicos de ansiedad. Los estudiantes discutirán a través de un foro de discusión las preguntas formuladas por el equipo docente. Dicho foro será coordinado por tutores estudiantiles que han sido preparados para desarrollar dicha actividad.

Se espera lograr que la totalidad de los estudiantes del grupo ingresen al menos una vez en el foro y puedan resolver las preguntas disparadoras planteadas. Para ello se buscará que cada estudiante fundamente sus intervenciones especificando el material bibliográfico utilizado.

EVALUACIÓN.

Se evaluará la actividad, objetivando no solo el número sino la calidad de las intervenciones y el interrelacionamiento con los compañeros y el docente el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el material bibliográfico (fuente de datos donde obtienen la información) aportados por cada estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos.

Ansiedad

Viñeta1

C.A. 37 años, mujer, casada, antecedentes de epigastralgias leves que calman con antiácidos, sin otros elementos a destacar. Refiere que desde hace unos meses se siente muy nerviosa cuando tiene que ir a hacer tareas cotidianas que antes las hacía bien, como ir al banco a hacer tramites, o ir en ómnibus a visitar a su hermana. Los episodios los relata como aparición rápida de sudoración profusa, palpitations, ahogo, a veces sensación opresiva precordial, se acompaña de parestesias de ambos miembros superiores. No alteraciones del tránsito digestivo, no otra sintomatología. Consulto en reiteradas oportunidades en Emergencia con estos cuadros, teniendo ECG normales con una taquicardia sinusal. Siendo medicada con una pastilla bajo de la lengua que le da sueño.

Viñeta 2

J.E. 53 años, hombre, obeso, taxista, casado, sin otros antecedentes a destacar que consulta por cuadro de 2 meses de evolución aproximadamente caracterizado por una preocupación excesiva a los accidentes de tránsito que le dificultan trabajar con normalidad la mayor parte de los días. Refiere dificultad para conciliar el sueño, ya que refiere 'no dejar de pensar todo el tiempo'. Se siente fatigado, inquieto, muy irritable, con mucha tensión muscular. No presenta elementos a destacar del examen físico.

PREGUNTAS

- 1 ¿Qué diagnóstico hace de este paciente?
- 2 ¿Piensa que este trastorno le afecta la calidad de vida?
- 3 ¿Qué enfermedades pueden presentarse de esta forma y deberían ser descartadas con un interrogatorio y examen físico más detallados (y paraclínicos si corresponde)?
- 4 ¿Cuáles serían las primeras acciones a tomar con estos pacientes?

Todas las respuestas a las preguntas deben de tener las citas bibliográficas adecuadas de acuerdo a las normas de Vancouver. Al realizar la intervención en el foro se espera que no se repitan las respuestas, sino que se recoja lo que han dicho otros compañeros a los efectos de construir un discurso colectivo que posibilite la construcción del conocimiento de forma conjunta y en permanente interacción con los otros.

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Depresión.

OBJETIVO.

Introducir al estudiante en el conocimiento y abordaje del paciente con Depresión.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.

El estudiante al finalizar la actividad debería ser capaz de:

- Reconocer la importancia de la enfermedad.
- Identificar y diagnosticar la depresión por intermedio de la entrevista clínica.
- Reconocer y/o sospechar las somatizaciones.
- Identificar posibles causas de depresión secundaria.

ACTIVIDADES.

Se plantearán 3 situaciones clínicas donde se deba detectar elementos clínicos de depresión, considerar la depresión secundaria a una causa orgánica y reconocer posibles somatizaciones. Los estudiantes discutirán a través de un foro de discusión las preguntas formuladas por el equipo docente. Dicho foro será coordinado por tutores estudiantiles que han sido preparados para desarrollar dicha actividad.

Se espera lograr que la totalidad de los estudiantes del grupo ingresen al menos una vez en el foro y puedan resolver las preguntas disparadoras planteadas. Para ello se buscará que cada estudiante fundamente sus intervenciones especificando el material bibliográfico utilizado.

EVALUACIÓN.

Se evaluará la actividad, objetivando no solo el número sino la calidad de las intervenciones y el interrelacionamiento con los compañeros y el docente el número de intervenciones en la plataforma educativa a distancia por estudiante y el material bibliográfico (fuente de datos donde obtienen la información) aportados por cada estudiante y el tiempo que demanda llegar a alcanzar los objetivos específicos propuestos.

Depresión

Viñeta 1

M.B. Sexo femenino, 59 años, Maestra preescolar hasta hace 9 años, actualmente ama de

casa, no percibe ingresos económicos. Casada desde hace 39 años. Antecedentes personales de HTA (hipertensión arterial) de 9 años de evolución, en tto con enalapril y atenolol. Pirosis y RGE (reflujo gastro esofágico) en tto con antiácidos, no estudiada. No fumadora, no alcohol. AGO: menarca 13 años, Ciclos regulares 4/28. menopausia hace 4 años. No TRH, PAP 2001 s/p. Mamografía en 2001 s/p. 3 gestas, 3 partos vaginales. AF: madre fallecida a los 72 años portadora de demencia senil; padre fallecido a los 50 años de Cáncer bronco pulmonar. 2 hermanos sanos. Consulta por cefalea holocraneana de aparición insidiosa desde hace un mes. No elementos acompañantes, no vómitos, no náuseas, calma con analgésicos comunes. Relata astenia, anorexia y adinamia desde hace 2 años que se mudó la hija para España con su nieta, que la crió ella. Refiere extrañarla mucho, llora espontáneamente durante el relato. Pérdida de interés por actividades que antes le ocasionaban placer (tejía para manos del Uruguay), Dificultad para conciliar el sueño y dificultad para mantenerlo durante toda la noche. Pérdida de la libido. No tiene amigos, los dejó de verlos cuando se jubiló y no tiene los teléfonos. No realiza ninguna actividad recreativa y no tiene interés en integrarse si las hubiera. El examen físico sin elementos a destacar. Peso 60 kg, Altura 165, PA: 130/85

Viñeta 2

J.E. 35 años, mujer, casada, sin hijos, sin antecedentes personales a destacar, sin antecedentes familiares a destacar. Consulta por astenia importante. Refiere que comenzó hace unos 3 meses cansándose fácilmente, somnolencia diurna, falta de interés por hacer las cosas, teniendo que realizar un esfuerzo importante para hacer las tareas que antes disfrutaba. Refiere tener algunos calambres musculares en algunas oportunidades. Refiere episodios de cefalea en algunas oportunidades, de tipo opresivo, holocraneanas, que calman con dipirona. Aumento de peso de 10 kg aproximadamente en este periodo. No refiere aumento del apetito. Se queja de sentir un entecimiento diario en realizar las tareas, cosa que le hace notar su marido también. Dificultad para concentrarse.

Refiere que la sintomatología apareció luego que su marido perdiera el trabajo, actualmente los suegros son los que les pasan el dinero para mantenerlos. No alteraciones del tránsito digestivo ni urinario. Al examen se destaca paciente de 80kg, 168 cm altura, PA: 100/75, Eupneica, FC: 64 lpm PyM: normocoloreadas, piel seca. Resto examen clínico sin alteraciones.

Viñeta 3

F.A. 70 años, hombre, viudo desde hace 1 año, jubilado de cajero bancario, sin antecedentes a destacar. Consulta por lumbalgia. Comienza con dolor lumbar hace aproximadamente 3 días, moderada, de comienzo brusco cuando levantaba un balde con agua. Sin irradiaciones, sin fenómenos acompañantes, que calma con Orudis (ketoprofeno). Cuando se le interroga más profundamente refiere adelgazamiento desde que falleció la esposa, de unos 5 kg. Adinamia y anorexia de un año también de evolución. Niega otra sintomatología. Examen clínico sin elementos a destacar.

PREGUNTAS

- 1 ¿Que elementos de la historia le permiten plantear una depresión en este paciente?
- 2 ¿Que elementos identifica como posibles desencadenantes de una depresión secundaria (fármacos, enfermedades)?
- 3 ¿Cuáles podrían ser somatizaciones en este paciente?

Todas las respuestas a las preguntas deben de tener las citas bibliográficas adecuadas de acuerdo a las normas de Vancouver. Al realizar la intervención en el foro se espera que no se repitan las respuestas, sino que se recoja lo que han dicho otros compañeros a los efectos de construir un discurso colectivo que posibilite la construcción del conocimiento de forma conjunta y en permanente interacción con los otros.

ANEXO C. Contrato didáctico

CONTRATO DIDACTICO

Un contrato didáctico constituye un acuerdo entre las partes y pretende explicitar el escenario de aprendizaje en que nos moveremos. Esto supone un compromiso de cada parte involucrada. Por el lado del docente nos comprometemos a guiar los aprendizajes de una manera eficaz y centrada en los estudiantes. Para ello hemos seleccionado ejes temáticos basados en algunos de los problemas de salud de mayor prevalencia en el primer nivel de atención. Trataremos de promover la reflexión de los estudiantes y la participación activa en el abordaje de cada uno de los temas. Por el lado de los tutores estudiantiles se comprometen a orientar a los estudiantes en el análisis de los problemas en un entorno virtual de aprendizaje. Su función no sustituye la tarea docente sino que la complementa, teniendo un rol de facilitador, de guía, de compañía. Además ejerciendo este rol también está aprendiendo. Por el lado de los estudiantes se espera una participación activa para lograr aprendizajes significativos y duraderos en su trayectoria académica de acuerdo al perfil del médico elaborado por el Claustro. Se atenderá especialmente a los procesos de aprendizaje y al interrelacionamiento de los estudiantes en los foros, en el entendido que el aprendizaje es una construcción tanto individual como colectiva. Con respecto a la metodología la misma será abordada por la plataforma educativa elegida por nuestra Facultad (MOODLE) , mediante el soporte informático de la UDI en coordinación con el soporte pedagógico de Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y docentes del Departamento de Educación Médica. El curso tendrá una extensión de siete semanas y estará centrado en las necesidades de los estudiantes a través del abordaje de casos reales o simulados que promuevan el aprendizaje activo tanto a nivel de estudiantes como de los tutores estudiantiles. Los objetivos del curso están en concordancia con los objetivos generales del ciclo CIMI mediante un aprendizaje de tipo blended-learning o aprendizaje híbrido que a la educación presencial complementa una instancia virtual. Los docentes que estarán a cargo son: Coordinador general: Prof. Agdo. Dr. Eduardo Henderson Docentes de contenido: Prof. Agdo. Dr. Eduardo Henderson Asist. Dr. Daniel Strozzi Asist. Dr. Gustavo Musetti Docentes responsables de la acción tutorial: Prof. Agda. Alicia Gómez Prof. Adj. Lic. Adriana Careaga

La evaluación será realizada mediante:

1. participación en los foros
2. calidad de la participación
3. interrelacionamiento con pares, tutores y docentes Además forma parte de la evaluación global del estudiante tal como se encuentra explicitado en documentos que podrán consultarse en la página web del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria:

www.medfamco.fmed.edu.uy

ANEXO D. Segmentos recuperados

Segmentos recuperados Entrevistas**A. Categoría: La construcción del rol docente**

A1. Construcción del rol docente: cercanía generacional

Documento: T7**Código: Cercanía generacional**

.....fue bastante complejo que eran estudiantes de Cimi un año menor que yo, un año menos avanzados en la carrera. Yo me quedaba con dudas y miedos ¿desde qué lugar yo tutoreo a alguien que es casi como yo? ¿Cómo lo hago con un nivel igual al mío? eso me lo recuerdo bien.

Documento: T1**Código: Cercanía generacional**

Soy del interior entonces me vine por primera vez a Montevideo a vivir "mi emancipación obligada" entre comillas a enfrentarme a todo lo que es vivir solo más la facultad que desde un lugar pequeño donde nos conocemos todos a pasar a un lugar donde sos anónimo.. y siempre me pareció que estaba bueno ser una cara visible , por lo menos que estaba bueno de estar perdido juntos, que te pudiera ayudar un poco más

Documento: D29**Código: Cercanía generacional**

Probablemente la proximidad generacional no solamente no fue un obstáculo como incluso lo pensamos inicialmente, sino fue un plus: que el estudiante esté frente a un tutor poco mayor que él en edad, dio una mayor confianza, una participación si se quiere sin los respetos que implica estar referidos a un docente de mayor edad

Documento: D29**Código: Cercanía generacional**

Eso llevó como consecuencia una frescura en las intervenciones, sin perder el aspecto académico. Fue una experiencia realmente muy interesante.

Construcción del rol docente: docente como modelo

A2. Construcción del rol docente. Docente como modelo

Documento: T7**Código: docente como modelo**

Creo que los docentes ellos participaban de forma más concreta más abarcativa como mas en un rol de consenso. Ccreo que con las distintos temas hubo más variabilidad, algunos eran más entusiastas en la participación, en las preguntas, o algunas intervenciones, que otros.

Documento: T1

Código: docente como modelo

E: ¿Vos te fijabas por ej. buscabas estrategias que usaban otros tutores o recorrías los otros foros?”

Sí... de los docentes, de D 27 también y me acuerdo de D28 era seguidor de su foro , eran como los que participaban y como a veces les robé alguna estrategia, sobre todo a T2 .Tenía cierta picardía de comunicarse, una manera de comunicarse particular. Me paseaba por los foros creo que alguna vez estuve en todos los que me recreaban era en ellos. Más que nada D27 en el foro docente teníamos que publicaba como invitaciones a mirar lo que le había pasado, Tanto D27 como D28 eran como muy estimuladores de los otros tutores, por lo menos compartían cosas en el foro llevaban a curiosear, los seguía

Documento: D28

Código: docente como modelo

A veces me costaba de que no fuese la última palabra porque en realidad la idea de estos trabajos es que vos no seas el único que posea el saber

Documento: D28

Código: docente como modelo

Tenías que mirar de donde lo sacaste esto está bueno quizás en esto la herramienta te evita el tradicional "paye", no lo podés hacer, los estudiantes se dan cuenta enseguida y además queda escrito eso está bueno, como docente te cuestiona

A3. Construcción del rol docente: Comunicación entre docentes tutores y estudiantes

Documento: T1

Código: comunicación entre docentes, tutores y estudiantes

No lo analicé nunca, no noté diferencias, no me percaté si en realidad tenía un estilo propio o iba captando lo que iba haciendo D29.

Documento: T1

Código: comunicación entre docentes, tutores y estudiantes

De hecho D29 participaba más desde la observación, relativamente poco en el tema de la participación directa, de pronto hacía algún comentario, o hacía como un en suma de lo que veníamos haciendo hasta ahora para tratar de homogeneizar, y que no se dispararan tanto las cosas o el resumen semanal era una tarea que hacía él pero en sí de tratar de llevar la conversación quedaba más evidente que lo hacía yo

Documento: D27**Código: comunicación entre docentes, tutores y estudiantes**

En general no. En algunos casos la relación era más directa. Pero creo que mayormente nos trataban de la misma forma.

Documento: D29**Código: comunicación entre docentes, tutores y estudiantes**

Se comunicaban con nosotros tanto con mensajes personales dentro de la plataforma, como por correo electrónico.

Documento: D29**Código: comunicación entre docentes, tutores y estudiantes**

Una experiencia que compartimos con un tutor (e incluso lo presenté en una jornada de educación en el extranjero) fue la siguiente: el tutor lanza la consigna en la mañana. Rápidamente responde un estudiante en forma mal pero además agresiva, de que esta modalidad no le servía para nada y a quien se le ocurría semejante disparate. El tutor acertadamente no respondió esa respuesta. Espero la participación del resto del grupo. En el correr del día ingresaron otros estudiantes respondiendo correctamente sin hacer alusión a su compañero equivocado. Este volvió a ingresar a la noche y viendo las respuestas de sus compañeros, reingreso a la plataforma, se excusó de su error y además expresó: "una cosa es oír hablar de aprendizaje por constructivismo social, otra muy diferente es vivirlo. Gracias por esta lección."

Documento: D28**Código: comunicación entre docentes, tutores y estudiantes**

Si uno ve como que al final a veces se repetían las preguntas pero generalmente ellos tenían [los tutores],... su problema no era saber cuál era el concepto tal o cual del tema que estábamos tratando, sino lograr la participación.

A4. Construcción del rol docente: Formación en el rol docente y disciplinar

Documento: T7**Código: Formación en el rol docente y disciplinar**

Creo que sí que alguna vez me fijé [en los otros tutores], tuve como esos miedos y tenía eso ¿de qué estoy haciendo bien? y alguna vez lo miré en otro foro, no me acuerdo puntualmente algo en especial pero... ¿comentabas con los otros tutores?] sobre todo en las reuniones que teníamos presenciales y ahí estaba interesante el intercambio sí.

Documento: T7**Código: Formación en el rol docente y disciplinar**

Si lo que me acuerdo fue de una viñeta de salud mental que hablaba de ansiedad y depresión y esa fue la que me dejó, pienso más cosas, no sé si fue como que la viñeta más complicada, entre los tutores se hablaba que los estudiantes tuvieron problemas..... e, pero lo cierto que aprendí sobre ese tema.

Documento: T 6

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

Me pareció una experiencia buena, ágil, en la cual nos comprometíamos a saber cada tema en el cual nos correspondía participar, lo cual de por sí era beneficioso para ambas partes.

Documento: T6

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

Sí, creo que en cuanto al manejo con estudiantes, punto de vista docente, investigación de temas y búsqueda bibliográfica fue muy buena experiencia.

Documento: T1

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

Bueno cada semana teníamos un grupo diferente, entonces lo que me acuerdo que lo que aprendí es que: un mismo tema por más trillado que el esté, cuando lo ves con diferentes grupos, le encontrás diferentes maneras de mirarlo, me atraía eso de la posibilidad de los compañeros que devolvían otras cosas, otras miradas, era el ejercicio permante de un mismo tema y lo seguí durante dos años y siempre me estuvo aportando más datos de lo mismo.

Documento: T1

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

..., te sirve para ser más crítico, más crítico hasta de lo que volvés a leer, segundo por lo menos a mi me da la impresión que, para estar tutorizando tenía que mantenerme formado, entonces cuando vos lees algo como para poder transmitírselo a otra persona lo digerís de otra forma, creo que realmente es donde los conceptos te quedan. Si sos capaz de expresárselos a otras personas es porque realmente los comprendiste.

Documento: T1

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

Entonces sí, de lo académico [la formación] me ha alimentado. Después se dió el intercambio de materiales, que realmente los compañeros, o tenían más tiempo o más avezados en el uso de las herramientas informáticas o lo que sea, o usaban un artículo interesante o compartían el link o citaban, si indudablemente. Sobre todo yo que hago ahora pediatría, la parte de la semiología del estado nutricional es una de las cosas en el cotidiano nuestro está, y que gran parte de la lectura de este tema lo hice ahí. Ya sea por necesidad de estar preparado, más la curiosidad que se generaba al momento de interactuar sobre todo cuando los chiquilines te hacían preguntas que ni te habías planteado, y por ende no sabía cómo contestarlas y que

capaz que lo leía y seguía sin saber que contestar, pero otro de los chicos había ido a la lectura y a la respuesta apropiada. ¡Si aporta sí!

Documento: D27

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

Me permitió crecer mucho como docente y mejorar mis aptitudes docentes

Documento: D27

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

El mayor problema radicaba en la falta de estudio de los temas que tutoraban, lo que no solo los hacía inseguros, sino que muchas veces dejaban pasar errores conceptuales que el docente debía atender y corregir.

Documento: D29

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

Lo más difícil fue al principio, lograr transmitir la idea. Una vez que comenzó el curso, poco a poco nos fuimos conociendo y fue una experiencia muy rica

Documento: D28

Código: Formación en el rol docente y disciplinar

Lo más difícil para la participación de ese curso era hacer una participación real, no un recorte y pegue. Eso es lo que siempre discutíamos con ellos, ¿cómo hacer que se den cuenta en el foro, que uno hizo recorte y pegue y el otro no, sino lo que hizo es que estaba trabajando, había estudiado cosas, le surgieron dudas y las planteó?

A5. Construcción del rol docente: Experticia

Documento: T7

Código: experticia

Recordando un poco en ese año 2008 estaba actuando como tutora estudiantil comunitaria en el Ciclo básico en Trabajo de campo, no recuerdo si fue todo un año o nuestra participación 6 meses y cuando terminó yo estaba enganchada con la tutoría y salió el llamado para el mismo tema y como tutora en general me anoté

Documento: T1

Código: experticia

En realidad yo era tutor estudiantil de Trabajo de Campo desde antes en medicina fíar y colaboraba en algunas cosas, fue una invitación que me hizo H

Documento: D27



Código: experticia

Si, los tutores eran claramente más inseguros en las participaciones, aunque al finalizar el curso los tutores se sentían más seguros de sus intervenciones

Documento: D27

Código: experticia

De hecho seguí participando de todos los cursos virtuales y me quede con un pool de tutores estudiantiles que me ayudaron muchísimo a realizar los cursos de forma más profesional

Documento: D27

Código: experticia

Principalmente destaco la importancia de un buen tutor estudiantil para poder trabajar en conjunto como equipo. De hecho con el correr de los cursos yo mantengo contacto con esos tutores estudiantiles con los que mejor trabajé y con los que querría contar en próximos cursos on line.

Documento: D27

Código: experticia

Tan es así que el último año realice un curso con varios foros y tutores estudiantiles de mucha capacidad que nos permitió delinear un curso con pocos docentes y muchos tutores estudiantiles ya probados y muy participativos.

Documento: D29

Código: experticia

A medida que avanzaba el curso, sentía que los tutores se comprometían más y la participación mejoraba.

Documento: D29

Código: experticia

Personalmente considero que una de las principales ventajas consistió en que un estudiante sin experiencia docente previa, se adapta mas a la tarea docente asignada, rápidamente la asimila y luego la cumple a la perfección. Por lo tanto casi no se vieron los vicios docentes de “dar clase”, cumpliendo su rol de tutores a la perfección.

B. Categoría: Contexto tecnológico

Documento: T7

Código: Contexto tecnológico

Otro cosa que recuerdo era la cantidad y variedad de mails que llegaban,[diariamente] eran

realmente un montonazo de mails

Documento: T1

Código: Contexto tecnológico

A veces se te complicaba un poco con los tiempos y de pronto a las dos de la mañana estabas contestando mensajes, pero tenía eso: cuando te enganchabas y te acostabas tarde era porque alguien te había motivado con algo en el foro o sea vos habías tirado algo para ponerlos en evidencia y te alimentaba el apetito a informarme o seguir la discusión

Documento: T1

Código: contexto tecnológico

Lo que me quedó como experiencia es una herramienta, (en aquel entonces realmente desconocida) de gran utilidad y una nueva forma de aprender.

Documento: T1

Código: Contexto tecnológico

Eso me sirvió como clic, después con mis alumnos que fui teniendo y creo que les pude transmitir, eso de que era útil, porque a veces los escuchaba despotricar contra el EVA, y hay que entrar antes de tal hora a contestar la tarea, etc., Creo que es una herramienta que yo la valoro porque no la tuve..

Documento: D27

Código: Contexto tecnológico

Lo recuerdo como un curso que nos llevo mucho trabajo pero fue una experiencia muy grata.

Documento: D27

Código: Contexto tecnológico

Los docentes teníamos buen manejo informático y estábamos motivados para la realización del curso, no así los estudiantes que en su mayoría tenían un buen manejo informático, pero no estaban interesados en el curso ni entusiasmados por su modalidad on line asincrónica.

Documento: D27

Código: Contexto tecnológico

Recuerdo muchas quejas de que tenían que ir a un Cyber o tomarse un ómnibus para poder ir a los laboratorios informáticos gratuitos disponibles

Documento: D28

Código: Contexto tecnológico

Lo que siempre digo, es que llevaba mucho tiempo, genera muchísimo trabajo, más allá de los tiempos, el día que le dedicabas menos era media hora, por lo menos leer tenías que hacerlo, y ni que hablar cuando respondías cosas. Y además, el hecho de que sea escrito y no tengas a la persona en tiempo real te genera que vos tengas que fundamentar mucho más lo que vos decís.

Documento: D28

Código: Contexto tecnológico

¿Qué recuerdo del primero? [curso] El primero significó además de lo que es del uso del manejo con los grupos etc., el manejo de la herramienta yo tuve algunas dificultades en el inicio, era un curso muy dinámico, si te atrasabas un día bueno... Tenés que aprender usar la herramienta, en las primeras semanas estuvo complicado...pero estuvo bueno.

Documento: D28

Código: Contexto tecnológico

Podías ver las diferencias que había entre la primer semana y los de la última semana; para la mayoría cosas muy positivas

Documento: D29

Código: Contexto tecnológico

Además, conocer en detalle y profundidad la herramienta Moodle, incluso aprendiendo otras herramientas que pudiéramos haber incorporado y quedaron en el debe ya les como utilizar wikis, e-portafolio, otros tipos de evaluación en la plataforma, etc.

C. Categoría: El significado

C1. El significado. Fue un antes y un después

Documento: T 7

Código: Fue un antes y un después

Fue como un aprendizaje de como son los entornos virtuales saber que es una forma también de aprender, de hacerlo a distancia me introdujo en los mundos de los cursos virtuales incluso a nivel mundial que te puedes anotar para uno para hacer como estudiante, de hacer cursos de lo que sea, a pesar que nunca lo llegué a concretar, es una idea, que me abrió la mente que se puede hacer y es siempre un aprendizaje.

Documento: T1

Código: Fue un antes y un después

Bueno, cada semana teníamos un grupo diferente, entonces lo que me acuerdo es que lo que aprendí, es que un mismo tema por más trillado que él esté cuando lo ves con diferentes grupos le encontrás diferentes maneras de mirarlo. Me atraía eso de la posibilidad de los compañeros que devolvían otras cosas, otras miradas, era el ejercicio permanente de un

mismo tema y lo seguí durante dos años y siempre me estuvo aportando más datos de lo mismo.

Documento: T1

Código: Fue un antes y un después

Te abre la cabeza para otras cosas que vos haces como en tu vida profesional el poder pararte desde diferentes lados y mover un poco lo que las estructuras cuadradas que dicen que esto es así, ta

Documento: 27

Código: Fue un antes y un después

Fue un antes y un después de mi carrera docente

C2. El Significado Motivación y desafío

Documento: T 7

Código: Motivación y desafío

Me anoté y bueno y fue como un desafío como algo diferente el tema de la plataforma ¿no? que hoy decimos EVA, pero no era EVA era el Moodle. Y....Bueno trabajar desde ese ámbito fue como un desafío, porque nunca lo había hecho me resultó atractivo porque nunca lo había hecho , fue como un aprendizaje de cómo son los entornos virtuales saber que es una forma también de aprender [...], que me abrió la mente la idea de que se puede.

Documento: T7

Código: Motivación y desafío

Me pareció una propuesta sumamente atractiva por lo novedoso y porque me parece que también desde el punto de vista del estudiante nos vivimos quejando que determinadas estructuras estaban anquilosadas que no veíamos que la forma actual de aprendizaje fuera buena, pero tampoco hacíamos nada para cambiarlo, entonces siendo activo era como contribuir a ver si era bueno o malo porque si no no se ponía a funcionar la cosa no tenés como saber si era mejor o peor de lo que se tenía antes.

Documento: T1

Código: Motivación y desafío

...a veces se te complicaba un poco con los tiempos y demás y de pronto a las dos de la mañana y estabas contestando mensajes, pero tenía eso cuando te enganchabas y te acostabas tarde era porque alguien te había motivado con algo, en el foro , o sea vos habías tirado algo para ponerlos en evidencia y te alimentaba el apetito a informarme o a seguir la discusión.

Documento: D27

Código: Motivación y desafío

Recuerdo el desafío que implicó el desarrollo del curso

Documento: D 27

Código: Motivación y desafío

Los docentes teníamos buen manejo informático y estábamos motivados para la realización del curso, no así los estudiantes que en su mayoría tenían un buen manejo informático pero no estaban interesados en el curso ni entusiasmados por su modalidad on line asincrónica.

C3. El significado: importancia del tutor

Documento: D 28

Código: la importancia del trabajo con tutor

No, los tutores no estuvo bárbaro, los tutores eran un apoyo fundamental .A vos te servía para dosificar las intervenciones porque tenías tantos estudiantes.....a veces vos intervenías recién al final y ellos eran los que llevaban la discusión hasta el al final.

Documento: D 29

Código: la importancia del trabajo con tutor

Me resulta imposible imaginarme este curso sin tutores estudiantiles.

Le faltaría la esencia de un tipo de enseñanza que promueva la autonomía de aprendizaje. Difícilmente habríamos podido cumplir con los objetivos planteados. Capaz hubiera sido un curso más de consultas, de preguntas y respuestas que como se realizó.

Documento: D 27

Código: la importancia del trabajo con tutor

Una experiencia fundamental ya que nos permitió realizar cursos más complejos que los que nosotros solos podríamos realizar

Segmentos recuperados: intervenciones en la plataforma**D. Categoría: Función organizativa de la acción tutorial**

Documento: Consumo inadecuado de sustancias T7

Código: Función organizativa

¿Cómo están? Creo que de a poco se va entendiendo la finalidad de este foro, que es la discusión sobre los temas. Estaría bueno que además de agregar observaciones plantearan discrepancias, preguntas, anécdotas, en fin, todo vale. La situación clínica y las preguntas son una simple guía para introducirnos al tema, o sea que la idea es que vayan "más allá".

Documento: Diabetes T9**Código: Función organizativa**

Esperamos que puedan aprovechar este espacio para responder la tarea programada, pero fundamentalmente para generar un foro de discusión entre Uds. y nosotros!! Pueden opinar sobre las participaciones de sus compañeros, es muy productivo, tiene que razonar lo del otro para elaborar lo propio!!

Pregunten, sáquense dudas!

Documento: Cefaleas T6**Código: Función organizativa**

Hola y bienvenidos al curso de educación a distancia de apoyo en semiología. Mi nombre es D y junto a AI (tutores estudiantiles) y G docente del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria vamos a trabajar el tema cefaleas desde hoy hasta el domingo 26 de Octubre. En la página encontrarán, en el tema, la guía del estudiante donde se planifica nuestra área y 3 viñetas clínicas que serán nuestra base para discutir. Les pedimos a ustedes y sus compañeros de grupo (grupo Q) respondan las dos preguntas planteadas. Lo pueden hacer de a una o como gusten. Y en lo posible sean concretos en las respuestas.

Bueno

Nuevamente bienvenidos! y a trabajar

Documento: Cefaleas T28**Código: Función organizativa**

Un consejo; es válido compartir lo que puso un compañero y no repetir los mismos conceptos. Debemos fomentar el acuerdo y la discusión y eso nos llevará a un mejor aprendizaje. Tenemos que trabajar más en grupo por eso se trata de un foro. Hay que respondernos entre todos.

No sé es para mejorar. Un abrazo fuerte a todos

Documento: Salud mental D27**Código: Función organizativa**

Hola soy D y estaré con R y N participando en el foro de salud mental.

Reglas del foro:

- 1) no usen wikipedia
- 2) pongan donde leyeron
- 3) intenten poner más opiniones o resúmenes que corto y pego.

Documento: Cefaleas T28**Código: Función organizativa**

Me gustó mucho el intercambio y la preocupación por coordinar el ingreso de las opiniones y el manejo más ordenado del foro lo que sin duda asegura que van a lograr intercambiar mucho sus aportes en el futuro. Los felicito y espero poder volver a trabajar en los próximos foros

E. Categoría: Construcción del vínculo y ambiente grupal

E1. Construcción del vínculo y ambiente grupal Aliento y motivación

Documento: Disalimentación T1**Código: Aliento y motivación**

Primero que nada quiero destacar, que por suerte las personas que han trabajado en este foro son muy respetuosas, del trabajo de los compañeros, y de esta forma de aprender, así que los aplaudo a todos y me alegra mucho la participación de cada uno de ustedes.

Documento: Disalimentación T1**Código: Aliento y motivación**

Me alegra mucho la participación de todos en esta discusión, han surgido algunos elementos importantes, no sólo de lo que habían aportado los compañeros hasta aquí,

Documento: Diabetes material discusión T1**Código: Aliento y motivación**

Bueno, te felicito por tus aportes Josefina, bien claros y concisos. Te tomaste tu tiempo, y eso dió sus frutos... espero que llegues a leer esta devolución.

Documento: Diabetes material discusión T12**Código: Aliento y motivación**

Sylvia, ¿cómo estás? Bueno, era solo para hacerte saber que está bueno compartir con todos un esquema como éste, con los puntos principales sobre la semiología de la diabetes!! Muchas gracias!!!

Documento: Diabetes T12**Código: Aliento y motivación**

Hola! ¿Cómo están? Bueno, si bien comparto el comentario de D noto que los últimos compañeros que han participado se han tomado en serio la tarea. Los que ya habían participado todavía están a tiempo para mejorar la calidad de sus intervenciones.

Documento: Diabetes D27

Código: Aliento y motivación

Soledad, sos una fenómeno, porque además de hacer una excelente intervención generaste una discusión impresionante y fructífera. Me encanta este grupo. Cuál es la diferencia entre DM tipo II y Tipo I?

E2. Construcción del vínculo y ambiente grupal Trata de construir amistad- empatía

Documento: Disalimentación T1**Código: Trata de construir amistad-empatía**

¡Bienvenidos Compañeros!

Para mí es un gusto compartir con ustedes este ciclo. Esto es nuevo tanto para ustedes como para mí, así que mientras empezamos a funcionar habrá muchas cosas para ajustar. La idea es que esto lo construyamos juntos así que desde ya se agradecen los aportes, comentarios y críticas que se vuelquen en este espacio

Documento: Control del adulto sano T1**Código: Trata de construir amistad-empatía**

Ah, parciales, parciales. Sí... a mí también me tocó esta semana... hoy y mañana...

Documento: Historia clínica T1, T2, T3**Código: Trata de construir amistad empatía**

¡Bienvenidos a la sección de Historia Clínica! De parte de los tutores esperamos puedan aprovechar esta rotación para entrar un poco en el tema de la importancia de la Historia Clínica, no solo como documento médico sino también como documento legal de suma importancia, y que nos guste o no, nos va a acompañar por el resto de nuestras carreras

Documento: Disalimentación D28**Código: Trata de construir amistad empatía**

Quiero expresar además públicamente mis felicitaciones a los tutores: T, T, T trabajaron durísimo, su tarea fue excelente. Les pedimos disculpas por algunos problemas que ocurrieron, pero que poco a poco los fuimos solucionando. 10 días después del comienzo quiero expresarles que soy muy optimista con el curso y con ustedes, veo que hay buen material para formar muy buenos médicos. La semana que viene se viene otra actividad y en poco tiempo nos volveremos a ver

Documento: Diabetes D27**Código: Trata de construir amistad empatía**

Alexandra, me encanta tu avidez por los conocimientos y por tu confianza (merecida y justificada) en mis conocimientos sobre esta enfermedad. Te aseguro que me encanta escribir (y hablar), pero ahora estoy con una fractura de radio y con un yeso que me está

enloqueciendo. La verdad no me explayo mucho, pero tampoco es necesario, no dicen nada mal, y están construyendo el tema entre todos ustedes que son lo que nos propusimos. Si no daba un taller en Higiene y todos contentos. ¡No escribo más porque ya me está doliendo la mano!

E3. Construcción del vínculo y ambiente grupal Experiencia distribuida

Documento: Historia clínica T3

Código: Experiencia distribuida

Primero felicitarlos a todos, excelente trabajo con esta discusión, como dijo Natalia es importante que surjan estos post en los que expresan dudas que se van aclarando a lo largo del mismo. Si se fijan bien las dudas las resolvieron entre Uds. con el empuje de los tutores.

Documento: Historia clínica T5

Código: Experiencia distribuida

Buenas, me gusta que se "pique" un poquito esto así se hace más divertido jejej. Sí Flavia como bien decís estas situaciones se dan todos los días, no son sacadas de películas ni nada por el estilo.

Documento: Diabetes T9

Código: Experiencia distribuida

Dejo abierto para comentarios de compañeros y tutores!!

Documento: Cefaleas D28

Código: Experiencia distribuida

Bien muchachada! Me parece que entre ustedes pueden discutir las dudas, no se preocupen que nosotros estamos y la discusión que se dé, la seguimos bien de cerca

E4. Construcción del vínculo y ambiente grupal Aprendiendo con los pares.

Documento: Salud mental T11

Código: Aprendiendo con los pares

Está bien el diagnóstico en ambos casos. Ese aporte que hiciste acerca del trastorno emocional... me gustaría saber de dónde lo sacastes, porque no lo había oído, y eres la primera que lo menciona...

Documento: Salud mental T2

Código: Aprendiendo con los pares

Me alegra que les sean útiles estas intervenciones, la idea es que aprendamos todos juntos

Documento: Diabetes T9**Código: Aprendiendo con los pares**

¡Hola Rodrigo! Gracias, estoy aprendiendo contigo

Documento: Diabetes T9**Código: Aprendiendo con los pares**

Lo de la cirugía no lo sé, voy a averiguarlo! Nos seguimos leyendo!! T9

Documento: Diabetes D27**Código: Aprendiendo con los pares**

Hola M, me gustaría que te explicaras un poco y que citaras las fuentes de tu información para poder contrastarlas.

E5. Construcción del vínculo y ambiente grupal El humor

Documento: Historia clínica T5**Código: El humor**

Hola, Patricia con respecto a esto es lo mismo que un paciente que llega a puerta con un angor por ejemplo, es todo al mismo tiempo más o menos, lo interrogas mientras le haces un electro mientras le administras nitritos y demás, con esto lo mismo, pero nunca le vas a dar algo sin preguntarle al menos sus alergias, no quiere decir que si está muy dolorido le hagas el atilief completo y le interrogues los antecedentes familiares... tampoco es tan así como primero esto y después aquellos, son cosas que se sobreponen, aunque no lo creas somos capaces de hacer varias cosas a la vez (las mujeres también) jejej

Documento: Salud mental D27**Código: El humor**

Merci beaucoup... tout bon, nous nous sommes très bien amusés A ver si alguien opina sobre tu post!!

Documento: Salud mental D27**Código: El humor**

Estimados, la idea es LEER algo y después opinar. Este no es el foro del Toto da Silveira, aunque hasta en esos ámbitos antes de opinar ven el partido. Acá por lo menos vean el partido antes de opinar. (y no me refiero al partido de Paraguay)

E6. Construcción del vínculo y ambiente grupal Síntesis final integrando opinión.

Documento: Disalimentación T1

Código: Síntesis final integrando opinión

Que son muy buenos los comentarios de María Noelia, Gonzalo, Patricia, Giuliano. Quiero detenerme en especial en lo referente al sueño, es acertado conocer como duerme este hombre, ya sea por lo que nos aporte él o su esposa, pero se los dejo como pregunta ¿Cuál es la importancia de este episodio?

Documento: Cefaleas T18**Código: Síntesis final integrando opinión**

Bueno he visto que han contestado muy bien las preguntas que se plantearon, ahora lo que he podido leer es que tanto Mariana como Nicolás le han mandado al paciente de la viñeta 3 una TAC, el resto del grupo que opina, para ustedes cual o cuales de estos pacientes tienen indicación de TAC, o mejor dicho cuando un paciente con cefalea tiene indicación de TAC Seguimos en contacto!!!

Documento: Control del adulto sano T2**Código: Síntesis final integrando opinión**

Gracias Yéssica por responder mis preguntas, je! Es un tema muy amplio, ¿no? Bueno, y sobre la paraclínica, hay alguna cosilla que disiento sobre la finalidad del examen de orina... Y sobre la pregunta de Ana Inés, bueno, capaz que lo primero que tenemos que diferenciar es qué estudios uno solicita como screening y cuáles orientados a tal o cual paciente en particular de acuerdo a la clínica...si les parece pueden discutir esto entre uds (y todo el que quiera sumarse!), y después buscamos una conclusión entre todos...

Documento: Historia clínica T3**Código: Síntesis final integrando opinión**

De nuevo felicitaciones, creo que quedo todo aclarado, a forma de resumen las responsabilidades en la situación 2 son compartidas, hay culpa por parte del estudiante de policlínica así como del médico responsable, de la enfermera que hace caso al leuco, y de este último por tomar decisiones sin previa consulta. Los compuestos del dioxadol los dejó claros Marcos. Con respecto a la situación 1, como bien dijeron en nuestro país el límite actual de alcoholemia es de 0.8, se está tratando de bajar el mismo a 0.3. En cuanto al seguro, aliento alcohólico y marcha ebria no son sinónimos de alcoholismo dado que hay otras situaciones clínicas que pueden dar estos síntomas, como por ejemplo cetoacidosis diabética. Lo correcto para realizar en estos casos es un exhaustivo examen neurológico y prueba de alcoholemia.

Documento: Cefaleas T6**Código: Síntesis final integrando opinión**

Bueno con respecto al resto del grupo ¿coinciden con lo que han puesto sus compañeros? Miren que si no están de acuerdo con algo que hayan puesto sus compañeros esta bueno que lo digan.

Documento: Salud mental T7

Código: Síntesis final integrando opinión

Bien gurises! Han participado y aportado buenos conceptos. Voy a resaltar algunos como para puntualizar. Cecilia hizo un esquema bien concreto y sencillo sobre los distintos trastornos que se agrupan dentro de los trastornos de ansiedad. La bibliografía que ella cita (DSM-IV) es el manual diagnóstico de las enfermedades mentales, algo así como la "biblia de los psiquiatras". Rodrigo diferencia correctamente ansiedad normal de patológica aportando un cuadro que es bastante claro. También es pertinente el comentario al respecto de que las enfermedades médicas pueden ser la base de un trastorno de ansiedad, así como también distintos grupos de drogas (fármacos, drogas de abuso) Es importante descartar la existencia de éstas últimas situaciones interrogando correctamente al paciente y estudiando su historia clínica.

En general han reconocido correctamente las enfermedades a descartar ante un paciente con síntomas de ansiedad: angor, hipotiroidismo, asma, anemia, taquicardias. Dada la elevada incidencia de cardiopatía isquémica en nuestro país, sería bueno que repasaran bien los síntomas y signos característicos del angor y el interrogatorio.

Documento: Historia clínica D28**Código: Síntesis final integrando opinión**

Muy bien muchachas! vieron que no es necesario decirles el libro donde tienen que leer. Ustedes acceden a mucho mejor material que la bibliografía que aportamos los docentes en nuestros cursos. Y lo bueno es que a través de esta herramienta (el foro) la podemos compartir y discutir entre todos. Ahora, analizando un poco: lo de Soledad es espectacular y como grupo la debemos felicitar ya que nos aportó mucha información y de la buena, con buenas fuentes bibliográficas. Jimena, leyendo lo de Soledad y aportando tu opinión ya estas participando y ya vas a ver como sigue. Verónica, muy buena pregunta lo del tacto rectal. Sabés si hay muchos proctólogos en Uruguay? ojo, no salgas a buscar esto me refiero a si el médico general está capacitado para hacer un tacto rectal a todos los pacientes como Roberto. Cecilia, buen aporte y como aceptas críticas (ja!) capaz que repetiste algún concepto ya dicho antes pero igual está muy bien. Como sigue esto? dos preguntas: 1. conocen que es el screening o cribado? 2. han oído hablar del cálculo del riesgo cardiovascular absoluto? Bueno, yo sé que es sábado pero suerte!

Documento: Cefaleas D28**Código: Síntesis final integrando opinión**

No solo alcanzaron estos objetivos sino que plantearon dudas, las discutieron, resolvieron, respondieron nuestras preguntas y se dieron el lujo de plantear algún que otro tratamiento recuérdense para el año que viene). Un solo comentario para responder a Vanessa: si tiene claros elementos de ser una migraña y no presenta los signos de gravedad u orientadores a 2a que ustedes mencionaron, no es necesaria la TAC

Documento: Historia Clínica D27**Código Síntesis final integrando opinión**

Estimado Andrés y Gabriela, complementando un poco lo que dice Gustavo me gustaría aclarar que la historia clínica de la policlínica es IGUAL a la del hospital en el orden, con algún dato

más en la ficha patronímica y algunos datos más en cómo ser el familiograma. El orden esquemático que puso Gabriela está muy bien. En las siguientes consultas hacemos las evoluciones diferentes a la del hospital por motivos obvios de claridad que aprenderán con el correr de las consultas.

F. Categoría: Guía tecnológica

Documento: Diabetes T11

Código: Guía tecnológica

...bien hecho, pero me hubiese gustado que comenzaras un nuevo tema con las respuestas, y no que las pusieras acá.

Documento: Control del adulto sano T1

Código: Guía tecnológica

Sabés que a mí también me pasó lo de perder lo que había escrito, al parecer sucede porque expira el tiempo permitido por sesión y tenés que ingresar de nuevo. Yo lo que estoy haciendo es cada tanto selecciono todo y le doy Ctrl C, así me queda copiado en el portapapeles, a modo de respaldo temporal.

Documento: Diabetes T9

Código: Guía tecnológica

Hola Pamela, primero decirte que no está bueno que escriban en mayúscula porque suena algo así como a gritar en este medio... y además todo tiene la misma jerarquía y uno se pierde leyendo.

Documento: Diabetes D27

Código: Guía tecnológica

Entiendo la frustración que genera escribir un montón de cosas y que se borren. Lamentamos mucho que todo tu esfuerzo se fuera al cyberspacio y no pudiéramos verlo. Pero el sistema en TODOS los sitios en los cuales accedes con contraseña, sea cual sea, tienen limitaciones en el tiempo que puedes estar 'activa' sin que se cierre la sesión automáticamente. Esto es lo que te sucedió a ti.

G. Categoría: Razonamiento Clínico, Metacognición y Devolución.

G1. Categoría Razonamiento Clínico Metacognición Devolución-La Formulación de la preguntas

Documento: Disalimentación T1

Código: La formulación de la pregunta

Lo que comenta la compañera es correcto, ahora mi pregunta es ¿Cómo puede afectar en lo cotidiano y en lo laboral la situación de este paciente?

Documento: Control del adulto sano T1**Código: La formulación de la pregunta**

Por otro lado, se repite en todas las respuestas lo del tacto rectal, y yo sigo preguntando si hay consenso al respecto...

Una cosa que me llama la atención es que unos cuantos compañeros han planteado el hemograma para buscar cifras de colesterol y triglicéridos. Bueno, dejándonos de misterios, el hemograma sólo permite valorar las series: leucocitos, eritrocitos, plaquetas. El colesterol, y todo lo demás se valora mediante otro estudio, el perfil lipídico. Da la sensación de que están consultando un material que contiene ese error... Respecto a lo de screening, está bien. ¿Por qué se aplica a la población aparentemente sana?

Documento: Salud mental T2**Código: La formulación de la pregunta.**

Bien gente, ahora sí se puede decir que arrancó la discusión! Vamos a hacer algunas precisiones. Recuerden que las preguntas se plantean a todos los estudiantes y que no necesariamente intentan señalar errores sino conceptos en los que sería bueno trabajar un poco más.

En primer lugar, ¿en los tres casos su primer diagnóstico es depresión? Si es así, ¿de qué tipo?

Documento: Salud mental T2**Código: La formulación de la pregunta.**

Por último, vuelvo a Magdalena para señalar sólo para contarles que en lo personal me gusta más el término interconsulta que derivación... ¿alguien se imagina por qué?

Documento: Material foro 4 cefaleas Posición: 1605 - 1736**Código: La formulación de la pregunta. T6**

Vamos chiquilines que falta gente contestar!!!! Les hago una pregunta: ¿ Que paraclínica le mandarían a cada uno de los pacientes?

Documento: Diabetes**Código: La formulación de la pregunta D27**

Muy buenos aportes tuyos y de tus compañeras (Ana Inés y Yesica)!! todavía no están resueltas las otras cuestiones!! todavía no voy a opinar sobre el daño renal en esta paciente ... veamos que nos dicen los tutores o los otros compañeros

Documento: Cefaleas D28**Código: La formulación de la pregunta.**

Bien, Anne! se nota la experiencia adquirida en el foro. Pero, sabés si hay alguna otra maniobra semiológica para valorar que sea otro tipo de cefalea?

Documento: Cefaleas D28

Código: La formulación de la pregunta.

Qué grande muchachos! No solo han respondido la pregunta formulada sino que nos dejaron sin poder hacerles otras preguntas ya que avanzaron mucho más de lo esperado. Y lo mejor de todo es que es viernes! Yo igual soy un poco molesto entonces les pregunto: ¿qué signos y/o síntomas de alarma debo investigar en un paciente con cefalea?

Documento: Disalimentación D29

Código: La formulación de la pregunta

Muy buenos aportes, pero profundizando un poco más: los síntomas ocasionados por neumonía por aspiración y por fístula aerodigestiva si bien en el mismo aparato (respiratorio): son los mismos??? ¿O semiológicamente uno puede sospechar uno u otro del punto de vista clínico?

G2. Categoría Razonamiento Clínico Metacognición Devolución Creando contexto

Documento: Salud mental T12

Código: Creando contexto

Están muy bien tus comentarios, te digo lo mismo que dije en la super discusión que se armó; y, vos como médico estando frente al paciente cuál es tu primera acción?

saludos, gracias por aportar tus comentarios

Documento: Disalimentación T18

Código: Creando contexto

Analia, bien por el entusiasmo y contestar ya desde el primer día. Me disculpo para todos pero es que nosotros estamos en período de exámenes también y tratamos de no estar tantos días sin contestar. A veces es difícil.

Documento: Consumo inadecuado de sustancias T7

Código: Creando contexto

Bien, estoy de acuerdo con tu observación al respecto de las presiones sociales y cómo influyen en el consumo. ¿Cómo podríamos intervenir para modificar esta conducta? No pretende ser una pregunta complicada sino más bien como para imaginarse que le dirías al chico si fueras el médico de la consulta.

Documento Diabetes D27

Código: creando contexto

Estimados, los aportes fueron impresionantes. Muy buen análisis de los casos clínicos. Las viñetas justamente son casos reales con algún aditivo, pero así son los pacientes, nos generan dudas. En el caso de la viñeta 1 con mis Cimis del grupo anterior vimos una paciente que cambiándole las iniciales y la edad en 2-3 años, era idéntica a esa paciente. Son así de frecuentes

Documento: Diabetes D27

Código: Creando contexto

Respecto a la relación medico paciente te recomiendo la lectura entre otras cosas del código de ética del SMU que en Artículo 15 numeral 2 se refiere a que el paciente tiene derecho a consentir o rechazar cualquier tratamiento/procedimiento que se le proponga. El médico debe respetar esa decisión salvo que perjudique a terceros o sea una situación de urgencia.

Documento: Diabetes D27

Código: Creando contexto

Tu experiencia no es corta... es cortísima, y esto no es para descalificarte sino todo lo contrario... hago referencia a que el tema de la adhesión es tan importante que en los poquísimos casos que viste ya aparece!!

Documento: Historia Clínica D28

Código: Creando contexto

Esto no implica que la HC se realice frente al paciente igual que todas las historias en medicina. Yo particularmente le doy gran importancia al motivo de consulta y es el eje de mi interrogatorio pero creo que cada maestrillo puede tener su librito. De todos modos este librito se hace con la experiencia y pienso que todos nos iniciamos haciendo semiología con el esquema que muy bien aportó Gabriela. Es sólo una opinión, capaz que está bueno conocer la de Daniel aunque creo que venimos de la misma escuela

Documento: Historia clínica D29

Código: Creando contexto

Estoy encantado con la discusión. Flavia plantea una situación real que vivió en forma persona.

G3. Categoría Razonamiento Clínico Metacognición Devolución - Razonamiento clínico

Documento: Control del adulto sano T1

Código: Razonamiento clínico

Vas a ver que a medida que adquieras experiencia -tanto en conocimiento de patología como en la práctica clínica- irás afinando cómo sacarle el máximo provecho a la paraclínica... como ya te comenté, vas muy bien con tu razonamiento... por lo pronto lo que estamos seguros no debe faltar en un paciente de 71 años es la glicemia... el perfil lipídico está pautado si mal no recuerdo hasta los 65, pero eso no quiere decir que no se pueda pedir, si no sabemos la situación previa del paciente, por ejemplo. Y así con los demás estudios, todos pueden tener su

justificación... por ejemplo, si por la historia sospechás que esa fatigabilidad es parte de un síndrome funcional anémico, el hemograma estaría totalmente justificado, y así sucesivamente... (dejo por acá porque sino me cuelgo a escribir, jeje). Y me encantaría escuchar más opiniones! ¿Qué piensan los otros compañeros?

Documento: Disalimentación T1

Código: Razonamiento clínico

Por otro lado respecto a que este señor consulta tardíamente no pienso que sólo haya que pensar que es culpa de él. Muchas veces los pacientes no consultan por ignorancia, por no contar con un centro asistencial cerca (es un trabajador rural), etc., pero en ocasiones nosotros dejamos por fuera del sistema a los pacientes, a mi entender hay una cultura muy arraigada de —asistencialismo, se prefiere tratar antes que prevenir y está en las nuevas generaciones cambiar esa cabeza, creo que por suerte las cosas se van encarrilando a favor del cambio.

Documento: Control del adulto sano T2

Código: Razonamiento clínico

Muy completa tu respuesta a la pregunta 3, la verdad. Sobre la pregunta 1, es cierto, es un tema amplio... Lo primero que tenés que valorar es ante qué paciente estás: edad, factores de riesgo, o protectores... En base a esto podés pensar ante qué problemas de salud te podés enfrentar, y qué elementos de la historia clínica y el examen físico te permitirán pesquisarlo. Así que desarmamos la pregunta original y nos repreguntamos: ¿qué voy a buscar en este paciente? ¿Cómo puedo encontrarlo? Sobre tu otra pregunta, sí, esta semana tienen que tocar dos temas, a su grupo les corresponde este de control de adulto sano y el de historias clínicas. La semana que viene ya van a tener un tema solo por vez. Besos!

Documento: Diabetes T9

Código: Razonamiento clínico

Bien, primero el diagnóstico con la glicemia en sangre venosa. Y muy bien siempre lo infeccioso es importante valorar, porque puede ser una causa de descompensación. Y para valorar la descompensación en sí, necesito valorar los iones, con un ionograma; y los gases en sangre y una probable acidosis metabólica con una gasometría arterial. ¿Por qué? por la querida fisiopatología, que deben manejar, porque es la base de todo!!

Documento: Salud mental D27

Código: Razonamiento clínico

Lo que no puedes es hacer diagnóstico de somatización, no quiere decir que no sea una somatización. ¿Por qué? pues porque es un diagnóstico de exclusión y no debería poder ser explicado de otra forma

Documento: Diabetes D27

Código: Razonamiento clínico

...o sea a lo que voy es que tu razonamiento aquí fue 100% clínico y excelente.. si te quedan dudas, pues pides una TSH y esperas...

Documento: Cefaleas D28

Código: Razonamiento clínico

Excelente muchachas! Esa es la idea. Cortita y al pie. Lástima que es al final y no quiero complicarla con alguna preguntita. Por eso mi idea era que no se olviden de valorar siempre la presencia de rigidez de nuca como maniobra fundamental en el examen neurológico de una cefalea. También hay otras pero esta nos habla de severidad del cuadro y derivación a un centro de mayor complejidad. Espero que sigan esta dinámica que va a servir no solo a ustedes sino a todo el grupo. Adelante

G4. Categoría Razonamiento Clínico Metacognición Devolución -Evaluación crítica

Documento: Control del adulto sano T1

Código: Evaluación crítica

Es muy bueno tu trabajo, es conciso pero completo, se nota tu compromiso por haber leído las respuestas de tus compañeros, eso es vital para que esta forma de trabajo sea productiva, y te invito a que opines en los post de ellos tanto si estás de acuerdo con ellos como no.

Documento: Control del adulto sano T1

Código: Evaluación crítica

Te interesaste por el tema e hiciste búsqueda del material, además respondiste de forma muy rápida lo que habla muy bien de tu compromiso con la tarea. Ahora, a mí me gustaría que tú me contaras tu impresión sobre este señor, dicho con tus palabras y aplicando los conceptos que desarrollaste quiero que me digas: ¿Qué tipo de disfagia tiene este señor? ¿Por qué? ¿Qué sistemas irías a interrogar en profundidad si tú recibieras a este señor en tu consulta?

Documento: Salud Mental T12

Código: Evaluación crítica

Depresión: entonces puede ser que los fármacos que toma la paciente le estén generando una depresión secundaria, ¿por qué otros fármacos se los reemplazarías?, Realmente ¿crees que en la tercer viñeta es posible que fuera una somatización la lumbalgia?, no estoy de acuerdo, para mí es un dolor post esfuerzo.

Documento: Diabetes T11

Código: Evaluación crítica

Buen trabajo, aunque me gustaría que ordenaras un poco más las respuestas, pues se tratan de pacientes que, aunque se parezcan, son muy diferentes, tanto en el manejo, tto, cuidados, etc. Separa sobretodo el tratamiento que le mandarías a cada una, no te olvides en los pilares fisiopatológicos de estas, casi, dos enfermedades diferentes (en este aspecto,) ¿no?

Documento: Historia clínica T18**Código: Evaluación crítica**

Ana María: Me parece muy bien que hayas visto que tu respuesta había sido impulsiva. Quiero que sepas que estaba convencida de que no era tu real intención expresar lo que expresaste en el primer post. Creo que no me equivoqué. A veces no nos damos cuenta y decimos cosas que creemos no tendrán repercusión alguna y sí las tienen.

Documento: Salud Mental T19**Código: Evaluación crítica**

Claudia: Creo que tus respuestas son adecuadas, pero habría que profundizar en el caso de la viñeta dos en los diagnósticos diferenciales de la depresión, sería bueno que revisaras eso, ya que siempre debemos recordar que el diagnóstico de depresión mayor lo hacemos cuando no hay una enfermedad orgánica que justifiquen la sintomatología.

Documento: Salud Mental T2**Código: Evaluación crítica**

Bien Marcos, estoy de acuerdo con la definición de depresión secundaria, estaría bueno que pongas la cita del artículo. Eso sí, difiero en que ya esté todo contestado... Con respecto a los aportes de Leonardo, quisiera comentarte que cuando notamos que sólo hay "corte y pegue" por parte de algún estudiante también se lo hacemos notar, sobre todo si no deja claro que está haciendo una cita textual -ya que esto sería plagio- y si no complementa la cita textual con elaboración personal. Por otra parte, el tirón de orejas no creo haya sido por tomarse este trabajo de forma menos estructurada, sino porque la idea es que las viñetas los motiven a elaborar respuestas buscando siempre ir más allá de lo que a priori se nos puede ocurrir por lo que ya sabemos "de la vida" o de algo que hayamos escuchado alguna vez... La curiosidad es el mejor antídoto para el tedio.

Documento: diabetes D27**Código: Evaluación crítica**

Concuerdo completamente con C. Muy buena intervención, pero los links son por lo menos extraños!!

Documento: diabetes D27**Código: Evaluación crítica**

ja ja ,2 son de la sociedad española de hipertensión !! Wikipedia está prohibida!! El Farreras muy bien. Pero a pesar de eso la información que pones está muy bien.

Documento: cefaleas D28**Código: Evaluación crítica**

Ah! Por último, la cita bibliográfica tiene una forma de ser elaborada (ver Normas de Vancouver). No se olviden.

Documento: cefaleas D28

Código: Evaluación crítica

Margarita, muy interesante tu opinión acerca del tema y muchas gracias por los aportes brindados al grupo. Se notó un gran interés en el tema. Saludos.

Documento: Control del adulto sano D29

Código: Evaluación crítica

UNA COSA IMPORTANTE: ya nos vamos a referir más adelante pero el "copie y pegue" que hemos detectado en muchos de ustedes -no solo de este grupo- sería aconsejable por el bien de ustedes en primer lugar, le vaya dando paso a un investigo, analizo y construyo yo mismo una respuesta, la cual lleva más tiempo pero como conocimiento es muchísimo más duradero. Quiero expresarles que soy muy optimista con el curso y con ustedes, veo que hay buen material para formar muy buenos médicos. A partir de mañana se viene otra actividad y en poco tiempo nos volveremos a encontrar. Buen trabajo y a seguir adelante.

G5. Categoría Razonamiento Clínico Metacognición Devolución Construcción del rol profesional. Profesionalismo

Documento: Control del adulto sano T1

Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo

Hola! Bueno, eso que decís es muy importante... lo de ser parte de la vida de las personas, de alguna manera... La relación médico - paciente puede ser una experiencia sumamente enriquecedora para ambos si se logra ese equilibrio entre las distancias y el involucramiento, que te permitan a vos actuar como profesional y al paciente participar, tomar decisiones en la esfera de su proceso salud-enfermedad.

Y sí, las historias de los pacientes también pueden contarse como relatos, que permiten otras percepciones... hay que acostumbrarse a que subjetividad no es mala palabra, jeje! Pah, yo me cuelgo con estos temas, la verdad... pero bueno, suficiente (por hoy); paso a responder tu duda: la idea es que respondan en el foro, sí. Y bueno, estamos en contacto!

Documento: Control del adulto sano T1

Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo

En esa oración planteas algo que es fundamental, y es el hecho de que el médico no es un simple técnico que aplica maniobras y cumple recomendaciones, sino que debe ser un profesional comprometido con su tarea, capaz de ser flexible y de pensar cada situación en particular, y permitiendo al paciente ser partícipe -y participar implica tomar decisiones- de su proceso de salud.

Documento: Historia clínica T1

Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo

Gracias Joao por tu aporte, lo que expresas es uno de los puntos a los que queríamos llegar, nosotros somos leucos, estamos aprendiendo en el frente de batalla, pero no estamos autorizados a realizar ningún tipo de indicación (medicación, paraclínica, pases, etc.), todo lo que hagamos en nuestra práctica diaria debe estar apoyado por una persona titulada, ya sea docente, residentes. Bueno muchachada, nos mantenemos en contacto, espero más comentarios, abrazo.

Documento: Salud mental T2**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

Gurises, sino la cosa no marcha y nos hacemos pelota al santo botón. No es necesario "abandonar" a un paciente que nos pone mal; algo que puede ayudar es verlo en compañía de alguien más, por ejemplo. Y siempre, siempre hablar con alguien de lo que nos pasa.

Documento: Historia clínica T2**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

En cuanto al resto, mas alla de que el médico se contradiga el mismo y que sea una falta ética (que ciertamente lo es), la Historia Clínica NO SE PUEDE CAMBIAR, ya que es un documento médico- legal.

Documento: Salud mental T7**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

Hola! ¿Cómo estás? ¿Cómo fundamentas tu respuesta al respecto de que los médicos de primer nivel de atención no deben tratar a estos pacientes? ¿Consideras que todo paciente debe ser derivado a un especialista? ¿Cuál sería, entonces, el rol del médico del primer nivel? ¿Que piensa el resto de los compañeros al respecto?

Documento: Historia clínica T18**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

Ana: Recuerda que en la salud se trabaja en equipo, y realmente cada vez que pasa alguna cosa así hay más de un actor involucrado y las consecuencias y las medidas que sean tomadas, cuando son malas, nos duelen a todos.

Documento: Consumo inadecuado de sustancias T7**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

Que no es de "chusma" que uno le hace esas preguntas sino porque es rol del médico atender las conductas que atentan contra la salud. Es importante cuidar el lenguaje paraverbal ante las posibles respuestas del paciente, porque a veces, sin darnos cuenta, con gestos demostramos cierto rechazo que resultaría muy negativo en la comunicación. Ya que lo trajiste a colación; ¿cómo harías para educar a los padres sobre el tema consumo de drogas y sexualidad? Buen trabajo, sigue adelante

Documento: Consumo inadecuado de sustancias t7**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

Recuerden que la sexualidad de las personas influye en su calidad de vida y en el proceso de salud-enfermedad, por lo que debería ser abarcada por el médico. Es cierto que nos hacen falta herramientas para abarcar este tema pero nunca es tarde para salir a buscarlas aunque la facultad no las otorgue.

Documento: Salud mental D27**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

Hola Carla, yendo un poco más allá del comentario que te hace Roberto sobre la derivación de pacientes, a mí me sorprende tu comentario: "deberían ser derivados a especialistas, como en el caso de cualquier otro padecimiento físico." ¿Crees que cualquier padecimiento físico se deriva a un especialista? basado en qué? leíste alguna vez el perfil del egresado de nuestra facultad de medicina? porque si no sabemos a dónde vamos pues difícilmente llegaremos. Debes tener bien claro para que te estás formando, esa es la primera tarea que debes tener bien clara.

Documento: Salud mental D27**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

El hecho de que la mayoría de los médicos egresados (y digo mayoría por no decir 100%) no tengan ni idea de cómo citar una fuente, es responsabilidad de la facultad. hasta ahora. en el caso de ustedes será responsabilidad vuestra no saber cómo se cita ya que instancias como estas las pueden aprovechar para aprender a citar. Para eso estamos nosotros también. Yo tengo más trabajos y en uno de ellos corrijo literaturas médicas con citas bibliográficas y te sorprenderías de las cosas que se ven, como se citan (maL)

Documento: Historia clínica D29**Código: Construcción del rol profesional. Profesionalismo**

Fíjense la importancia de plantear y discutir un tema como este en un Foro. La situación de Flavia es en una guardia donde le expresan que "si la paciente se va y muere todos somos responsables incluso el leuco". Eso no es así ya que si cada cual conoce sus roles y actúa dentro de ellos no va a tener problemas. El interno es un estudiante avanzado y no está permitido que haga indicaciones ni pases sin que el médico de guardia avale su indicación y con respecto al leuco debería hacer la historia firmarla y luego hacérsela firmar por el interno. Salvo que el leuco haga indicaciones sin consultar no es responsable. Eso que te hicieron Flavia es una especie de "terrorismo", hacer aquello de "si el barco se hunde se hunde el capitán y toda la tripulación". El miedo a un juicio ha generado lamentablemente en médicos e internos un tipo especial de Medicina: "la Medicina defensiva" en la cual por cubrirse se piden exámenes innecesarios, muchas veces caros o se indican medicamentos que no tienen indicación porque si hay una demanda eso actuaría como "escudo protector al médico/interno actuante. Esa actitud lamentable se ve a diario.