



**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO
DE MÁSTER EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

**ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA ENSEÑANZA DEL
MÉTODO CLÍNICO EN LA ASIGNATURA CIRUGÍA GENERAL**

Autor: Dr. Julio César Ocampo Zaldívar

MOA, 2021





**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO
DE MÁSTER EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

**ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA ENSEÑANZA DEL
MÉTODO CLÍNICO EN LA ASIGNATURA CIRUGÍA GENERAL**

Autor: Dr. Julio César Ocampo Zaldívar

Tutor: Dr. C. Nurys Cervantes Hinojosa

Moa, 2021

DEDICATORIA

A las maestras que me enseñaron a leer.

A la memoria de mi padre que me creó el hábito de la lectura y me enseñó a pensar.

A la memoria de mi hijo Julio César Ocampo Escobar que tanto le gustaba estudiar.

A mis hijos Taimi, Ana Lidia y Julio Mohamed, a mi esposa Yudit.

AGRADECIMIENTOS

Al colectivo de profesores del Centro de Estudios Pedagógicos de la Universidad de Moa por su valiosa ayuda.

A mi hermana Olivia por la paciencia con que revisó la tesis.

«Oigo y me olvido, veo y recuerdo, hago y entiendo»

(Anónimo)

RESUMEN

La esencia de la presente investigación se inserta en las situaciones reales y objetivas que afectan el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en los estudiantes de la carrera de Medicina, en el Hospital "Guillermo Luis", de Moa. Dicho método tiene como finalidad esencial guiar al médico en el diagnóstico de las enfermedades. Se presenta el método Paciente Simulado para favorecer el aprendizaje del Método Clínico en el contexto antes mencionado.

El aporte de la investigación lo constituye una estrategia metodológica que integra las dimensiones del método Paciente Simulado y las fases por las que transita su aplicación, que contribuya a elevar la calidad de formación de los estudiantes desde una dinámica creativa. Este resultado se sustenta en las concepciones teóricas asociadas a las transformaciones que se llevan a cabo en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la asignatura Cirugía General, que permitan el cumplimiento de los objetivos y exigencias que se plantean en el perfeccionamiento de la educación superior cubana en la rama de la Medicina.

Se valoró la pertinencia de la estrategia metodológica a partir del desarrollo de talleres de socialización en el hospital de Moa, obteniéndose juicios favorables que connotan la viabilidad de la propuesta. Los resultados se consideran efectivos, al aportar elementos positivos de su concreción en la práctica.

ÍNDICE

Contenido	Pagina
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA CIRUGÍA GENERAL, EL MÉTODO CLÍNICO Y LA SIMULACIÓN MÉDICA EN LAS CARRERAS DE LA SALUD PÚBLICA.....	9
1.1. Antecedentes históricos del desarrollo de la Cirugía, del Método Clínico y el método Paciente Simulado	9
1.2. Caracterización del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina	18
1.2.1. Referentes teóricos sobre el Método Clínico.....	22
1.3. La simulación médica como método en el proceso de enseñanza-aprendizaje en las carreras de la salud pública	27
1.3.1. Uso del método Paciente Simulado en el proceso enseñanza aprendizaje en las carreras de la salud pública	35
1.4. Diagnóstico del estado actual del aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina en el Hospital “Guillermo Luis”, de Moa38	
CAPÍTULO II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA FAVORECER EL APRENDIZAJE DEL MÉTODO CLÍNICO EN LA ASIGNATURA CIRUGÍA GENERAL DE LA CARRERA DE MEDICINA.....	42
2.1. Fundamentos teóricos que caracterizan la elaboración de una estrategia metodológica en el proceso enseñanza-aprendizaje	42
2.2. Presentación de la estrategia metodológica del Paciente Simulado para el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General.....	54
2.3. Pertinencia para la introducción del método Paciente Simulado al proceso enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General.....	64

CONCLUSIONES GENERALES.....	67
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El siglo XX trajo grandes cambios en la formación médica, que permitieron mejoras en el proceso formativo de los estudiantes de Medicina, existen dos momentos históricos importantes que son el “Informe Flexner” en 1910 (Flexner, 1910), que sienta las bases para la creación de un modelo único en la educación médica y la II Declaración de Edimburgo (Organización Mundial de la Salud, 1993). Fasce e Ibáñez (2013) mencionan factores, que han determinado cambios en el proceso enseñanza aprendizaje de la carrera de Medicina y otras de la salud, y estos son: “los cambios sociales, la información biomédica, la consolidación de la educación médica como disciplina, biología del aprendizaje, los avances tecnológicos y aportes de otras disciplinas” (p. 73).

En la actualidad la educación médica incorpora elementos esenciales para su desarrollo, como son la integración de contenidos que reflejen las prioridades nacionales de salud, la promoción de la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida introduciendo metodologías activas y sistemas que fomentan el aprendizaje auto dirigido además la formación de los profesores como educadores y no sólo como expertos en contenidos. Se incorpora la formación en prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Silva (2018) refiere la integración de la clínica a la formación básica y a la incorporación del aprendizaje basado en problemas.

Esto ha hecho necesario que los profesores comprendan las necesidades de sus estudiantes y tengan la capacidad de adaptarse a los cambios circundantes y a las nuevas tecnologías que han ido surgiendo. El profesor universitario debe ser capaz de guiar a sus estudiantes a lo largo del proceso formativo, para que estos adquieran los conocimientos necesarios para su desarrollo profesional en salud en el contexto nacional e internacional.

Durante el aprendizaje de la Cirugía, el estudiante debe adquirir los conocimientos y actitudes para la toma de decisiones en esta área. Para Porrás-Hernández (2016) el médico debe estar capacitado para el diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas,

desarrollar el razonamiento clínico para ello, resolver o derivar en forma oportuna y segura al paciente que requiera algún tipo de tratamiento por el cirujano.

Según el Programa de la asignatura Cirugía General (2016), de Cuba, las formas en el proceso enseñanza aprendizaje son muy variadas. Se tiene dentro de las mismas conferencias orientadoras, clases taller, seminarios entre otras. También está la Educación en el Trabajo como una parte importante ya que allí se aprenden, los conocimientos y habilidades de la asignatura en el trabajo diario: pase de visita, discusiones diagnósticas, guardias médicas y trabajo en salones de operaciones. En muchas instancias de esta educación las habilidades con el Método Clínico son esenciales. Por último, hay que significar el trabajo independiente del estudiante en el cual se auto prepara y realiza revisiones bibliográficas. Además, de estas formas se han agregado últimamente la utilización de vídeo/clases y la computación.

El Método Clínico, surgido en la antigua Grecia con la Escuela Hipocrática de Medicina, dicta un camino a seguir cuando de asistir, en general, a un enfermo se trata, en el cual la clínica tiene un lugar protagónico en la búsqueda del diagnóstico médico (Carrera, 1960). Para Bacallao y Medina (2014) sus componentes fundamentales son: la relación médico-paciente, el interrogatorio y el examen físico, y la historia clínica, que constituye su herramienta más importante en la recogida de datos.

Según Frómeta (2017) el Método Clínico representa los pasos ordenados que todo médico debe aplicar en la búsqueda del diagnóstico definitivo, con un umbral de certeza adecuado y es el equivalente al Método Científico, pero aplicado al área de las ciencias Médicas. La didáctica de la Cirugía se enfoca en una parte práctica donde el estudiante debe aprender a suturar, drenar abscesos, poner anestesia local, entre otras habilidades. Hay un contenido teórico basado en el programa de la asignatura donde la habilidad diagnóstica empleando el Método Clínico juega un rol fundamental y por ende en el proceso enseñanza aprendizaje de la asignatura (Silva, 2018). Durante los últimos años, se han evidenciado circunstancias que provocan que no se aplique correctamente el Método Clínico.

Para Bacallao y Medina (2014), y Vidal y Fernández (2005), que hay una crisis del método, debido a un progresivo menosprecio de la clínica asociado a una creciente debilidad en el desarrollo de habilidades semiológicas y clínicas, sobrevaloración de la tecnología, falta de tiempo en la consulta médica y desinterés por entablar una buena relación médico paciente, entre otras.

Desde la observación empírica, se ha podido corroborar que en el Hospital “Guillermo Luis” de Moa, existen situaciones que afectan la docencia directa con pacientes con afecciones quirúrgicas, limitando el aprendizaje del Método Clínico en los estudiantes de la asignatura Cirugía General, siendo las siguientes:

- Dificultades en las actividades docentes en cuerpos de guardias, salas y consultas dadas por un proceso asistencial muy cargado.
- Educación en el trabajo limitada por práctica de la cirugía ambulatoria y de corta estadía, entre otras, que impiden al estudiante un mayor contacto con pacientes con determinadas enfermedades.
- Afectaciones en el proceso enseñanza-aprendizaje por situaciones epidemiológicas complejas que anulan el contacto del estudiante de medicina con el paciente quirúrgico en los diversos escenarios en los que este se atiende.

De lo expuesto anteriormente se considera que existen situaciones reales y objetivas que afectan el proceso enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General para el aprendizaje del Método Clínico en los estudiantes de la carrera de Medicina, herramienta fundamental para realizar el diagnóstico de las enfermedades.

Esta situación condujo a plantear el siguiente **problema de investigación**: ¿Cómo favorecer el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina?

Para dar respuesta al problema antes planteado se propone aplicar el método Paciente Simulado y esto es basado en:

- La experiencia empírica en la docencia en diversos escenarios donde se empleó el Paciente Simulado.
- La revisión bibliográfica realizada en la búsqueda de un método viable y surge el Paciente Simulado.

El Paciente Simulado pretende ubicar al estudiante en un contexto que reproduce una situación clínica. Estos contextos, seguros y controlados, son creados de acuerdo con las necesidades de formación y basados en casos médicos reales (Corvetto et al., 2013). En las últimas décadas la simulación es cada vez más aceptada en la formación clínica, no sólo como elemento complementario sino como una técnica de aprendizaje que tiene ventajas en el desarrollo de habilidades diagnósticas (Ávila, Rivera y McColl, 2016).

En la actualidad el uso de la simulación en cualquiera de las variantes que existen no debe ser una solución temporal por determinadas situaciones, sino un medio más en el proceso enseñanza aprendizaje. La simulación es un método que se propone para acercar al estudiante a situaciones similares a la realidad, con el propósito de entrenarlos y orientarlos en habilidades prácticas, sin embargo, está claro que estos escenarios tienen sus limitaciones y no reemplazan al paciente real.

Lo anterior lleva a plantear como **objeto de investigación**: El proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina.

Lo que conllevó a determinar como **objetivo**: Elaborar una estrategia metodológica para la aplicación del método Paciente Simulado que contribuya al aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General.

Teniendo en cuenta lo anterior, se delimitó como **campo de acción**: El aprendizaje del Método Clínico a través del método Paciente Simulado en la asignatura Cirugía General.

Para lograr el cumplimiento del objetivo de investigación planteado, se proponen las siguientes **preguntas de científicas**:

- 1- ¿Cuáles han sido los antecedentes históricos en el proceso de desarrollo de la Cirugía, del Método Clínico y del método Paciente Simulado?
- 2- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos que sustentan el proceso de enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina?
- 3- ¿Cuál es la situación actual que presenta el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina?
- 4- ¿Qué estrategia metodológica implementar para aplicar el método Paciente Simulado en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina?
- 5- ¿Qué pertinencia tendrá la estrategia metodológica aplicada para el método Paciente Simulado en la enseñanza del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina?

Para materializar y cumplir los objetivos se desarrollarán las siguientes **tareas científicas**:

- 1- Establecer los antecedentes históricos del desarrollo de la Cirugía, el Método Clínico y el método Paciente Simulado.
- 2- Sistematizar los referentes teóricos que sustentan el proceso enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina.
- 3- Diagnosticar el estado actual del aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina.
- 4- Elaborar una estrategia metodológica para aplicar el método Paciente Simulado en aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina.
- 5- Constatar la pertinencia de la estrategia metodológica aplicada para el método Paciente Simulado en la enseñanza del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina.

Los métodos de investigación usados para el desarrollo de esta fueron:

Del nivel Teórico:

- **Análisis y síntesis:** se utilizó durante toda la investigación, desde los estudios para la delimitación del problema de investigación, hasta la elaboración del informe final.
- **Histórico lógico:** propició el estudio del comportamiento histórico del desarrollo de la Cirugía y el Método Clínico.
- **Inductivo-deductivo:** para realizar inferencias de los resultados obtenidos de las respuestas a las preguntas aplicadas por cada instrumento (métodos empíricos) en el orden individual y colectivo, determinar el estado actual del problema, sus posibles causas y los resultados de la valoración de la pertinencia de la estrategia metodológica.
- **Sistémico estructural:** propició la elaboración de la estrategia metodológica para favorecer el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General con el uso del método Paciente Simulado.
- **Análisis documental:** permite una revisión profunda de los documentos con información sobre el tema y documentos normativos de la carrera.

Del nivel empírico:

- **Observación:** al proceso de enseñanza-aprendizaje para diagnosticar los problemas en la docencia de la asignatura Cirugía General en los estudiantes de la carrera de Medicina.
- **Encuesta:** utilizadas para constatar con los estudiantes las dificultades en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General.
- **Entrevistas:** utilizadas para constatar con profesores las dificultades en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General.

- **Talleres de socialización:** utilizado para propiciar espacios de participación para el diálogo e intercambio de experiencias, percepciones, criterios, puntos de vista y valoraciones por parte de los expertos sobre la estrategia metodológica para la incorporación del método Paciente Simulado en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General de la carrera de Medicina.
- **Análisis porcentual:** para procesar la información numérica e interpretar los resultados de las técnicas empíricas con las cuales se obtuvo la información.

La significación práctica de la investigación lo constituye la estrategia metodológica elaborada para favorecer la utilización del método Paciente Simulado en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina que les permita a los estudiantes construir su propio aprendizaje desde una dinámica creativa y pertinente.

La tesis consta de introducción y dos capítulos con sus correspondientes epígrafes, conclusiones, recomendaciones, las bibliografías que sustentan la investigación y los anexos.

En el primer capítulo se abordan la evolución histórica y los fundamentos teóricos que sustentan el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General, el Método Clínico y el método Paciente Simulado, se caracteriza el proceso enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina. Se analiza la vulnerabilidad del Método Clínico. Se indagan aspectos esenciales de la simulación médica como método en el proceso de enseñanza aprendizaje así como el diagnóstico del estado actual del aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en el Hospital “Guillermo Luis”, de Moa.

En el segundo, se aborda la propuesta de una estrategia metodológica, la cual favorecerá el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General con la utilización de un método de aprendizaje, a partir de los fundamentos que sustentan su uso, se

proyectan las fases concebidas para su implementación; y se valora la pertinencia de la estrategia propuesta.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA CIRUGÍA GENERAL, EL MÉTODO CLÍNICO Y LA SIMULACIÓN MÉDICA EN LAS CARRERAS DE LA SALUD PÚBLICA

En el capítulo se analizan los antecedentes históricos de la Cirugía, el Método Clínico y el método Paciente Simulado, la fundamentación y características de las estrategias de aprendizaje en la asignatura Cirugía General de la carrera de Medicina, la vulnerabilidad del Método Clínico, consideraciones generales para el uso del Paciente Simulado en el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura, así como el diagnóstico del estado actual del proceso docente en dicha asignatura al aprendizaje del Método Clínico.

1.1. Antecedentes históricos del desarrollo de la Cirugía, del Método Clínico y el método Paciente Simulado

El desarrollo de la Cirugía ha sido objeto de varios estudios desde diferentes perspectivas. Su definición se ha ido modificando a lo largo de la historia. Una definición de qué es la Cirugía, basada en la etimología, según Tamames (1997):

Cirugía, que viene del latín *chirurgia*, y este del griego *χειρουργία* [de *kheir* (*χείρ*), mano y *ergía* (*εργία*), acción, obra, trabajo], puede definirse como una parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operaciones sobre el propio paciente hechas con la mano o con instrumentos como prolongación de aquella. (p. 2)

Este criterio reduce el alcance de la Cirugía. El cirujano con frecuencia contribuye con la intervención quirúrgica al tratamiento de las enfermedades, pero también utiliza otros métodos terapéuticos de forma complementaria y de forma exclusiva con el mismo fin. Por su parte García-Sancho (2005) considera la Cirugía “una disciplina del conocimiento, que tiene como objetivo el conocer al hombre y sus enfermedades, utilizando para curar éstas, de forma preferente, aunque no exclusiva, una serie de recursos manuales e instrumentales”(p. 4). En el presente trabajo se es consecuente con lo planteado al respecto porque considera que el cirujano moderno es un médico que conoce y practica

las técnicas quirúrgicas y otras formas de tratamiento y tiene habilidad para diagnosticar enfermedades.

La Cirugía, el Método Clínico y el método Paciente Simulado tienen importantes antecedentes. Hacer un análisis de ellos, exige reconocer los momentos más trascendentales de su desarrollo, para el cual se han identificado cuatro etapas con sus correspondientes características:

- Período desde la prehistoria hasta finales del siglo XIV. Inicios de los conocimientos de la Cirugía y surgimiento del Método Clínico.
- Período desde el inicio del siglo XV hasta la primera mitad del siglo XIX. Carácter científico de la Cirugía. Consolidación del Método Clínico.
- Período desde la segunda mitad del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX. Progreso y emancipación de la Cirugía. “Época de Oro” del Método Clínico.
- Período desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad. Avances Científico-Técnico permiten un gran desarrollo de la Cirugía. Deterioro universal en el uso del Método Clínico. Introducción y desarrollo del método Paciente Simulado.

- Período desde la prehistoria hasta finales del siglo XIV. Inicios de los conocimientos de la Cirugía y surgimiento del Método Clínico

La Cirugía fue una necesidad en los pueblos prehistóricos y tenía un carácter mágico-religioso de la enfermedad. Las actuaciones quirúrgicas iban encaminadas al tratamiento de las lesiones externas fundamentalmente (García-Sancho, 2005). En esta etapa el ser humano inició sus conocimientos médicos empíricos por prueba y error. Su escuela y su maestro fue uno al mismo tiempo: Él, solo, su juicio y experiencia. Por un largo tiempo no hubo otra escuela.

El rol de sanador estaba abierto a todos. Los resultados se transmitían por tradición oral y produjeron un acervo que persiste como medicina popular hasta hoy en día (Rutkow,

2020). Hubo un progreso de la Cirugía en las antiguas civilizaciones, se convierte en racional y empírica. La invención de la escritura señaló el final de la Prehistoria y los conocimientos sobre el tema comienzan a ser escrito lo que permitió una nueva forma de comunicación y aprendizaje.

En Grecia, Hipócrates definitivamente saca a la medicina del dominio de la magia y la sitúa en el dominio de la razón al considerar natural el origen de la enfermedad, destacó en su tiempo, como nadie lo había hecho, el valor supremo de la observación del enfermo y la acumulación de experiencias por parte del médico para poder realizar un diagnóstico correcto de las enfermedades y fue también el primero en confeccionar historias clínicas. El Método Clínico, surgido en la antigua Grecia con la Escuela Hipocrática de Medicina, dicta un camino a seguir cuando de asistir, en general, a un enfermo se trata, en el cual la clínica tiene un lugar protagónico en la búsqueda del diagnóstico médico.

Los griegos fueron los primeros en utilizar el vocablo clínica, palabra que se deriva del vocablo griego *klinikos*, que significa lecho; de ahí que se relaciona la clínica con el arte médico que prescribía reglas para la curación de los enfermos a la cabecera del lecho.

La escuela alejandrina se distingue por sus estudios anatómicos como consecuencia de disecciones en cadáveres con lo que los cirujanos adquieren un concepto “de lesiones” de la enfermedad y la Cirugía comienza a adquirir una base científica, aquí se fundó la primera escuela quirúrgica.

En Roma, Galeno sistematizó la medicina, aunque la encadenó al dogma, hizo progresar la Cirugía de Guerra y aparecieron los nosocomios como precedente de los hospitales. Es el primero que intentó la sistematización científica de la enfermedad, decía que con el interrogatorio se obtienen, entre otros datos, los síntomas, que son las manifestaciones ostensibles de la enfermedad. Las aportaciones más importantes de la cirugía romana fueron la especialización progresiva y el desarrollo de un abundante y variado instrumental, de extraordinaria calidad y delicado diseño. Utilizó la enseñanza a la cabecera de la cama del paciente. Didáctica que ha persistido hasta la actualidad,

defendida por muchos educadores médicos como básica en la formación del médico (Rutkow, 2020).

En la Edad Media la conservación de la Cirugía Griega se hizo en Bizancio, con la transmisión de los conocimientos de la antigüedad clásica a Occidente por los árabes, brilló la Cirugía Islámica, se práctica la medicina monacal en occidente y surgimiento de las primeras escuelas quirúrgicas en Italia. Ejercer la cirugía fue arriesgado, los operadores estaban poco preparados y excluidos de las aulas pues la cirugía no entraba a formar parte de la educación médica en la universidad.

En esta etapa existían principalmente los cirujanos barberos, o de ropa corta (a diferencia de los médicos que llevaban ropa larga), son los que practican la cirugía en los pueblos (forúnculos, flechas, sangrías, arma de fuego, cauterización) además suelen estar especializados en ciertos tipos de operaciones (piedra vejiga, hernia, cataratas). La iglesia prohíbe a los clérigos el ejercicio de la práctica quirúrgica y los médicos la imitaron cómodamente distanciándose aún más de la Cirugía (García-Sancho, 1981).

A modo de resumen este período se caracterizó por el comienzo de una cirugía racional y empírica, y aparición de la especialización. Surge el Método Clínico, la Medicina sale del dominio de la magia y se sitúa en el dominio de la razón al considerar natural el origen de la enfermedad. Hay que señalar que en la Edad Media se estanca el desarrollo de la Cirugía, principalmente en Europa y cae en desuso el Método Clínico. Todo esto influido por dogmas religiosos.

- Período desde el inicio del siglo XV hasta la primera mitad del siglo XIX. Carácter científico de la Cirugía. Consolidación del Método Clínico

En esta etapa hay que destacar el Renacimiento que comienza a principios del siglo XV. El mismo se caracteriza por grandes avances de la anatomía y de la cirugía con la introducción de la “cura suave” en el tratamiento de las heridas, uso de vendajes, tratamiento de la hernia sin castración, empleo de ligaduras para la hemostasia en lugar

del termocauterio, mejoría en la técnica de las amputaciones, progreso de la urología y de la cirugía plástica, diseño de nuevos instrumentos.

Después del Siglo XVI, la Ilustraciones, el método científico y la caída del dogma religioso, hace nacer a la medicina como una ciencia inductiva fuera de las universidades, en academias y sociedades reales. La enseñanza se lleva en hospitales, en sus áreas de internamiento. El siglo XVIII se caracteriza por la consolidación de los avances conseguidos durante los dos siglos anteriores y la eliminación definitiva de las huellas medievales.

En esta época, la Medicina progresó utilizando la clínica y el método de investigación esto permitió descubrimientos como fueron la vacuna contra la viruela y las causas de la fiebre puerperal. El inglés Thomas Sydenham (1624-1689) fue para los anglosajones el fundador de la clínica médica., precursor de la ciencia epidemiológica y llamado por muchos el “Hipócrates inglés”, retoma la historia clínica.

El siglo XVIII, tuvo grandes progresos en anatomía y fisiología y se inicia el conocimiento de las enfermedades quirúrgicas en su verdadera dimensión, se aplican los conocimientos fisiopatológicos a su ejercicio y se realizan operaciones regladas. Se pasó a cirujanos más científicos, que saben lo que hacen y por qué lo hacen, con una formación muy superior asentada en los nuevos conocimientos anatómicos, fisiológicos y patológicos, y se produce la separación entre barberos y cirujanos (Rutkow, 2020).

El panorama anterior se refiere a Europa principalmente, por otra parte en la Cuba precolombina los aborígenes tenían sus “médicos” llamados behíques, que conocían algunas enfermedades, las propiedades medicinales de algunas plantas y poseían algunos conocimientos quirúrgicos. Se sabe que Colon en sus viajes venía acompañado de médicos y cirujanos (Villaverde, 1936).

En el siglo XVI comenzó el comercio de esclavos africanos, quienes aportaron a nuestra isla su cultura y su propia medicina, la cual se sumó a las prácticas de los primitivos pobladores y a las de los monjes de órdenes hospitalarias y barberos, entre otros venidos

de España, para integrar una medicina popular, que trató de cubrir las necesidades de atención médica de la población. Según García y col. (1986) en 1713 había dos cirujanos en La Habana.

El primer antecedente en Cuba sobre la formación de cirujanos (cirujanos romancistas) es el de los hermanos de la Orden de San Juan de Dios en el Hospital de San Felipe y Santiago, en una fecha no bien precisada entre 1711 y 1726, pero la enseñanza formal de la medicina se iniciaría con la fundación de la Universidad de La Habana por los frailes de la Orden de Predicadores o Dominicos en 1728 (Delgado, 1990).

En este período la Cirugía adquiere un carácter científico con el mejor conocimiento de la fisiopatología y la práctica de operaciones regladas. Se retoma el Método Clínico, que recibe grandes aportes que lo hacen un eslabón fundamental durante el proceso diagnóstico del enfermo. En Cuba se comienza a practicar y luego a enseñar la Cirugía pero de forma muy limitada.

- Período desde la segunda mitad del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX. Progreso y emancipación de la cirugía. “Época de Oro” de la clínica

La segunda mitad del Siglo XIX comienza el progreso y la emancipación de la cirugía, los cirujanos abandonan el sótano social en que se encontraban, se les reconoce su valía científica y su arte manual, y se sitúan en el lugar que les corresponde. Otro hecho importante es la creación de nuevas instituciones destinadas a la formación de los cirujanos.

Durante la segunda mitad del siglo XIX tiene lugar una serie de acontecimientos, como son el dominio del dolor con la anestesia, el control de las infecciones con la antisepsia y la asepsia y el control de la hemorragia con la hemostasia y la transfusión, que revolucionan la práctica quirúrgica y constituyen las bases sobre las que se asienta la Cirugía Moderna (Tamames, 1997) (García-Sancho, 1981).

El diagnóstico médico evoluciona desde el Método Observacional de épocas anteriores y se transformaría progresivamente en el "método científico" basado en la

comunicación, la exploración y el razonamiento, que daría a fines del siglo XIX al Método Clínico, como lo conocemos en la actualidad, que conservó y mejoró las técnicas utilizadas para el diagnóstico médico: interrogatorio y el examen del paciente.

Se va introduciendo la Historia Clínica para cada paciente y la historia llamada “de resultado final”; que establecerán las raíces de la auditoría y la supervisión en salud actuales pues se trataba con ella de definir si un mal resultado quirúrgico se debía a fallas diagnósticas, terapéuticas o al curso de la enfermedad.

En Cuba hasta finales del siglo XIX, no se realizaron operaciones en las grandes cavidades y solamente existían como especialidades la Medicina y la Cirugía, pues las demás especialidades quirúrgicas no se separaron de la Cirugía General hasta el siglo XX. A partir de la fundación de la Cátedra de Cirugía en la Universidad de La Habana, en 1924, y con ella el inicio de la enseñanza superior de esta especialidad, apareció un número creciente de cirujanos destacados en nuestro país, quienes le dieron un carácter más científico a esta rama de las Ciencias Médicas (Delgado, 1990). A finales del siglo XIX, se comenzaron a aplicar los métodos de asepsia y antisepsia en Cuba.

Carlos Juan Finlay, eminente médico cubano, fue destacado en la práctica del Método Clínico y el doctor Joaquín Albarrán, cuya obra científica en su campo fue reconocida como excelsa mundialmente y se destacó por el buen uso de dicho método.

En la primera mitad del siglo XX se produjeron grandes cambios en relación a la formación médica, que permitieron incorporar mejoras en el proceso formativo de los estudiantes de medicina (OMS, 1993). La educación médica y quirúrgica se vio muy favorecida con el “Informe Flexner” (Flexner, 1910) en 1910, y luego con la II Declaración de Edimburgo en agosto de 1988 (OMS, 1993). Estos momentos permitieron generar las condiciones necesarias para sentar las bases de la educación médica actual y han contribuido a la orientación de esta disciplina para promover una educación de calidad en estudiantes de Medicina y futuros profesionales de la salud.

En Cuba en 1906 se emplearon guantes para operar por primera vez y en 1911 se iniciaron con seguridad las transfusiones sanguíneas en nuestro país (García y col., 1986). El 27 de enero de 1929, fue fundada la Sociedad Nacional de Cirugía, la que celebró su primer congreso en esa fecha además creó una Escuela de Cirugía con numerosos discípulos notables, los que situaron a Cuba en un lugar relevante en América Latina (Torroella et al., 1987).

Fue un período de extraordinario desarrollo; introducción de la anestesia, la hemostasia, la asepsia y antisepsia, y posteriormente los antibióticos permitieron realizar grandes y complejas operaciones. En Cuba no es hasta avanzado el siglo XX que se comienzan a realizar cirugías de envergadura. El Método Clínico tiene un papel protagónico en la búsqueda del diagnóstico médico esta etapa. En Cuba se introduce su uso por médicos eminentes como Carlos J. Finlay.

- Período desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad. Avances Científico-Técnico permiten un gran desarrollo de la Cirugía. Deterioro universal en el uso del Método Clínico. Introducción y desarrollo del método Paciente Simulado

En la etapa actual se produce un espectacular avance en todos los campos al mejorar extraordinariamente los procedimientos de diagnóstico, la tecnología, los cuidados perioperatorios, el enfoque multidisciplinar del tratamiento de las enfermedades y las vías de abordaje. La complejidad creciente de la práctica quirúrgica y de la medicina hace necesaria e inevitable la especialización.

Después del 1959, la cirugía en Cuba ha contribuido activamente a obtener extraordinarios logros en la calidad de los servicios, el desarrollo de la docencia y la investigación. En el 2001 se alcanzaron las cifras de 1 702 especialistas y 271 residentes en Cirugía General, lo que no solamente garantiza las necesidades de nuestro país, sino que permitirá satisfacer las crecientes demandas de colaboración con

otros países mediante la ayuda internacionalista, la que en ese año se ha prestado en 57 países.

Un logro importante de los cirujanos de nuestro país ha sido su participación en los trasplantes de órganos y tejidos. Así, ya en 1969 contribuyeron al inicio de los trasplantes renales, de los cuales se han hecho más de 1 000 hasta el momento actual y, a partir de 1986, comenzaron a realizarse trasplantes de corazón, páncreas e hígado y autotrasplantes de tejidos con técnicas microquirúrgicas.

En 1991, se introdujo en Cuba la cirugía de mínimo acceso por vía video laparoscópica, seguida inmediatamente después por la vía toracoscópica y la de otras regiones, las cuales se han ido extendiendo progresivamente a los servicios quirúrgicos de adultos y niños en la totalidad de las provincias del país.

En los últimos años, en el mundo se aprecia un deterioro universal en el Método Clínico, fenómeno al que Cuba no es ajena. Diversos factores se implican en este proceso, entre ellos se reconocen el resquebrajamiento de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y el examen físico, o sea, del componente clínico de la medicina, y la utilización cada vez más irracional de la tecnología, sobre todo, la más sofisticada y cara para llegar al diagnóstico.

Barrows (1993) desarrolló el primer trabajo con Paciente Simulado con residentes de neurología en los años 60, publicando en 1993 una revisión del tema. En 1975, Harden introduce los Exámenes Clínicos Objetivos y Estandarizados (ECO/OSCE), metodología en la cual los Pacientes Simulados son claves.

Actualmente la simulación con Paciente Simulado está siendo utilizada en la mayoría de las escuelas de medicina en Estados Unidos, Canadá, Chile, Colombia, Europa, entre otros. También se está usando en la formación de otros profesionales de la salud como odontología, fonoaudiología, nutrición, kinesiología y enfermería.

En este período se caracteriza por extraordinarios avances en los campos del diagnóstico y la terapéutica, entre otros, lo que ha permitido importantes logros en la Cirugía. Cuba gracias al triunfo de la revolución ha estado a la par con estos logros.

Por su parte el Método Clínico ha sufrido un deterioro en su práctica a nivel mundial y Cuba no está ajena a esto. También en el período comienza la introducción y desarrollo del método Paciente Simulado en la formación de profesionales de la salud.

1.2. Caracterización del proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina

Para Sánchez (2017) y el Programa de la asignatura (2016) las formas organizativas fundamentales del proceso docente-educativo en la enseñanza de la Cirugía General son la conferencia, la clase práctica, el seminario y la práctica. Cada una de ellas tiene características propias de acuerdo con el tipo especial de actividad cognoscitiva que desarrollan los estudiantes, con el grado de dominio de los contenidos y con el tipo de habilidad que se desarrolla. La autopreparación y la revisión bibliográfica son también formas importantes de este proceso por su carácter independiente. Además, de estas formas se han agregado últimamente la utilización de vídeo/clases y la computación.

Las categorías en las que se organizan las formas fundamentales del proceso enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General serán las cuatro siguientes:

Categoría 1. Progresión del aprendizaje de cirugía en estudiantes de Medicina.

Esta categoría hace referencia al desarrollo progresivo del aprendizaje en cirugía a lo largo de la carrera. El aprendizaje de la cirugía contempla la resolución de problemas y el razonamiento que los estudiantes hagan para llegar a conclusiones que permitan el manejo del paciente, fundamentado en conocimientos básicos previos.

De esta forma, cuando el estudiante está en contacto con el paciente con cierta sintomatología clínica debe comenzar a analizar y discernir formas de diagnóstico a partir de la Historia Clínica, el examen físico y los exámenes de laboratorios. Utilizar estas

herramientas diagnósticas le permitirá ir juzgando y orientando la problemática del paciente.

La incorporación del Método Clínico como estrategia de aprendizaje fue hecho al constatar la necesidad de los estudiantes de adquirir la capacidad de relatar, razonar y fundamentar el proceso de diagnóstico. Este método hace a los estudiantes pensar.

Es posible recoger dos grandes fases de progresión del aprendizaje de la cirugía: la linealidad y la recursividad del razonamiento clínico. El razonamiento clínico tiene un desarrollo lineal caracterizado por tres fases importantes que se inician con:

- a) conocimiento del paciente y del caso clínico.
- b) luego con el interrogatorio de los antecedentes próximos y remotos del paciente.
- c) con la incorporación de los exámenes de apoyo para el diagnóstico clínico.

El razonamiento clínico se caracteriza, además, por ser recursivo ya que se debe analizar y reanalizar el desarrollo de un caso clínico o de una situación clínica dada, en el contexto de una enfermedad en evolución. Este puede darse de forma metódica, ordenada y progresiva en base a los antecedentes señalados, que al relacionarse logran llegar a un diagnóstico definitivo y la consecuente decisión terapéutica. Si es necesario, se replantea el diagnóstico y se repiten etapas a fin de corregir eventuales errores iniciales.

Categoría 2. Metodologías de enseñanza de la asignatura.

Esta categoría hace referencia a aquellas metodologías de enseñanza utilizadas en la disciplina de la cirugía. Una de las más utilizadas por los profesores es la conferencia, con la cual guían a los estudiantes en su proceso de aprendizaje, porque dan orientaciones generales y una mirada sobre la temática quirúrgica.

Silva (2018) y Domínguez et al. (2021) incluyen en esta categoría a la simulación clínica como una metodología que es propia a la naturaleza científica de la Cirugía. Esto permite escenarios que simulan la realidad de manera controlada para el desarrollo secuencial de habilidades diagnósticas entre otras.

Categoría 3. Educación en el Trabajo.

Educación en el Trabajo es una parte importantísima ya que allí se aprende, los conocimientos y habilidades de la asignatura en el trabajo diario: pases de visita, discusiones diagnósticas, guardias médicas, trabajo en salones de operaciones, etc. La Educación en el Trabajo se realiza en cualquier tipo de servicio de salud, consultas externas, consultorios del médico de la familia, policlínicos, hospitales (Sánchez, 2017).

En la Educación en el Trabajo está la práctica de lo que el futuro médico va hacer, al recoger los datos en la historia clínica, al profundizar en el análisis semiológico de los datos del interrogatorio, el examen físico y los aspectos fisiopatológicos de las enfermedades, al analizar las posibilidades de arribar a un diagnóstico, las indicaciones de los exámenes complementarios y la valoración de sus resultados, llegar a la toma de decisiones, al instaurar el diagnóstico e imponer la terapéutica aplicada, estableciendo la relación entre la evolución y el pronóstico de los pacientes, a la vez se desarrollan acciones de salud, promoción, prevención y rehabilitación.

En esta categoría el estudiante va a aprender el Método Clínico. Hay un desarrollo progresivo del aprendizaje de la cirugía, contempla la resolución de problemas y el razonamiento clínico que los estudiantes hacen para llegar a conclusiones que permitan tomar decisiones respecto del manejo del paciente, fundamentado en conocimientos quirúrgicos básicos previos (Silva, 2018).

Categoría 4. Metodologías de evaluación de la asignatura.

Las estrategias que siguen los profesores para verificar el nivel de aprendizaje de sus estudiantes de acuerdo con Programa de la Asignatura (2016) están dadas por:

- Evaluaciones sistémicas en la práctica donde se miden conocimientos previos y la capacidad de integración durante el ejercicio del Método Clínico; va dirigida a ver si han estudiado, si han contactado a su paciente y si han profundizado en los temas quirúrgicos. El docente dispone de una tarjeta de evaluación para cada estudiante para esta actividad.

- Seminarios, clases prácticas, revisiones bibliográficas etc., que se realizarán en relación con las indicaciones metodológicas de cada tema.
- Examen escrito intrasemestral y final escrito y oral.

Silva (2018) y Domínguez et al. (2021) citan como herramientas de evaluación docente para verificar el nivel de aprendizaje de los estudiantes al escenario simulado de casos quirúrgicos y con ello medir los conocimientos en el diagnóstico.

Objetivos de la asignatura Cirugía General.

En el actual Plan de Estudio de la asignatura Cirugía General (2016) para los estudiantes de cuarto año de la carrera de Medicina tiene una estancia de 10 semanas y el objetivo del estudio de ésta disciplina es ofrecer las enseñanzas imprescindibles que debe adquirir el Médico General Integral basados en la morbilidad de nuestro país, y proporcionarles un grupo de destrezas para facilitarle la atención médica comunitaria.

Esta materia facilita conocer los padecimientos de tratamientos quirúrgicos, enseñándole su etiología, aspectos clínicos, exámenes complementarios que facilitan su diagnóstico, elementos de su tratamiento, evolución y pronóstico. A la vez le instruye habilidades y procedimientos quirúrgicos menores para completar su tratamiento.

Según dicho plan de estudio, cuando termina el estudiante su rotación de vencer una serie de objetivos que incluyen realizar la anamnesis integral y obtener los datos clínicos del paciente y una síntesis de los datos que sean necesarios para la elaboración del diagnóstico y del pronóstico, tanto en enfermos crónicos, como en los de urgencias. Esto es de vital importancia para llegar al diagnóstico de las afecciones quirúrgicas, que es esencial en su desempeño como médico.

También deben exponer los conceptos que caracterizan las enfermedades quirúrgicas urgentes y electivas localizadas en el cuello, tórax, abdomen o sistema vascular periférico. Realizar la Historia Clínica de estos pacientes aplicando la fisiopatología en el análisis del cuadro clínico. En la confección de la Historia Clínica son muy importante las habilidades adquiridas durante el aprendizaje usando el método clínico.

Métodos de enseñanza en la asignatura Cirugía General.

El programa de la asignatura indica aplicar preferiblemente métodos activos de enseñanza y fundamentalmente el Método Clínico mediante el cual el docente induce los procesos de análisis y de síntesis para que el estudiante desarrolle una forma correcta de pensar ante los enfermos quirúrgicos. Señala a los métodos problémicos idóneos para la enseñanza de la clínica.

La enseñanza problémica será aplicada fundamentalmente, en seminarios y discusiones diagnósticas, así como en las conferencias sobre determinados temas. El docente será capaz de inducir el aprendizaje y desarrollará en el estudiante la capacidad de deducir por sí mismo las soluciones de los distintos problemas de la práctica diaria. Se empleará el método investigativo en determinadas actividades.

La simulación es un método de enseñanza y de aprendizaje muy útil en el ciclo clínico-epidemiológico de las carreras de Ciencias Médicas. Posibilita la realización de una práctica análoga a la que realizará el educando en su interacción con la realidad de los servicios de salud.

1.2.1. Referentes teóricos sobre el Método Clínico

El Método Clínico es definido por Ilizástigui (2010) como “el proceso sistemático por el cual los médicos logran diagnosticar una enfermedad”. (p. 52) Se asume esta definición porque tiene en cuenta la importancia del Método Clínico y que el objetivo de la atención al individuo enfermo es la curación y para lograrlo, se debe encontrar el diagnóstico correcto y prescribir el tratamiento adecuado para el problema de salud que adolece el paciente.

Por lo tanto, el Método Clínico tiene como objetivo el conocimiento del proceso salud-enfermedad del paciente; no sólo involucra el conocimiento clínico sino también epidemiológico y social, ya que, para analizar una enfermedad se debe tomar en cuenta todos los factores asociados al paciente, en el contexto biopsicosocial (Ilizástigui, 2010; Álvarez-Sintes, 2010).

Al involucrar factores del paciente y su entorno, como epidemiología, incidencias y prevalencias de enfermedades, entidades agudas y crónicas, y problemas conductuales del ser humano, entre otros; el Método Clínico evita las aproximaciones gestálticas o heurísticas (Álvarez-Sintes, 2010; Capurro, 2007). El Método Clínico, también llamado proceso de diagnóstico, conserva las técnicas utilizadas para llegar a la confirmación de una hipótesis, a través del interrogatorio, examen físico y razonamiento (Ilizástigui, 2010; Corona-Martínez, 2010). Al ser un proceso metódico, sistemático, evita que el médico emita afirmaciones por sentido común o falsas premisas, que, si es verdad, en algunas ocasiones pueden coincidir con la enfermedad del paciente, no es una regla (Ilizástigui y Rodríguez, 2010).

El Método Clínico puede aportar hasta el 95 % del diagnóstico. Es así que a través del interrogatorio se puede llegar al 60 a 70% del diagnóstico, el examen físico añade un 10 a 15% (Álvarez-Sintes, 2010; Ilizástigui y Rodríguez, 2010) y los exámenes complementarios pueden subir esta certeza diagnóstica hasta el 95% (Ilizástigui y Rodríguez, 2010; Arteaga y Fernández, 2010).

Como parte del estudio que se realiza, resulta pertinente analizar las diferentes etapas del Método Clínico. El mismo tiene etapas similares al científico, que no concluyen con el diagnóstico, sino que incluyen también el pronóstico, la terapéutica y la profilaxis (Frómeta, 2017; Arteaga y Fernández, 2010). Entonces se plantean como etapas del Método Clínico las siguientes:

- **Primera etapa:** Identificación del Problema:

El paciente siente una alteración, que lo motiva a buscar al médico, ir a consulta, a solicitar ayuda. Este es el problema de investigación, que en este caso será el trastorno o pérdida de la salud.

- **Segunda etapa:** Búsqueda de Información:

Consiste en realizar una búsqueda de información, dirigida y orientada a encontrar datos importantes que lleven a la resolución del problema. La información se obtiene de manera sistemática mediante la anamnesis (interrogatorio) y el examen físico.

Además, el médico estudia a la persona que padece y a su familia, su entorno, su estilo de vida y condición sociocultural. Esta información y el análisis subyacente permiten identificar factores precipitantes, coadyuvantes de la afección, aun si no se encuentra la causa (Ilizástigui y Rodríguez, 2010). Toda esta información detallada se recoge en la Historia Clínica.

- **Tercera etapa:** Formulación de la hipótesis.

Con toda esta información obtenida en las etapas anteriores, generalmente el médico plantea una impresión diagnóstica (diagnóstico presuntivo o hipótesis formulada), la cual debería estar basada en la información recogida y tener un fundamento teórico. Este diagnóstico hipotético es importante porque enmarca las acciones futuras que llevarán como paso final a la resolución del problema del paciente, y en ocasiones constituye ya el diagnóstico definitivo.

- **Cuarta etapa:** Contrastación del diagnóstico.

En esta fase se someterá a contrastación el diagnóstico presuntivo, mediante el estudio de la evolución del paciente y la programación de diversas pruebas de laboratorio, imagenología, anatomopatológica y otras dentro de nuestro alcance.

La decisión de indicar un examen complementario debe basarse en la urgencia del caso, la magnitud del aporte a la precisión del tratamiento, factibilidad técnica y contraindicaciones para realizar el procedimiento (Corona-Martínez, 2010). Se tendrá en cuenta también cómo interpretar el examen, los límites de la normalidad, causas de falsos positivos, falsos negativos a la hora de llevarlos al paciente.

- **Quinta etapa:** Exposición de resultados: Diagnóstico definitivo.

El diagnóstico definitivo (hipótesis diagnóstica) se aprueba o rechaza con la realización de exámenes complementarios, aunque debe recalcar que ocasionalmente se puede llegar al diagnóstico definitivo sin complementarios. En los casos que se rechace la hipótesis, se reinicia el método, convirtiéndose en un proceso en espiral (Díaz et al., 2020; Álvarez-Sintes, 2010).

Por otra parte, son disímiles los trabajos que demuestran las vulnerabilidades del Método Clínico. Dentro de ellos se destacan Vidal y Fernández (2005), Díaz et al. (2011); Bacallao y Medina (2014) y Espinosa (2016). En las mismas se señalan que hay una crisis del método clínico, debido a un progresivo menosprecio de la clínica asociado a una creciente debilidad en el desarrollo de habilidades semiológicas y clínicas, sobrevaloración de la tecnología, falta de tiempo en la consulta médica y desinterés por entablar una buena relación médico paciente.

Se observa cómo los médicos han dejado en un segundo plano las prácticas semiológicas tradicionales y no realizan el ejercicio ordenado y metódico que lleva al diagnóstico.

Citando a las fundamentales causas tendremos:

- Programas y planes de estudios no brindan a los estudiantes, conocimientos detallados de cómo se realiza el razonamiento diagnóstico y los estudiantes aprenden empíricamente, viéndolo hacer y copiando a los residentes mayores, que tampoco lo hacen adecuadamente (Díaz et al., 2011).
- Falta de tiempo, desinterés y pereza de los médicos que si conocen las técnicas y sin embargo no lo realizan (Bacallao y Medina, 2014).
- Prescribir deliberadamente exámenes para encontrar un diagnóstico, sin previamente haber realizado el ejercicio ordenado y metódico que lleve a tener presunciones diagnósticas (Corona-Martínez, 2010). Incluso, algunos médicos actúan como si las técnicas complementarias sustituyeran al pensamiento y consideran innecesario hacer presunciones diagnósticas previas (Ilizástigui y Rodríguez, 2010).

También a los problemas previamente expresados, diferentes autores han llamado la atención sobre la aparición de dos síndromes, cada vez más frecuentes en la práctica clínica actual:

1- Síndrome de la Neblina Informativa.

El Síndrome de la Neblina Informativa según Valdés-Suárez (2014) consiste en “no ver lo que hay frente a sus ojos y ver lo que no hay” (p. 4) y se produce cuando no se cumplen las etapas fundamentales del Método Clínico, por lo que se prescriben exámenes complementarios precipitados, incompletos o se repiten, luego se reciben resultados, sin una base para analizarlos. Como resultado, puede haber un porcentaje de falsos positivos y falsos negativos que el médico no sabe que se han producido, no puede disminuir la incertidumbre y no debería afirmar que ha llegado a un umbral de certeza. Para Vidal y Fernández (2005) al no disponerse de una buena hipótesis diagnóstica, se hace confusa e indistinguible la identificación de cuál es la enfermedad y cual no.

2- Síndrome de Hipocompetencia Clínica.

Para Arteaga y Fernández (2010); y Valdés-Suárez (2014) este síndrome es provocado por la pérdida paulatina de habilidades semiológicas y clínicas, con deterioro en la entrevista médica, observaciones, análisis, juicio clínico y acción del médico. La situación empeora por el desinterés progresivo de los médicos por el paciente y el exceso de confianza en la tecnología, como ya se citó anteriormente.

Si no se escucha al paciente, no existe una comunicación adecuada, por lo tanto, el paciente se siente desatendido, no tiene confianza en el médico y por lo tanto no se establece una buena relación médico paciente. Como resultado, el paciente no colaborará lo suficiente en la atención de su proceso, es posible que no tenga adherencia al tratamiento o ni siquiera lo tome (García-Núñez, 2018).

Se puede decir que no existen razones para abandonar el Método Clínico, todo lo contrario. El médico debe intentar actuar científicamente, emplear esa fuente de conocimientos para realizar un análisis exhaustivo de los problemas de salud del

paciente, luego realizar exámenes complementarios para aprobar o rechazar su hipótesis y a su vez, conocer la validez del test que realiza, su valor predictivo positivo y negativo, para según eso, tomar decisiones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas.

1.3. La simulación médica como método en el proceso de enseñanza-aprendizaje en las carreras de la salud pública

El Diccionario de la Real Academia Española (2020) dice que simular: “Representar algo, fingiendo o imitando lo que no es” y simulación: “Alteración aparente de la causa, la índole o el objeto verdadero de un acto o contrato”

Según Davini (2017):

La simulación es un método de enseñanza que se propone acercar a los estudiantes a situaciones y elementos similares a la realidad, pero en forma artificial, a fin de entrenarlos en habilidades prácticas y operativas cuando las encaran en el mundo real. (p. 33)

En otra línea de análisis, Litwin (2018) expresa que la simulación “se organiza para que los estudiantes aprendan mediante su participación en una situación similar a la real” (p. 226), esta participación permite acercar a los estudiantes a situaciones y elementos similares a la realidad, pero en forma artificial con el fin de entrenarlos en habilidades prácticas y operativas cuando las encaran en el mundo real.

En el campo de la salud para Ypinazar y Margolis (2016) la simulación clínica es un conjunto de métodos que facilitan a los estudiantes la adquisición de habilidades y destrezas clínicas, en escenarios semejantes a los reales, sin poner en riesgo a los pacientes. Aunque se puede considerar que la discusión de casos clínicos y la presentación de diversos escenarios para evaluación son formas de simulación.

La simulación no reemplaza los escenarios clínicos reales, pero permite que el estudiante aprenda, en medios controlados, contribuyendo a mejorar sus habilidades clínicas y a disminuir la ansiedad ante la realización de un examen o un procedimiento. Por lo tanto, contribuye a optimizar el cuidado y los desenlaces de los pacientes. La simulación es una

herramienta complementaria que puede acelerar el aprendizaje y enriquecer las verdaderas interacciones con los pacientes, las cuales siguen siendo la base de la educación médica (Shaefer, 2014).

Para McLaughlin y Doezem (2020) los simuladores se deben considerar como parte de un conjunto de herramientas complementarias para el entrenamiento y no en competencia con otras herramientas tradicionales.

Por tanto, se puede decir que la simulación es una representación artificial de un proceso del mundo real que es útil para conseguir objetivos de aprendizaje y ofrece la posibilidad de realizar una enseñanza objetiva, controlada y segura, con resultados de aprendizaje medibles, como proceso ha tenido su desarrollo, aspecto que resulta de gran interés para la investigación que se lleva a cabo. Corvetto et al. (2013) distinguen tres períodos en este desarrollo:

1. Los precursores, desde 1929 hasta la década de los sesenta, marcada por los simuladores de vuelo, aunque también se cita otras aplicaciones en el ámbito militar y de la medicina.
2. Desde los sesenta hasta fines de los ochenta se desarrollaron simuladores complejos, capaces de replicar características anatómicas y eventos fisiológicos.
3. La consolidación, en las dos últimas décadas, con la aceptación creciente de la simulación como un complemento y a veces como sustituto ventajoso de la formación clínica. Se desarrollan maniqués de mayor sofisticación. (p. 72)

Otro aspecto de especial atención resulta la clasificación de la simulación médica. Para ello fue necesario analizar los aportes de la simulación desde la literatura médica reciente, es posible organizar según Armijo (2020), tres variantes con mayor tendencia en su uso y ellas son las siguientes:

1. Paciente Simulado. Aspecto que por estar en correspondencia con el campo de la investigación requiere de una explicación aparte y detallada.

2. Simuladores virtuales.

De acuerdo al diccionario de términos de la Society for Simulation in Healthcare (2016) la simulación de realidad virtual es aquella que utiliza una variedad de características 3D de inmersión, altamente visuales, para replicar situaciones de la vida real y/o procedimientos de atención médica. La simulación virtual incluye simuladores en pantallas de computador, en dispositivos móviles o acoplados a lentes de realidad virtual en lo que se reconoce como simulación de inmersión.

En un grupo de estudiantes colombianos el uso de un simulador virtual demostró que, en un diseño pre y post intervención, los estudiantes mejoraban en las habilidades de entrevista clínica, examen físico, juicio clínico, relevancia de los exámenes de apoyo diagnóstico solicitados y presentación del caso (Isaza-Restrepo et al., 2018) y no sólo limitándose a las descripciones de mejora en realización de procedimientos o anamnesis y examen físico, que la mayor parte de los trabajos en la literatura caracteriza (Fleiszer et al., 2018).

Un estudio sobre un juego virtual tridimensional de una sala de emergencia, en patología quirúrgica, realizado en Alemania, demostró un cambio positivo en la medición post intervención del conocimiento declarativo de 140 estudiantes de Medicina participantes en el juego, y evaluados en una prueba de selección múltiple, con cambios mayores en estudiantes de cursos iniciales (Braun et al., 2017).

3. Simulación de alta fidelidad con *debriefing*.

Para Armijo (2020) la Simulación de Alta Fidelidad se refiere al grado en que un simulador replica la realidad, y puede ser clasificada según el logro de las habilidades que se pretenden conseguir. Éstas van desde la simulación escrita para habilidades cognitivas pasivas, hasta aquellas que posibilitan la adquisición de habilidades interactivas, psicomotoras, cognitivas e interpersonales mediante simuladores de alta fidelidad que pueden ser programados para proporcionar una respuesta fisiológica realista a las

acciones de los estudiantes y que éstas puedan tener una proyección adecuada sobre sus prácticas clínicas.

El *debriefing* según Hyland y Hawkins (2015); y Steinwachs (2010) se reconoce como el espacio para reflexionar luego de la simulación y promover aprendizajes a largo plazo. Se conceptualiza como un tiempo para reflexionar y descubrir de manera conjunta qué sucedió durante la simulación y qué significan esos hechos. A los *debriefing* se le describen por tres etapas: descripción, donde los participantes relatan su visión de la simulación y escuchan las visiones de sus compañeros; análisis, donde examinan la situación, identificando y explorando paralelismos con el mundo real; y aplicación, donde se enfocan en extraer los elementos que podrían ser relevantes en otros contextos y que desearían llevarse consigo para el futuro.

Aunque nos centramos en formas de simulación que nos permiten mejor el desarrollo de habilidades para el empleo del Método Clínico existen otras de uso frecuente en la enseñanza de las ciencias de la salud que Corvetto et al. (2013); y Steinwachs (2010) señalan como:

- Simuladores de uso específico y de baja tecnología: son modelos diseñados para replicar sólo una parte del organismo y del ambiente por lo que sólo permiten el desarrollo de habilidades psicomotoras básicas. Por ejemplo, un brazo para punción venosa o una cabeza para intubación traqueal, etc.
- Simuladores de paciente completo: Maniqués de tamaño real, manejados computacionalmente que simulan aspectos anatómicos y fisiológicos. Permiten desarrollar competencias en el manejo de situaciones clínicas complejas y para el trabajo en equipo.

En el área quirúrgica, su desarrollo ha sido amplio, lo cual se ejemplifica fácilmente con la gran cantidad de simuladores quirúrgicos que existen en la actualidad, los cuales van desde entrenadores de tipo cajas hasta simuladores virtuales, lo que justifica el uso de la simulación como una alternativa pedagógica en las ciencias de la salud.

Varios factores han afectado el proceso de enseñanza - aprendizaje de las ciencias de la salud y justifican la implementación de nuevos apoyos pedagógicos como la simulación.

Diversos autores señalan los siguientes:

1. Los hospitales de tercer nivel han venido transformándose en hospitales de atención ambulatoria o de corta estancia y sólo los pacientes más críticos tienen estancias prolongadas. Esto conlleva a que los estudiantes no tengan acceso a un espectro completo de experiencias educativas, teniendo menos oportunidad de observar y analizar pacientes con diversas condiciones, enfermedades, signos y síntomas clínicos (O'Sullivan, 2010).
2. Aunque han estado siempre presentes, las consideraciones sobre la seguridad y el bienestar de los pacientes, así como las implicaciones éticas y legales son cada vez más exigentes y obligan a replantear el método tradicional de adquisición de habilidades clínicas en hospitales de alta complejidad (Flanagan, 2014).
3. Confiar en los pacientes hospitalizados para adquirir habilidades clínicas, hace que la enseñanza pueda depender de la presentación de los casos que llegan al hospital, dejando por fuera otras situaciones clínicas importantes (Ruíz-Parra et al., 2019).
4. Estudiantes de pregrado entrenados en diferentes instituciones podrían diferir en sus habilidades, destrezas o competencias ya que tendrían diversas oportunidades para las experiencias educativas (Ruíz-Parra et al., 2019).
5. Los escenarios donde se tratan pacientes críticos constituyen sitios donde se integran los conocimientos básicos con los clínicos y se ponen a prueba las habilidades y los conocimientos. Sin embargo, frecuentemente los estudiantes de pregrado son excluidos del manejo de dichos pacientes, sin considerar que en su ejercicio posterior se pueden enfrentar situaciones similares (Ruíz-Parra et al., 2019).

6. La proliferación de facultades y el aumento del número de estudiantes frente a una disponibilidad restringida de sitios de enseñanza. Los pacientes se pueden sentir incomodados, invadidos y utilizados cuando son valorados en forma repetida, de manera individual o grupal, por razones educativas (Ruíz-Parra et al., 2019).
7. La evaluación positiva por estudiantes y graduados que han participado en diversas experiencias con nuevas tecnologías educativas (Ruíz-Parra et al., 2019).

Los aspectos antes mencionados están relacionados principalmente con el aprendizaje del Método Clínico en estudiantes de la carrera de Medicina.

En Cuba, Salas y Ardanza (2010) proponen el uso de la simulación en los procesos educativos de las Ciencias Médicas porque constituye un método de enseñanza y de aprendizaje efectivo para lograr en nuestros educandos el desarrollo de un conjunto de habilidades que posibiliten alcanzar modos de actuación superiores. Tiene el propósito de ofrecer al educando la oportunidad de realizar una práctica análoga a la que realizará en su interacción con la realidad en las diferentes áreas o escenarios docente-atencional que se trate. Es necesario que en todo momento se garantice el cumplimiento de los principios bioéticos durante la realización de las diferentes técnicas de simulación.

El empleo de la simulación permite acelerar el proceso de aprendizaje y contribuye a elevar su calidad. No puede constituir un elemento aislado del proceso docente, sin un factor integrador, sistémico y ordenado de dicho proceso. Su utilización debe tener una concatenación lógica dentro del Plan Calendario de la Asignatura que se corresponda con las necesidades y requerimientos del Plan de Estudio y de los Programas Analíticos de las diferentes asignaturas (Salas y Ardanza, 2010).

Fonseca (2010) propone que la simulación de casos, a manera de complemento, radica en contribuir al cumplimiento de importantes objetivos formativos de difícil consecución en las condiciones reales de la práctica médica y su aprendizaje.

Para Sotolongo et al. (2016) la simulación es un método de aprendizaje de gran valor en la enseñanza masiva en los servicios de estadía hospitalaria baja. El mismo ofrece

ventajas tanto para el estudiante como para el profesor, además de utilizarse con fines evaluativos, no obstante, como método también posee determinadas limitaciones, aspecto que resulta de gran interés al hacer uso de la simulación desde el punto de vista médico.

Ruíz-Parra et al. (2019); Salas y Ardanza (2010); y Fonseca (2010) plantean que el empleo de la simulación conlleva las ventajas y limitaciones siguientes:

Ventajas.

Permite al estudiante:

- Aprender y lo obliga a demostrar lo aprendido y cómo reaccionar, del modo que lo haría en el consultorio, sala hospitalaria o cuerpo de guardia, etcétera.
- Obtener, durante el ejercicio, datos realistas.
- Enfrentar los resultados de investigaciones, intervenciones y maniobras, de forma muy parecida a como tendrá que realizarlo durante su ejercicio profesional.
- Autoevaluarse.
- Acortar los períodos necesarios para aprender y aplicar lo aprendido, en algunas de sus variantes, ante nuevas situaciones.

Permite al profesor:

- Concentrarse en determinados objetivos del Plan Calendario de la Asignatura.
- Reproducir la experiencia.
- Que los estudiantes apliquen criterios normalizados.
- Idear ejercicios didácticos y de evaluación que correspondan más estrechamente con las situaciones que un estudiante enfrenta en la realidad.
- Predeterminar con exactitud la tarea concreta que ha de aprender el estudiante y qué debe demostrar que sabe hacer, así como establecer los criterios evaluativos.

- Concentrar el interés en elementos de primordial importancia y en habilidades clínicas claves para su desempeño profesional.
- Evitar o disminuir al mínimo indispensable, las molestias a los pacientes.
- En un tiempo dado desarrollar una gama mucho más amplia y representativa de problemas, así como comprobar el rendimiento del estudiante.
- Dejar a todos los estudiantes la plena responsabilidad del tratamiento de un supuesto enfermo sin riesgos, ni iatrogenias.
- Realizar una adecuada planificación de algunos de los trabajos independientes de los estudiantes previstos en el programa de la asignatura.

Limitaciones:

- La simulación imita, pero no reproduce exactamente la vida y a juicio de muchos autores este es su mayor inconveniente.
- Hay aspectos de la realidad que no se pueden simular, cuestión que hay que tener presente siempre que empleamos cualquier tipo de simulación.
- Hay que ser muy cautos al predecir (basándonos en las repuestas ante una situación simulada) cómo se conducirá una persona ante una situación real.
- No se puede restringir el desarrollo de las habilidades ni la evaluación del rendimiento de un estudiante solamente mediante la simulación, pues en las ciencias de la salud es fundamental enseñar y evaluar el desempeño de muchas habilidades profesionales, en y a través de la propia realidad. Es esencial, por lo tanto, combinar el empleo de diferentes métodos y recursos.

También se le señala que, aunque la validación sobre simulación y simuladores es apropiada y necesaria, puede ser muy difícil, costosa y consumir mucho tiempo (McLaughlin et al., 2020).

1.3.1. Uso del método Paciente Simulado en el proceso enseñanza aprendizaje en las carreras de la salud pública

El Paciente Simulado es definido por Vogel et al. (2018) como “un recurso de simulación que consiste en personas que se entrenan para representar una condición de salud con fines de enseñanza-aprendizaje o evaluación”. (p. 157) Además el uso de Paciente Simulado como recurso de enseñanza de comunicación y desarrollo de habilidades de comunicación verbal, no verbal y de la empatía ha sido ampliamente documentado. Blood et al. (2014) y Ginzburg et al. (2017) plantean que “más allá de la comunicación o su uso como recurso de evaluación, existen diversos reportes en la literatura que describen como las actividades de simulación clínica con Paciente Simulado aportan al desarrollo del método clínico en estudiantes e internos de Medicina”. (p. 80)

Se ha descrito el uso de pacientes simulados desde el comienzo del desarrollo de la competencia de razonamiento clínico, ya en el ciclo inicial de la carrera, en los cursos de anatomía y otras asignaturas básicas (Ginzburg et al., 2017); donde las simulaciones se utilizan para que los estudiantes puedan realizar un aprendizaje integrado que considere la utilidad clínica de los conocimientos básicos de la estructura y la función del cuerpo humano normal, en un enfoque de enseñanza más centrado en el estudiante que en el contenido. La integración y realismo que se logra al trabajar con estudiantes jóvenes genera también un efecto en la motivación hacia el aprendizaje.

Con el mismo fin DeSipio et al. (2018) y en estudiantes de primeros años de carrera de Medicina describen el uso de Paciente Simulado para integrar contenidos necesarios en el proceso de razonamiento clínico en gastroenterología, haciendo más fácil el reconocimiento de patrones clínicos comunes en patologías prevalentes y relevantes, y ofreciendo un contexto de significancia mayor a la oportunidad de aprendizaje.

Para Lewis et al. (2017) “un paciente simulado, en sí, es quien ha sido entrenado para representar a una persona real, que interactúa con un estudiante en un escenario

simulado y lo hace de forma realista”. (p. 10) Es la persona que hace el rol de paciente en la simulación, que hace de enfermo.

Para los desempeños de actuación simulada se suele contratar con frecuencia y en dependencia de los presupuestos de las instituciones ya que la formación y pago por actuar del actor suele ser costoso a actores profesionales, considerando que tienen una formación dramática, y una capacidad entrenada en la reproducción que facilita el desempeño (Coro-Montanet, 2019).

Las normas de buenas prácticas sientan una diferencia interesante entre un actor persona que cumple los objetivos de un dramaturgo y/o director, y cuyo principal objetivo es entretener a un público y un participante simulado, persona que realiza una actividad educativa, centrada en objetivos de aprendizaje y puesta al servicio de los estudiantes. A lo que añade que el “simulador” debe interactuar con un docente de variable experiencia en términos de representación, que responde a intereses de un currículo y a una institución académica (Coro-Montanet, 2019).

En resumen, los pacientes simulados pueden ser representados por personas sanas, enfermos debidamente curados, actores e incluso por profesores y estudiantes. Por lo que resulta aspecto de gran consideración para la investigación que se desarrolla abordar la utilidad de su uso.

Los beneficios identificados en los estudios analizados sobre el Paciente Simulado indican que hay perfeccionamiento del conocimiento, desarrollo de empatía y de habilidades de comunicación, satisfacción con el proceso de enseñanza-aprendizaje, autoconfianza, realismo, disminución del nivel de ansiedad, conforto, motivación en aprender, capacidad de reflexión y de pensamiento crítico y habilidades para el trabajo en equipo.

McGovern et al. (2006), Theroux y Pearce (2016); y Nestel y Tierney (2017) encontraron que la comunicación fue el beneficio que ganó mayor atención en los estudios analizados. Los profesores del área de salud se han preocupado cada vez más con la inserción de

estrategias de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de habilidades de comunicación, ya que la comunicación efectiva es competencia clínica esencial para el ejercicio de profesiones del área de la salud por lo que puede ser enseñada y perfeccionada efectivamente con el uso del Paciente Simulado.

La satisfacción con el método de Paciente Simulado fue analizada por Luctkar-Flude et al. (2012) y Robinson-Smith et al. (2019) planteando que el Paciente Simulado ha sido cada vez más valorada en las instituciones de enseñanza, y está relacionada al proceso de motivación para el aprendizaje). Es un indicador de buenas prácticas en el proceso de enseñanza-aprendizaje y de buenas condiciones de trabajo docente para los profesores. Puede ser influenciada por el deseo y la experiencia del cuerpo docente. En los estudios analizados, el uso de Paciente Simulado y el realismo de la estrategia fueron los mayores indicadores percibidos.

Para Luctkar-Flude et al. (2012) y Brady et al. (2015) el Paciente Simulado crea un ambiente próximo de la realidad que provoca en el individuo las mismas respuestas psicológicas que tendrían en la práctica, lo que lleva al estudiante a desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades para la toma de decisión requeridas en un escenario clínico real.

Dunlop et al. (2011), Luctkar-Flude et al. (2012), Cantrell y Deloney (2017); y Robinson-Smith et al. (2019) plantean con respecto al proceso de enseñanza aprendizaje, conocimiento y pensamiento crítico que la simulación con uso del Paciente Simulado se mostró como una herramienta innovadora y diversificada, que promueve en los estudiantes la oportunidad de reflexionar sobre la práctica, fortalecer el conocimiento previo, comprender los puntos fuertes y débiles de su aprendizaje, desarrollar el pensamiento crítico, la oportunidad de usar conocimiento y habilidades previamente adquiridos y, por eso, proporciona mayor conciencia de las reales capacidades del estudiante.

En los estudios de Curran et al. (2015) y McIlvried y et al. (2018) el Paciente Simulado demostró ser una herramienta interesante en el proceso de enseñanza aprendizaje, debido al alto nivel de aceptación de los aprendices, por hacer significativo, integrar y transformar, de forma individual y colectiva, el conocimiento teórico y práctico.

Es importante destacar que, en el desarrollo de las competencias técnicas, la dramatización tiene algunas limitaciones, ya que no todos los procedimientos pueden ser practicados en los pacientes simulados (Dunlop et al., 2011; McIlvried et al., 2018).

El Paciente Simulado se ha convertido en una herramienta fundamental para la formación y actualización de profesionales del área de la salud. Permite modelar eventos clínicos en un ambiente seguro, resultando en beneficios de aprendizaje por la posibilidad de que el aprendiz desarrolle competencias, raciocinio crítico, toma de decisión, trabajo en equipo; y, sobre todo, contribuir al fortalecimiento de la autoconfianza.

1.4. Diagnóstico del estado actual del aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina en el Hospital “Guillermo Luis”, de Moa

Desde la observación, se ha podido corroborar que en el Hospital “Guillermo Luis”, de Moa, existen situaciones que afectan la docencia directa, con pacientes con afecciones quirúrgicas, limitando la enseñanza del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en los estudiantes de la carrera Medicina. Dichas afectaciones están dadas principalmente por baja disponibilidad de pacientes debido a cirugías de corta estadía intrahospitalaria, poco volumen de operaciones por carencias o situaciones epidemiológicas complejas. Estas últimas alejan al estudiante de la “cama del paciente”, el mejor escenario para aprender y practicar el Método Clínico. Otra situación que afecta la enseñanza de dicho método es la sobrecarga asistencial de los profesores.

Las problemáticas detectadas en la enseñanza de la asignatura Cirugía General en estudiantes de Medicina en el Hospital “Guillermo Luis”, de Moa, relacionadas con el aprendizaje del Método Clínico orientado para realizar un diagnóstico más profundo para

valorar el estado actual del aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina. Para el desarrollo de la investigación se seleccionó una muestra intencional coincidente con la población de ocho profesores que imparten la docencia en la asignatura Cirugía General de la carrera de Medicina y de una población de 135 estudiantes de cuarto año de Medicina, de la cual se tomó una muestra intencional de 40 estudiantes. Se entrevistaron los ocho profesores de la asignatura Cirugía General (Anexo 1) y se encuestaron 40 estudiantes de la carrera en rotación por la asignatura (Anexo 3).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos (Anexo 2) de forma individual en la entrevista a los profesores se evidenció la contradicción existente entre la preparación que exige el modelo del profesional médico y dificultades en la preparación de los docentes para la enseñanza del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina.

El análisis y evaluación de estos instrumentos aplicados permitió determinar como principales debilidades:

En la preparación de los profesores:

- Se trabaja con un claustro de especialistas con dificultades en los conocimientos de pedagogía.
- El profesor no cuenta con un sistema de trabajo que lo prepare y oriente hacia un modelo docente para desarrollar las tareas sistemáticas con los estudiantes relacionadas con el aprendizaje del Método Clínico durante las actividades de Educación en el Trabajo.
- Los profesores tienen cierto grado de dificultad para reconocer el valor que representa para el estudiante el dominar el Método Clínico.

El 100% de los profesores refirió dificultades para utilizar las diferentes formas de aprendizaje del Método Clínico en los estudiantes durante la Educación en el Trabajo. La calidad de las preparaciones metodológicas es percibida por los docentes como regular

(75%). Se infiere que esto se debe, entre otras cuestiones, al poco conocimiento de las necesidades de superación que poseen.

En la entrevista realizada a los profesores, mostraron que el 100% refirió planificar y orientar las tareas docentes relacionadas con la enseñanza del Método Clínico, dando un cierto grado de motivación. De lo anterior se puede apreciar que ha faltado preparación en los docentes en aspectos metodológicos siendo este considerado como un mero componente del proceso sin una planificación previa en correspondencia con las particularidades didácticas de la asignatura.

En la encuesta realizada a los estudiantes con el propósito de conocer como ha sido la orientación con respecto al aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General por los profesores se aprecia que existen dificultades en cuanto a esto (Anexo 4), el 60 % la evalúan de regular o mala.

Lo cual denota que no hay un desarrollo en la práctica adecuado, pues se quedan en el plano teórico y reproductivo, ya que no se garantiza al estudiante interactuar con el escenario principal de su desempeño profesional que es la Educación en el Trabajo, donde debe desarrollar lo relacionado con el Método Clínico.

A modo de resumen, estos resultados permiten inferir como:

➤ Fortalezas

- ✓ Los profesores muestran motivación y disposición para participar en la superación de los problemas con el método clínico.
- ✓ Los estudiantes demuestran interés en conocer estrategias de tipo problemático y desarrolladoras, donde utilicen el Método Clínico.

➤ Debilidades

- ✓ Existen dificultades a nivel metodológicos en los profesores para el desarrollo del Método Clínico en la Educación en el Trabajo.

- ✓ El nivel de conocimiento y aplicación de los estudiantes es bajo con respecto al Método Clínico.
- ✓ No se han encontrado vías alternas para la enseñanza y aplicación del Método Clínico.

Estos resultados revelan la necesidad de proyectar estrategias que eleven el aprendizaje del Método Clínico en los estudiantes de la carrera de Medicina, sobre la base que propicien llevar a niveles superiores de desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje en la asignatura Cirugía General.

Conclusiones capítulo I

La fundamentación teórica permitió conocer que es amplia la bibliografía que aborda los antecedentes históricos del desarrollo de la Cirugía y el Método Clínico, de la enseñanza de la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina y de la vulnerabilidad del Método Clínico. Se revisó el tema de la Simulación y el método Paciente Simulado así como su uso en el campo de la enseñanza de las Ciencias de la Salud Pública.

Se efectuó un estudio diagnóstico que reveló dificultades en relación con el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina, en el Hospital “Guillermo Luis” de Moa. Las ideas señaladas anteriormente llevan a este investigador a considerar la necesidad del diseño de una estrategia metodológica en la cual se incorpora el método Paciente Simulado en el proceso de enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General sobre la base de que permita su utilización a partir de las potencialidades e insuficiencias detectadas para el aprendizaje del Método Clínico.

CAPÍTULO II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA FAVORECER EL APRENDIZAJE DEL MÉTODO CLÍNICO EN LA ASIGNATURA CIRUGÍA GENERAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

El presente capítulo tiene como objetivo presentar la estrategia metodológica para incorporar al proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina del método Paciente Simulado, lo cual contribuye al aprendizaje del Método Clínico. Se parte de los aspectos en el orden teórico que se asumen para el diseño de la propuesta, su presentación y pertinencia.

2.1. Fundamentos teóricos que caracterizan la elaboración de una estrategia metodológica en el proceso enseñanza-aprendizaje

La revisión documental efectuada demuestra que ha sido siempre una tarea permanente del estado cubano la formación de un estudiante de Medicina altamente calificado y comprometido con la revolución, sobre la base de un proceso de enseñanza aprendizaje que no provoque el divorcio del individuo con su época, que prepare al hombre para la vida.

Para el diseño de la metodología es necesario retomar algunos conceptos teóricos de importancia. Por lo tanto, se deben contemplar la combinación de estrategias y metodología en función de comprender la estrecha relación didáctica-pedagógica que hay entre ambas.

Un análisis etimológico permite conocer que el término estrategia proviene de la voz griega *stratégós* (que significa general como grado militar) que en su surgimiento sirvió para designar el arte de dirigir las operaciones militares, luego, por extensión, se ha utilizado para nombrar la habilidad, destreza, pericia para dirigir un asunto. Independiente de las diferentes acepciones que posee, en todas ellas está presente la referencia a que la estrategia sólo puede ser establecida una vez que se hayan determinado los objetivos a alcanzar.

El Diccionario de la Real Academia Española (2020) dice que estrategia “En un proceso regulable, conjunto de las reglas que buscan una decisión óptima en cada momento”

La estrategia es un procedimiento heurístico que permite tomar de decisiones en condiciones específicas (Díaz et al., 2020). Es una forma inteligente de resolver un problema. Las estrategias son siempre conscientes e intencionales, dirigidas a un objetivo.

Cañedo y Guerrero (2008) asumen que “la estrategia establece la dirección inteligente, y desde una perspectiva amplia y global, de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en un determinado segmento de la actividad humana” (p. 2) y entienden como problemas “las contradicciones o discrepancias entre el estado actual y el deseado, entre lo que es y debería ser, de acuerdo con determinadas expectativas”. (p. 2)

La estrategia debe concebirse como el plan que señala el sentido y las acciones a seguir en una organización para el cumplimiento de los objetivos que se hayan fijado de acuerdo con las condiciones actuales y futuras.

Torres (2005), plantea que la estrategia, en el contexto educativo, “es un conjunto de acciones que permiten alcanzar objetivos a largo plazo, concentrando las fortalezas de la organización contra sus propias debilidades o contra las amenazas que le presenta el entorno, convirtiendo tales amenazas en oportunidades para alcanzar los objetivos propuestos”. (p. 17) Este autor, precisa que la estrategia está encaminada a facilitar una dirección unificada y señala la exigencia de tres enfoques en su concepción y diseño: el enfoque de sistema, el enfoque de contingencia y el enfoque de cambio.

Después de realizar un análisis de las definiciones citadas y tomando como referencia algunos elementos metodológicos consultados sobre la elaboración de estrategias se considera pertinente, dada la diversidad de criterios existentes en torno a ella, establecer algunos aspectos que las caracterizan:

- La estrategia es un proceso de derivación de objetivos, con la intención de establecer una armonía entre el largo y el corto plazo.
- La estrategia sigue una secuencia lógica, a partir de la formulación de objetivos, y luego, concretar estos en específico y en acciones particulares.
- La estrategia implica definir las acciones que deben ser prioridad.
- Para el logro de los objetivos se debe tener en cuenta el plazo para alcanzarlos.

A partir del estudio bibliográfico realizado se asume que las estrategias deben cumplir con los requisitos siguientes:

- Se encaminan a la búsqueda de nuevas vías que contemplen la sistematización de lo mejor de la práctica educativa.
- Desarrollarse mediante la participación que comprometa a todos los sujetos implicados en las instituciones, beneficiando el clima socio-psicológico y la adecuada comunicación.
- Modelarse sobre la base de presupuestos teóricos. Deben ser precisas, flexibles, dinámicas y con posibilidades de ajustarse al cambio.
- Proyectarse sobre la base de problemas reales.

En la literatura científica es posible encontrar una amplia variedad en la tipología de estrategias. Los autores consultados convergen en las siguientes: estrategia pedagógica, estrategia escolar, estrategia de dirección, estrategia educativa, estrategia de intervención, estrategia didáctica.

Asumir desde un enfoque estratégico la necesidad de formar adecuadamente al estudiante de medicina en el conocimiento del método clínico implica la necesaria actualización, búsqueda y experimentación de alternativas que propicien la renovación

de la práctica educativa, que promuevan alternativas viables para la enseñanza de dicho método.

Para el diseño de la estrategia metodológica, es necesario retomar también aspectos importantes sobre el concepto de metodología como aporte práctico, por lo que resulta necesaria una aproximación a las posiciones que se asumen sobre la misma a partir de la diversidad de opiniones existentes acerca de su conceptualización y las particularidades de su presentación.

Para el Diccionario de la Real Academia Española (2020) dice que metodología es: “Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica o en una exposición doctrinal”

Rosental y Ludin (1981) dan una definición en sentido amplio que establece desde la filosofía y plantean que metodología “resulta el conjunto de procedimientos de investigación que se emplean en una ciencia” (p. 338) y a la vez, “la doctrina del método del conocimiento científico y de transformación del mundo”. (p. 338)

En las ciencias pedagógicas el término metodología definido por Bermúdez y Rodríguez (2003) se refiere al “estudio sistemático de los métodos, técnicas, procedimientos y medios dirigidos a la investigación o a la enseñanza de una disciplina y específica que estas posiciones parten de dos marcos referenciales diferentes: el filosófico y la expresión de un nivel metodológico particular especializado”. (p. 39)

La metodología es el conjunto de criterios y decisiones que organizan de forma global la acción didáctica. Una técnica metodológica es un procedimiento algorítmico; es una manera de hacer algo que se aplica a una actividad determinada. La técnica metodológica es un método específico, es la forma concreta de aplicar un método y supone una organización de las actividades.

El término estrategia metodológica es definido por García et al. (2011) como la “proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación de la dirección del proceso enseñanza-aprendizaje tomando como base

los métodos y procedimientos para el logro de los objetivos determinados en un tiempo concreto”. (p. 31) Es por ello que se considera como condiciones inherentes a esta el hecho de que según Carabaloso et al. (2014):

Toda estrategia transita por una fase de obtención de información (puede tener carácter diagnóstico), una fase de utilización de información y una fase de evaluación de esa información, además como su nombre lo indica, debe tener un margen para ir redirigiendo las acciones. (p. 15)

La importancia de las estrategias metodológicas radica que en la actualidad la humanidad vive en constantes cambios, donde el sistema educativo está llamado a ejercer un papel preponderante a fin de contribuir a resolver las crisis generadas por las transformaciones del ámbito educativo, por lo tanto es muy importante la formación académica del profesor para aplicar nuevos métodos, técnicas y estrategias que ayuden a incrementar el nivel de competencia de sus estudiantes en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Al fundamentar la estrategia metodológica se toman como dimensiones las siguientes:

- **Dimensión filosófica:** se asume el materialismo dialéctico, tanto en su concepción de la Teoría del conocimiento como las concepciones teóricas y prácticas acerca de las contradicciones como fuentes de desarrollo, particularmente lo referido a la categoría tarea. Toda tarea se realiza en un determinado contexto de actuación, y por tanto su realización responde a las contradicciones presentes en el mismo (Leontiev, 1983).

Se asume además la relación de las ciencias, con la tecnología y la sociedad, así como los principios de la filosofía de la educación a partir de reconocer que el proceso enseñanza-aprendizaje para el Paciente Simulado es un proceso pedagógico. Para Blanco (2004) “toda concepción descansa en una determinada concepción filosófica del hombre y de la sociedad, su carácter crítico y transformador la somete a una construcción constante”. (p. 18)

Los componentes de la actividad humana se manifiestan de diversas formas, de las cuales la tarea docente constituye una especificidad. Se asume que toda tarea docente debe ofrecer al estudiante una meta y un enfoque, derivadas a partir del cumplimiento de un determinado objetivo; además de ser desarrollada en un marco temporal finito (Capote, 2013). En la realización de tareas docentes desde el Paciente Simulado los estudiantes interactúan con los conocimientos de la asignatura y los elementos tecnológicos, a la vez que transforman sus conocimientos.

En la investigación se aborda el Paciente Simulado como herramienta que contribuye a la organización de la actividad docente y se tiene en cuenta la interpretación filosófica de la estructura de la tarea y sus componentes: la necesidad del hombre a cuya satisfacción está dirigida su tarea y el objeto de la tarea, los cuales se expresan en la propuesta al tener en cuenta no sólo las dificultades, sino también los motivos e intereses de los estudiantes. Se materializa además la interacción con el contexto educativo desarrollador a partir de la evaluación del aprendizaje del estudiante.

- **Dimensión pedagógica.** En cuanto a la dimensión pedagógica, es la capacidad que posee el docente para hacer posible los aprendizajes significativos y el desarrollo integral del estudiante, por tanto, en los centros educativos es necesaria la actualización o preparación académica del recurso humano (profesores), buscando generar en los estudiantes las experiencias requeridas en el desenvolvimiento social de manera teórico – práctico, promoviendo la reflexión, el pensamiento crítico, capaces de enfrentar las barreras que se presenten.

Por tanto, la dimensión pedagógica reúne aspectos positivos para ser llevados a los estudiantes; y éstos son el centro de la aplicación pedagógica, con el fin de alcanzar las competencias previstas, fundamentadas en la preparación integral del individuo, siendo el eje referencial del proceso educativo abordando las dimensiones epistémica, ética y estética (Mayor, 2019).

Cabe destacar, que la dimensión pedagógica se propone analizar y redimensionar el hecho educativo como un proceso interactivo-constructivo, en el cual la relación docente-estudiante y contenido crea condiciones para el encuentro entre los dos actores, el actuar del docente para enseñar de manera práctico-teórica y el deseo de aprender del estudiante, en un espacio social, cultural de acuerdo a las exigencias del contextos comunitario y social.

Al referirse a la importancia de un proceso de enseñanza aprendizaje desarrollador Zilberstein (2000) lo considera como "la vía mediatizadora esencial para la apropiación de conocimientos, habilidades, normas de relación emocional, de comportamiento y valores, legados por la humanidad, que se expresan en el contenido de la enseñanza, en estrecho vínculo con el resto de las actividades docentes y extra docentes que realizan los estudiantes". (p. 23)

Es especificado además por Zilberstein y Silvestre (2002) que "el proceso de enseñanza debe ser desarrollador en la medida que integre las funciones instructiva, educativa y desarrolladora, para lo cual es preciso que centre su atención en la dirección científica por parte del profesor de la actividad práctica, cognoscitiva y valorativa de los estudiantes". (p. 21)

Castellanos (2001) cuando plantea que "para la creación de situaciones de enseñanza aprendizaje desarrolladoras se deben tener en cuenta los siguientes principios". (p. 30)

1. La promoción de una construcción activa y personal del conocimiento por parte de los estudiantes.
2. La unidad de afecto y cognición a través de un aprendizaje racional y afectivo-vivencial.
3. El respeto a la individualidad, a los intereses, particularidades y necesidades de los estudiantes desde la flexibilidad y diversidad en objetivos específicos, contenidos, métodos, estrategias y situaciones educativas.

4. La posibilidad de aprender a través de actividades que constituyan desafíos y que despierten las motivaciones intrínsecas.
5. La participación y solución en problemas reales, contextualizados, que permitan explorar, descubrir y hacer por transformar la realidad.
6. La promoción del autoconocimiento, de la autovaloración y de la reflexión acerca del proceso de aprendizaje.
7. La valoración de la autodirectividad y el autoeducación como meta.
8. El centro en los cuatro planes básicos de la educación: aprender a conocer, a hacer, a convivir, y a ser”

A partir de los principios definidos y las exigencias didácticas para un aprendizaje desarrollador se tuvieron en cuenta para la elaboración de la propuesta los aspectos definidos por Garzón (2012), varios de estos aspectos fueron modificados, ajustándolos a esta investigación:

1. La importancia de los componentes funcionales de la actividad: planificación, orientación, ejecución y control para la organización y desarrollo del proceso de aprendizaje del estudiante con la utilización del método Paciente Simulado.
2. La búsqueda y exploración del conocimiento por el estudiante, desde posiciones reflexivas que propicien y estimulen el desarrollo del pensamiento, el autoconocimiento, la autovaloración y la independencia.
3. El desarrollo de formas de actividad y comunicación colectivas que permitan favorecer el desarrollo individual, donde la función principal del profesor es la de guiar y orientar el proceso de aprendizaje del estudiante de acuerdo con las necesidades individuales; fomentando en todo momento la motivación por la actividad docente.

4. La motivación a través de la orientación hacia el objetivo de la actividad, la vinculación del contenido de aprendizaje con la práctica profesional y el estímulo a la valoración de la actividad que realiza.
- **Dimensión interpersonal.** La dimensión interpersonal es el conjunto de habilidades, conocimientos, destrezas que caracterizan a un individuo y que son empleadas por éste para relacionarse con el medio físico y social que lo rodea. Como afirma Bernal (2003) la dimensión interpersonal se refiere al trato entre las personas o individuos (todos en general) que se encuentran conviviendo dentro del entorno docente. Abarca tanto la preparación para el desarrollo del proceso de comunicación, de intercambio de información y para el logro de relaciones de afecto, como para el trabajo en grupo o equipos.

El análisis de esta dimensión supone una reflexión sobre el clima institucional, los espacios de participación interna y los estilos de comunicación; los tipos de conflictos que emergen y los modos de resolverlos, el tipo de convivencia en el entorno docente y el grado de satisfacción de los distintos actores respecto a las relaciones que mantienen.

Está bien demostrado por múltiples estudios que el trabajo en equipo en diferentes actividades como la aviación, la milicia, los deportes y recientemente en equipos de salud, mejora el desempeño logrado comparado con la suma del rendimiento individual de los miembros.

El trabajo de equipo en el área de la salud: mejora la seguridad de los pacientes, trae ahorro económico a la institución, incrementa la satisfacción del paciente, favorece al ambiente laboral, disminuye el estrés del personal y mejora la calidad de la atención en los hospitales (Mitchell, 2012).

Antes de profundizar en la dinámica de equipo es importante conocer algunas definiciones básicas:

Equipo- Dos o más personas que trabajan juntas para elaborar un producto o brindar un servicio; teniendo todos, un mismo objetivo.

Trabajo en equipo- Conductas y actitudes que favorecen una buena interacción entre individuos trabajando juntos.

Habilidades del equipo- Se refiere a las habilidades individuales que posee cada miembro del equipo que favorece que este cumpla sus objetivos.

La simulación es un importante método para mejorar la práctica en equipo y revisar cada uno de los procesos dentro del equipo para perfeccionarlos. Tal y como se ha visto, la docencia mediante la simulación tiene como objetivo el aprendizaje, no sólo de los aspectos diagnósticos, terapéuticos y técnicos de un proceso patológico determinado, sino también aspectos como la mejora asistencial, mejora de las relaciones interpersonales, capacidad de liderazgo, toma de decisiones, capacidad de comunicación, mejora del rendimiento personal, organización del trabajo, y todos los aspectos incluidos en lo que se denomina habilidades no técnicas.

La formación de profesionales de la salud se ha centrado, tradicionalmente, en la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas; sin embargo, para conseguir un resultado óptimo y seguro de la atención a los pacientes se requieren otras habilidades denominadas “no técnicas”, basadas en el trabajo en equipo, comunicación, priorización de tareas, coordinación y utilización de recursos.

La simulación clínica como innovación en el área formativa, puede traducirse en un salto cualitativo importante, ya que permite a los participantes reflexionar y aprender de su propia experiencia, proporcionando un nuevo modelo de aprendizaje y entrenamiento en el que se entrelazan conocimientos, habilidades y actitudes. Esta metodología docente mejora el proceso de toma de decisiones, la comunicación entre el equipo, la optimización de recursos y, posibilita el error, que en casos reales tendría graves consecuencias.

De lo expresado se resume que el aprendizaje se da en la actividad (externa e interna del sujeto) y de la comunicación con otros en la asimilación de la cultura, por lo que es una actividad social y no sólo un proceso de realización individual, lo que marca la dialéctica entre lo individual y lo social en el proceso de desarrollo de la personalidad.

- **Dimensión de la fidelidad.** En la simulación, la fidelidad es el grado en que el aspecto y el comportamiento del simulador y el escenario clínico coinciden con la apariencia y el comportamiento del sistema simulado.

La interacción e introspección del estudiante con la simulación propuesta, es el objetivo principal de la simulación. Sin embargo, la integración creíble del estudiante al escenario o tarea a desarrollar puede variar por diversos factores. Por esto, la fidelidad de la simulación es un aspecto indispensable para su desarrollo y aplicación.

Las tareas a realizar en una simulación pueden ir desde la colocación de un acceso vascular periférico, hasta una valoración y manejo clínico completo del paciente. Esto hace necesario el uso de un equipo tan simple como un brazo para canalizar la vena periférica, o tan complejo como un maniquí computarizado en el cual se puedan auscultar los ruidos cardiacos y respiratorios (simuladores de baja y alta tecnología).

Por definición, la simulación implica el desarrollo de competencias que incluyan los aspectos cognitivos, psicomotores y actitudinales; aspectos que no se pueden trabajar únicamente con el acceso a simuladores de alta fidelidad tecnológica. Para su desarrollo, es necesaria la implicación física y psicológica del estudiante. Esto abre a la fidelidad en simulación dos campos o dimensiones adicionales en la obtención del aprendizaje significativo: la fidelidad ambiental y la fidelidad psicológica. Estos campos son más importantes que la fidelidad de equipo o tecnológica, y deben ser manejados y previstos en el ejercicio de la simulación. Este esquema deriva de la

tipología descrita por Rehmann y cols. (2015) y tiene la ventaja de ver la fidelidad desde la perspectiva del estudiante.

La fidelidad psicológica se relaciona con el grado en que el estudiante percibe la simulación para que le sea creíble y con la manera de cubrir la realidad que se desea experimentar. Trata de que el estudiante sienta que está desarrollando la tarea real durante la simulación.

La fidelidad ambiental refiere duplicar los efectos visuales, auditivos, de movimiento y sentimiento del medio ambiente en que se desarrolla el escenario donde el estudiante demuestra sus habilidades. La fidelidad de simulación se refiere al grado con que el simulador duplica la apariencia y la sensación de la realidad.

La fidelidad de simulación y la fidelidad ambiental pueden maximizar el desarrollo de la fidelidad psicológica, pero nunca suplirla. Por tal motivo, la fidelidad psicológica es considerada la piedra angular del desarrollo de la fidelidad en simulación.

La calidad de la simulación del Paciente Simulado depende de la capacidad de los profesores para definir las habilidades que desean evidenciar a través de la misma y de la calidad en la construcción de escenarios pertinentes que logren que el estudiante se sitúe en un ambiente muy cercano a la realidad.

- **Dimensión tecnológica:** la utilización de las TIC en el aprendizaje de la asignatura Cirugía General permite las interrelaciones de los estudiantes y les ofrece un espacio significativo para el trabajo grupal, sean presenciales o a distancia.

Se entiende como el aprovechamiento de las TIC desde el enfoque del aprendizaje desarrollador, a la activación del aprendizaje que se suscita a partir de los cambios en los roles de los profesores, los estudiantes y su grupo estudiantil, donde el uso de elementos de multimedia como imágenes, videos, sonidos entre otros y tecnología para visualizar dichos elementos como computadoras o televisores se convierten en mediadores que permiten desarrollar la actividad del Paciente Simulado de forma más dinámica y atractiva y se enseña y mide el conocimiento

de una manera muy cercana a la realidad. Estos fundamentos ofrecen una base educativa, interactiva y desarrolladora a la tecnología con fines docentes, como es el caso que ocupa esta investigación.

A modo de resumen de esta parte se puede decir que la estrategia metodológica del método Paciente Simulado permite el refuerzo de los conocimientos previos y la integración de los mismos con habilidades diagnósticas. Permite una formación estandarizada, repetible, sin riesgo, que posibilita la capacitación de acuerdo al progreso individual, así como la formación para el trabajo en equipo y el desarrollo de estrategias para la resolución de problemas de diferente y progresivo nivel de complejidad. El desarrollo de métodos de simulación permite abordajes clínico-reflexivos que mejoran la autoconfianza de los estudiantes en las posteriores situaciones clínicas con el paciente y tienen un impacto directo en la seguridad clínica.

2.2. Presentación de la estrategia metodológica del Paciente Simulado para el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General

La utilización del Paciente Simulado no puede entenderse como la incorporación aislada y anárquica de un método de enseñanza en el proceso docente educativo. Su empleo en la docencia médica no va dirigido a la adquisición por el estudiante de cualquier tipo de contenido de aprendizaje; ni debe ser utilizada en cualquier momento del proceso. Es por ello que el método Paciente Simulado no sustituye al aprendizaje de la Medicina en los disímiles puestos de trabajo y nunca sustituye al ser humano real en el proceso formativo.

El propósito del método Paciente Simulado radica en contribuir al cumplimiento de importantes objetivos formativos de difícil consecución en las condiciones reales de la práctica médica y su aprendizaje.

La estrategia metodológica elaborada está en plena correspondencia con las tendencias actuales de la educación médica y con las aspiraciones y rasgos que caracterizan el proceso de formación de Médicos en la universidad cubana, por lo cual contribuye a elevar la calidad del proceso docente educativo.

La estrategia metodológica para la incorporación del método Paciente Simulado al proceso de enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General está cimentada en estos tres elementos:

I- Fundamentación de la estrategia.

Elementos que la fundamentan:

- La plena correspondencia entre la estrategia y las tendencias actuales en la educación médica y las principales características que rigen la formación de médicos generales en Cuba según Morales et al. (2005) y Alemañy et al. (2014) están dadas por adquisición de habilidades y competencia básicas (mayor capacidad resolutoria), actividad y aprendizaje del estudiante–papel del profesor, concepción biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, aprendizaje individual-aprendizaje grupal, y enfoque formativo dirigido a la comunidad.
- El valor pedagógico del método Paciente Simulado en el aprendizaje en la carrera de Medicina está dado por: la participación activa del estudiante, la vinculación de la teoría con la práctica, el alto poder motivador, la vía para implementar la resolución de problemas, aprovechamiento del error en función del aprendizaje, y el aspecto ético (la protección al paciente).
- Las condiciones reales de aprendizaje propias de la Educación en el Trabajo no son convenientes para la necesaria ejercitación que todo proceso de formación y desarrollo de habilidades requiere; situación que se da específicamente con el aprendizaje de las habilidades diagnósticas y para tomar decisiones terapéuticas con el paciente.

II- Modelo teórico para la elaboración de la estrategia.

El modelo teórico de la estrategia metodológica elaborada está determinado por:

- El enfoque sistémico del proceso docente educativo, en calidad de marco referencial. Este enfoque aporta a la propuesta elaborada, como idea, que no

podemos incorporar la simulación de casos en el proceso docente sin tener en cuenta, por una parte, la interrelación que con carácter de ley se produce entre los diferentes componentes o categorías de dicho proceso; y por otra parte, la subordinación del resto de las categorías a los objetivos del proceso (Álvarez de Zayas, 1999).

- La multiplicidad de métodos sencillamente expresa la idea de que más de un solo método de enseñanza, en el proceso docente son utilizados, armónicamente combinados, distintos métodos en función de los objetivos a cumplimentar, y un ejemplo de ello es que, precisamente esta estrategia metodológica es la resultante de la integración, de la fusión método Paciente Simulado con el Método Clínico, para el aprendizaje de este último, donde el primero determina las condiciones de la actividad y el otro aporta la lógica a seguir por el estudiante en la ejecución de la tarea.
- El papel del profesor, tiene una gran relevancia no sólo en la elaboración con la calidad necesaria de todos los ejercicios, sino también en la maestría para la conducción de las actividades docentes donde se utilice la simulación de casos, bajo el argumento de que es más relevante todo el contexto metodológico de las actividades docentes que la mera aplicación de un método u otro de manera aislada.

III- Incorporación del método Paciente Simulado al proceso de enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General

A partir de estos argumentos la estrategia metodológica queda conformada básicamente por dos componentes. Al primero de ellos lo hemos denominado puntos de intervención, y no es más que la definición de cómo intervienen o participan los distintos componentes del proceso docente en la asignatura Cirugía General en su reorganización, en función de la incorporación del método Paciente Simulado. La utilización del método Paciente Simulado va a estar dirigida hacia la consecución de dos tipos de objetivos

fundamentales: el relacionado con el de aprendizaje del Método Clínico para el diagnóstico de las enfermedades, y la elaboración de un plan de tratamiento en base a dicho diagnóstico. Esto determina a su vez que los principales contenidos a vencer por el estudiante se correspondan con las habilidades de tipo terapéuticas y de toma de decisiones, así como dominar el Método Clínico, siempre en función de los principales problemas de salud a resolver por el médico.

Otro componente consiste en recomendaciones necesarias para la correcta incorporación de la simulación y que atañen directamente al profesor en su condición de organizador del proceso docente.

1. El profesor debe garantizar la calidad de los ejercicios docentes (simulaciones) con los cuales trabajará el estudiante, para lo cual es sumamente importante que aplique cabalmente la metodología de la elaboración de estas simulaciones; debe hacer énfasis en la calidad del tratamiento del contenido y en mantener el realismo del ejercicio, aspecto este muy relacionado con la motivación del estudiante hacia la realización de las tareas.
2. Se combinará el aprendizaje individual con el grupal; y la dinámica de las actividades se caracterizará por ser participativa, y privilegiará el diálogo y el debate. Para ello, se sugiere el trabajo de los estudiantes con las simulaciones individualmente o en pequeños grupos en un primer momento, seguido de una discusión colectiva del o de los ejercicios, discusión durante la cual, el profesor puede introducir nuevos elementos a la situación abordada inicialmente, cambios que, al provocar un mayor número de operaciones cognitivas, reorientan la actividad mental del estudiante hacia la búsqueda de otras variantes de solución, dada la diversidad de situaciones que caracterizan la práctica asistencial real.
3. Los cambios introducidos por el profesor durante la discusión grupal de los ejercicios deben contribuir a reforzar en el estudiante el enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad al hacer ver, desde la misma proyección comunitaria,

la variabilidad de situaciones con que un mismo problema puede presentarse en la práctica real determinada por aspectos sociales, económicos, familiares, psicológicos y culturales.

4. El profesor utilizará de una forma productiva para el aprendizaje los errores cometidos por los estudiantes, y velará, además, porque no se produzca un manejo inapropiado del ejercicio de simulación, de forma tal que pueda generar una insensibilización en los estudiantes ante situaciones como la mala práctica. Para ello conducirá el estudiante a distanciarse del juego y reflexionar sobre el proceso realizado y los resultados.
5. El profesor debe cumplir con su función educativa desde la misma confección de los ejercicios de simulación, y debe intensificarla durante el desarrollo de las actividades docentes.

La estrategia metodológica elaborada se aplicará a los estudiantes de la carrera de Medicina en su rotación por la asignatura Cirugía General y el contenido docente estará en base al programa de la asignatura. Para fines de la implementación del método Paciente Simulado se han considerado cuatro fases: diagnóstico, preparación, ejecución y evaluación.

FASE DE DIAGNÓSTICO

En esta fase corresponde diagnosticar para conocer cuáles son las potencialidades y las debilidades que poseen los profesores y estudiantes para poner en práctica el Método Clínico y con ello el método Paciente Simulado, a través de la aplicación de diferentes instrumentos, el tratamiento metodológico y su puesta en práctica.

Resulta de gran valor la determinación de las necesidades de los profesores fundamentalmente en lo teórico, en lo metodológico y lo práctico a través de las siguientes acciones:

- Revisión de documentos; aplicación de entrevistas y encuestas a los profesores.

- Observaciones a clases; aplicación de una prueba pedagógica a los profesores objetos de muestra.
- Realizar un diagnóstico en los estudiantes para conocer el estado su preparación con respecto a sus habilidades para realizar la anamnesis y examen físico.

En esta fase debe valorarse cuales materiales se necesitan para la implementación de la estrategia metodológica.

FASE DE PREPARACIÓN

En esta fase se deben considerar todos los aspectos relacionados al proceso de enseñanza aprendizaje, como son los objetivos, contenidos, recursos para el aprendizaje, docente a cargo y todo lo que se va a requerir para el funcionamiento de la actividad.

Los objetivos de cada caso deben ser claros, simples, bien definidos y no muy numerosos. Por ello, se recomienda que sean como máximo 15 minutos de duración cada caso para facilitar el aprendizaje de los estudiantes a la hora de realizar el análisis y discusión en cada escenario. Además, para conseguir los objetivos de aprendizaje se debe explicar a los estudiantes cómo funciona el Paciente Simulado. Los objetivos no tienen que ser fijos para cada caso simulado, sino que hay que adaptarlos a las características de los pacientes simulados empleados.

El diseñar el caso es un arte y a la vez una ciencia. No hay unas normas fijas establecidas a la hora de escribir un buen caso, pero si aspectos a tener en cuenta como los que recomienda el Manual de la Universidad de Cádiz (2011):

- Asegurarse de que el tema a tratar es importante y tiene su relevancia para las necesidades de aprendizaje de los estudiantes.
- El caso simulado estará basado en la Historia Clínica de un paciente lo que lo hará auténtico y real.
- Aportar interés al caso; que aparezcan aspectos que supongan un reto.

- Ha de haber puntos clave que permitan inferir en qué grado se han alcanzado los objetivos por parte del estudiante.
- Tratar de no dejar nada al azar, pues es una actividad educativa que va a tener repercusión en el aprendizaje del estudiante. Se ha de contar con los cambios esperados o no que puede haber durante el transcurso del escenario simulado.

La complejidad del caso puede variarse en función de los objetivos a alcanzar y de los conocimientos previos del estudiante, incluyendo ejercicios de valoración del paciente a través de la entrevista y la exploración física, y la indicación de exámenes complementarios.

El facilitador es la clave para el aprendizaje de los participantes. Un facilitador competente está obligado a gestionar la complejidad de todos los aspectos de la simulación. Debe ser un profesor de experiencia.

Los facilitadores guían y apoyan a los participantes para entender y alcanzar los objetivos. Además, el facilitador se acopla a los participantes para la búsqueda de soluciones prácticas basadas en la evidencia, con el fin de ampliar el desarrollo de la habilidad y el juicio clínico del participante. El facilitador ajusta la simulación para cumplir con los objetivos de aprendizaje basadas en las acciones de los participantes. El facilitador ayuda a los participantes a identificar las acciones positivas, las acciones que podrían haber cambiado para promover mejores resultados en los pacientes, y cómo cambiar las actividades para satisfacer el aprendizaje, si no se alcanzan los resultados esperados.

Para lograr el resultado deseado de una experiencia simulada el facilitador debe ser capaz de:

- Comunicar con claridad y asegurar la comprensión de los objetivos, metas y resultados esperados a los participantes.
- Crear un ambiente de aprendizaje seguro que soporta/anima el aprendizaje activo, la práctica repetitiva.

- Promover el mantenimiento de la fidelidad en el entorno de la simulación.
- Reconocer y utilizar el método de facilitación adecuado al nivel de aprendizaje, experiencia y competencia de los participantes.
- Identificar y evaluar el desempeño individual y de grupo en lo que se refiere a la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes y comportamientos adecuados.
- Demostrar comportamientos éticos y profesionales.
- Promover y apoyar la simulación como metodología de aprendizaje.
- Establecer métodos para obtener una retroalimentación significativa para los participantes, observadores y otros facilitadores o instructores respecto a la efectividad del facilitador.
- Demostrar modelos de rol al asumir un papel en la simulación
- Alentar y utilizar la tecnología como punto de referencia de los cuidados a fin de proporcionar una atención segura y de calidad.

La preparación del “Simulador” es otro aspecto importante que basará su representación en la Historia Clínica del paciente, explicará sus síntomas de forma creíble, evitando las palabras técnicas, con un lenguaje coloquial y respondiendo específicamente a las preguntas que les hace el entrevistador. En cuanto al examen físico debe describir los hallazgos que se encontrarán en este. En todo momento evitará dar información más allá de la solicitada.

El “simulador” será entrenado previamente por el profesor responsable de la actividad para cada caso que deba interpretar. Se entrenarán adecuadamente se le explicarán los objetivos de su trabajo y un escrito de los casos clínicos en que deberán trabajar.

La preparación de los estudiantes será en base al tema a tratar empleando los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos previamente. Con respecto a la actividad

del Paciente Simulado recibirán información adecuada sobre el método. Se organizarán en equipos de cinco o seis estudiantes para trabajar en colectivo, aunque la evaluación será individual y la nota en dependencia del grado de participación y conocimientos demostrados. Además los estudiantes deben sensibilizarse con el valor e importancia del aprendizaje del Método Clínico

Como materiales complementarios del método Paciente Simulado, se preparan imágenes y/o videos que contengan parte del examen físico, complementarios que incluyen radiografías, ultrasonidos, TAC, etc. Además, se podrán presentar otros medios de multimedia como sonidos que ayuden a simular el caso lo más real posible.

La actividad docente será en un aula con un equipo con pantalla que permita visualizar elementos de multimedia como imágenes, videos, etc.

FASE DE EJECUCIÓN

Después de la preparación de las condiciones necesarias se pasa a la ejecución de la estrategia. Al inicio el facilitador hará una breve introducción de la actividad, luego se va desarrollando la misma por etapas.

Primera etapa. Presentación del caso.

El “simulador” presenta los datos generales del caso y el motivo o el problema de salud que lo trajo a consulta.

Segunda etapa. Búsqueda de Información.

Los estudiantes formulan preguntas relacionadas con el interrogatorio y el examen físico o sea realizar una búsqueda de información, dirigida y orientada a encontrar datos importantes que lo lleven diagnóstico presuntivo. En cuanto al examen físico como este no se realizará, el simulador se va a limitar a describir lo que demande el estudiante, basándose en la Historia Clínica del caso original. Elementos del examen físico podrán ser presentados en imágenes y/o videos.

Tercera etapa. Formulación de la impresión diagnóstica.

Los estudiantes formulan una impresión diagnóstica o diagnóstico presuntivo el cual estará basado en la información recogida. Esta hipótesis diagnóstica es importante porque enmarca las acciones futuras que llevarán como paso final a la resolución del problema y debe ser planteada en conjunto, por el equipo.

Cuarta etapa. Comprobación del diagnóstico.

Los estudiantes deben someter a comprobación el diagnóstico presuntivo, para lo cual solicitará justificadamente y de manera enfocada una diversidad de pruebas diagnósticas (laboratorio, imagen, anátomo-patológicas, etc.). Las imágenes e informes deben interpretarse adecuadamente por los estudiantes.

Quinta etapa. Diagnóstico definitivo.

Se presentará el diagnóstico definitivo que permitirá indicar la terapéutica.

Sexta etapa. Reflexión y conclusiones.

Es el espacio para reflexionar, debatir y concluir luego de la simulación, descubrir de manera conjunta qué sucedió y qué significan esos hechos. Esto se debe hacer de forma crítica, analizándose lo sucedido tanto los aspectos positivos como negativos.

FASE DE EVALUACIÓN

Esta fase es de suma importancia, será la que permitirá evaluar cómo se influyó el problema que dio origen a la estrategia, si existe algún cambio en cuanto a los resultados esperados. La evaluación se hará de forma sistemática y al final de la aplicación de la estrategia.

Para la evaluación se ajustaron a esta estrategia los indicadores propuestos por Gamboa (2008):

- Eficiencia: se mide por la calidad del desarrollo de las actividades y por la comparación entre el estado inicial del conocimiento de los estudiantes y el estado obtenido con la aplicación de la estrategia.

- Nivel de aceptación: por la aceptación de los estudiantes, motivación de los mismos por realizar las actividades y grado de cooperación.
- Impacto: se refiere a la importancia que le confieren a la estrategia, a los resultados alcanzados en comparación con el problema que se quería solucionar y al nivel de aplicación y generalización de la propuesta a otras asignaturas de la carrera.

En esta etapa también es importante tener en cuenta la evaluación individual y colectiva para lograr mayor objetividad en los resultados y favorecer el perfeccionamiento de la estrategia.

Los resultados que se obtengan le brindarán a la comunidad educativa un nivel de información suficiente y un espacio para el debate, la reflexión, y el perfeccionamiento del método Paciente Simulado como estrategia para el aprendizaje del Método Clínico en la carrera de Medicina.

Es necesario resaltar que la estrategia metodológica planteada es flexible y puede ser enriquecida en dependencia de la transformación que se vaya alcanzando con su aplicación. Los profesores contarán con la posibilidad de proyectar su labor educativa y transformadora en la medida que se amplíe el horizonte de conocimiento.

2.3. Pertinencia para la introducción del método Paciente Simulado al proceso enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General

Se realizó una valoración de la pertinencia de las tareas propuestas para introducir el método Paciente Simulado como estrategia metodológica en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General, donde se tuvo en cuenta la opinión personal de los profesores de la asignatura.

En el taller de socialización (Anexo 5) participaron los ocho especialistas profesores de la asignatura, de ellos cuatro especialistas de I Grado en Cirugía General, dos especialistas de I Grado en Coloproctología, un especialista de I Grado en Angiología y un especialista de I Grado en Caumatología y Cirugía Plástica. En cuanto a la categoría docente, dos asistentes y seis instructores.

Se les entregó a los participantes las tareas diseñadas con los elementos que la componen: tema, objetivo, acciones a desarrollar, bibliografía y sugerencias metodológicas para su análisis previo y se les explicó durante el taller el objetivo de la investigación y se les explicó la estrategia a desarrollar, lo cual con los criterios emitidos ayudaron para la elaboración final.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de pertinencia:

- Posibilidades que ofrece la estrategia para alcanzar el objetivo propuesto.
- La estrategia puede ponerse en práctica en los diferentes escenarios formativos del Hospital “Guillermo Luis”, de Moa.
- Los términos utilizados en la presentación de la estrategia son asequibles.

Los participantes del taller de socialización consideraron que la estrategia contribuye a:

- Mejorar el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General.
- Lograr una adecuada vinculación de los contenidos que aprende el estudiante con las tareas y ocupaciones que caracteriza el perfil del médico.
- Orientar tareas que favorecen el tránsito del estudiante, desde la apropiación hacia la aplicación del contenido para resolver problemas profesionales.
- El crecimiento personal del estudiante al ponerlo a valorar el significado social y profesional que tiene para él la apropiación de los contenidos aprendidos con la estrategia.

Los especialistas señalan como principales transformaciones en el aprendizaje de los estudiantes las siguientes:

- El desarrollo de habilidades en el manejo de los diferentes problemas de salud que presentan el paciente y la comunidad.
- Una correcta apropiación de los conocimientos sobre Cirugía General.

- Elevar el interés y la motivación para dar solución a los diferentes problemas de salud.
- En un mejor tratamiento al desarrollo de la expresión oral de los estudiantes.
- Contribuye a mejorar la formación del trabajo en colectivo de los estudiantes.

Lo anterior permite resumir como elementos emergidos de la realización del taller de socialización los siguientes:

- Con la estrategia se favorece el aprendizaje del Método Clínico en los estudiantes de la carrera de Medicina.
- Agrega a los métodos tradicionales del proceso enseñanza aprendizaje de la asignatura Cirugía General uno nuevo para el desarrollo de habilidades diagnósticas con el Método Clínico.
- El método Paciente Simulado favorece la participación activa de los profesores en el proceso enseñanza aprendizaje en la asignatura Cirugía General.

Conclusiones del Capítulo II

La estrategia metodológica elaborada para la introducción del método Paciente Simulado en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General de la carrera de Medicina, se sustenta en los aspectos teóricos que fundamentan la aplicación de este método en una modalidad sin la presencia del paciente real, además de ser consecuentes con el modelo de formación de los profesionales de la salud en Cuba.

Los resultados obtenidos en el taller de socialización durante la constatación de la pertinencia de la estrategia metodológica, se comprobó que se pueden propiciar nuevas alternativas en el proceso de enseñanza aprendizaje de los contenidos que se imparten en la asignatura Cirugía General permitiendo mejorar la actividad docente

CONCLUSIONES GENERALES

Atendiendo al proceso investigativo realizado, se arribaron a las conclusiones generales siguientes:

- El proceso investigativo realizado permite plantear que la Cirugía se ha beneficiado con los progreso científico técnico de la humanidad, con un espectacular avance en la actualidad. La utilización del método Paciente Simulado ha tendido un crecimiento exponencial en la educación de los profesionales de la salud.
- Durante los últimos años se han evidenciado circunstancias que han provocado que no se aplique correctamente el Método Clínico, con resultados adversos tanto para el médico, como para el paciente y su familia.
- El estudio diagnóstico realizado en estudiantes y profesores demostró que existen insuficiencias para el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en la carrera de Medicina en el Hospital “Guillermo Luis”, de Moa.
- Al incorporar al sistema de métodos del proceso enseñanza aprendizaje de asignatura Cirugía General de la carrera de Medicina, el método Paciente Simulado se abren las posibilidades de una estrategia que tiene el potencial de enriquecer la educación de los profesionales de salud.
- Los criterios obtenidos en el desarrollo del taller de socialización y la consulta a los profesores durante la constatación de la pertinencia del método Paciente Simulado revela la factibilidad de la misma para beneficiar el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en los estudiantes de la carrera de Medicina y en correspondencia con las exigencias para el perfeccionamiento docente.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados alcanzados en la presente investigación se recomienda:

- Dar continuidad a investigaciones encaminado a seguir la incorporación del método Paciente Simulado al proceso de enseñanza aprendizaje en otras asignaturas de la carrera de Medicina y otras del campo de la Salud Pública para contribuir en el perfeccionamiento docente.
- Implementar el uso de la estrategia metodológica del método Paciente Simulado en las TIC para dar continuidad al proceso formativo de los estudiantes de las carreras de Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemañy, E.J., Otero, J., Borroto, R. y Díaz-Perera, G.M. (2014) El pensamiento de Fidel Castro Ruz sobre el modelo del especialista en Medicina General Integral. *Rev Cubana Educ Med Super*, 16(3), 231-48.
- Álvarez de Zayas, C.M. (1999). *La Escuela en la Vida. Didáctica*. 3ra edición. Ciudad de La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
- Álvarez-Sintes, R. (2010) El método clínico en la práctica de la medicina familiar. *Medisur*, 8(5), 7. Recuperado en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1337>
- Armijo Rivera, I. S. (2020). *Aprendizaje del clínico: Aporte de la simulación de alta fidelidad con debriefing en medicina*. (Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud). Concepción, Chile.
- Arteaga, J. y Fernández, J.A. (2010) El método clínico y el método científico. *Medisur*, 8(5), 12-20. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098003.pdf>
- Ávila, R., Mahana, P., Rivera, C. y McColl, P. (2016). Simulación clínica como método de formación de competencias en estudiantes de medicina. *Rev Educ Cienc Salud*. 13(1), 11-14.
- Bacallao, G. y Medina, B. (2014). El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica, *Acta Médica del Centro*, 8(2), 131-138. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50461>
- Baptista, R., Pereira, M. y Martins, J.C. (2014). Simulação no ensino de graduação em enfermagem: evidencias científicas. *SOBRACEN*. 65-76.
- Barrows, H.S. (1993). An Overview of the Uses of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. *Acad Med*, 68 (6), 443-51.

- Bermúdez Serguera, R. Rodríguez Rebutillo, M. (2003). Algunas consideraciones teóricas para el tratamiento metodológico de las habilidades básicas en la educación superior. La Habana: Rev. Educ. Med. Superior, 23(1), 39-46.
- Blanco, A. (2004). Introducción a la sociología de la educación. La Habana: Ed. Pueblo y Educación.
- Brady, S., Bogossian, F. & Gibbons, K. (2015). The effectiveness of varied levels of simulation fidelity on integrated performance of technical skills in midwifery students - a randomised intervention trial. Nurse Educ Today, 35(3), 524-9. doi: 10.1016/j.nedt.2014.11.005
- Braun, L., Zwaan, L., Kiesewetter, J, & Fischer, M. (2017). Diagnostic errors by medical students: results of a prospective qualitative study. BMC Med Educ, 17, 191. Recuperado en: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1044-7>
- Cantrell, M.J. & Deloney, L.A. (2017). Integration of standardized patients into simulation. Anesthesiol Clin, 25(2), 377-83. doi: 10.1016/j.anclin.2017.03.003
- Cañedo, A.R. y Guerrero, P.J. (2008). Dirección por valores: una gestión con la persona como centro. Acimed, 17(2). Recuperado en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v17n2/aci02208.pdf>
- Capote, M. (2013). Dimensiones e indicadores para un aprendizaje y una enseñanza desarrolladora. Revista Científico Pedagógica Mendive, 42, 7.
- Carballoso, M., Toledo C.G., Cruz, A., Reyes, S.M. y Fernández A.O. (2014). Salud pública como ciencia integradora y multidisciplinaria. En: Toledo Cúvelo G. Fundamentos de la salud pública I. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 15-20.
- Carrera, O.G. (1960). Clínica, clínico. En: El Barbarismo en Medicina. D.F. México: Uteha, 49-63.
- Castellanos, D. (2001). Hacia un aprendizaje desarrollador. La Habana: Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona.

- Colectivo de Autores. (2016). Carrera de Medicina. Programa de la Asignatura: Cirugía General. La Habana.
- Coro-Montanet, G. (2019). Actores para escenarios de alta fidelidad en educación médica. *Simulación Clínica*, 1 (3), 144-148. Recuperado en: www.medigraphic.com/simulacionclinica
- Corona-Martínez, L. (2010). El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente. *Medisur*, 8(5), 3. Recuperado en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1324/6080>
- Corvetto, M., Bravo, M., Montaña, R., Escudero, E. y Boza, C. (2013) Simulación en educación médica: una sinopsis. *Rev Med Chile*, 141, 70-9.
- Curran, V.R., Mugford, J.G., Law, R.M. & MacDonald, S. (2015). Influence of an interprofessional HIV/AIDS education program on role perception, attitudes and teamwork skills of undergraduate health sciences students. *Educ Health*. (Abingdon), 18(1), 32-44. doi:10.1080/13576280500042606
- Davini, M. C. (2017). Métodos de Enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores.
- Delgado, G. (1990). Historia de la enseñanza superior de la medicina en Cuba, 1726-1900. La Habana: Ed. Ciencia Médica.
- DeSipio, J., Gaughan, J., Perlis, S. & Phadtare, S. (2018). Use of Real Patients and Patient-Simulation-Based Methodologies for Teaching Gastroenterology to Pre-Clinical Medical Students. *Healthcare (Basel)*, 6(2), 61. Recuperado en: <https://doi.org/10.3390/healthcare6020061>
- Díaz, J., Gallego, B. y Calles, A. (2017). Bases y particularidades del método clínico en la atención primaria de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 27(2), 232-244. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200011&lng=es1

- Díaz, J.H., Díaz, N. y Fálcon, I.N. (2020). Estrategia metodológica para el perfeccionamiento del servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Ginecobstétrico en Camagüey. *Humanidades Médicas*, 20(1), 5-27. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100005&lng=es&nrm=iso
- Domínguez, L.C., Valentín-Vega, N.V., Pepín, J.J., Sierra, D.O. y Lotero, J.D. (2021). Se hace camino al andar: Educación médica de pregrado en el Departamento de Cirugía, Universidad de La Sabana. *Rev Colomb Cir*, 36, 25-34. Recuperado de: <https://doi.org/10.30944/20117582.648>
- Dunlop, K.L., Barlow-Stewart, K., Butow, P. & Heinrich, P. (2011). A model of professional development for practicing genetic counselors: adaptation of communication skills training in oncology. *J Genet Couns*, 20(3), 217-30. doi: 10.1007/s10897-010-9340-y
- Espinosa, A. (2016). La clínica y la medicina interna. Apuntes históricos y proyecciones (primera parte: "el pasado"). *Fórum de ciencia y técnica*. Recuperado de: <http://www.forumcyt.cu/UserFiles/forum/Textos/0601899.pdf>
- Fasce, E., Ibáñez, P. (2013). *Fundamentos y práctica de la educación médica*. Capítulo I., 27-29, 1 a ed. Concepción: Editorial Universidad de Concepción, 73--8.
- Flanagan, B., Nestel, D. & Joseph, M. (2014). Making patient safety the focus: crisis resource management in the undergraduate curriculum. *Medical Education*, 38, 56-66.
- Fleischer, D., Hoover, M., Posel, N., Razek, T. et al. (2018). Development and Validation of a Tool to Evaluate the Evolution of Clinical Reasoning in Trauma Using Virtual Patients. *J Surg Educ*, 75(3), 779-786. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.08.024>

- Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin N.o.4. Boston, Massachusetts: Updyke.
- Fonseca, M. (2010). Propuesta metodológica para la incorporación de la simulación de casos clínicos al sistema de métodos de enseñanza-aprendizaje en el internado rotatorio de Pediatría. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur, 8(1).
- Frómata, A. (2017). El método Clínico: Perspectivas actuales. Bionatura. Volumen 2 / Número 1. DOI. 10.21931/RB/2017.02.01.8. <http://www.revistabionatura.com>
- Gamboa Rodríguez, R. (2008) Estrategia de comunicación pedagógica para el establecimiento de relaciones armónicas del profesor con sus alumnos en la Educación Técnica y Profesional/ R. R Gamboa.- Trabajo para optar el título académico de Máster. Holguín.
- García, A., Rodríguez, J. y Taché, M., (1986). Desarrollo de la cirugía general y pediátrica en Cuba. La Habana: Ed. Palacio de las Convenciones.
- García, E. (2011). La estrategia metodológica de preparación de los docentes. Cuadernos de Educación y Desarrollo, 3 (31). Recuperado de: http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Unidad_Innovacion/Actuaciones/ANEXOS_2011_2012/359759948_2211201213917.pdf
- García-Núñez, R. (2018) El método clínico en la Atención Primaria de Salud: algunas reflexiones. Medisur, 8(5), 11. Recuperado de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1338>
- García-Sancho, M.L. (2005). Cirugía. Concepto. Hitos históricos. Book-attachment-2983.pdf. Recuperado de: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2983.pdf>
- García-Sancho, M.L. (1981). Desarrollo histórico de la Cirugía. Discurso de la Apertura del Curso 1981-1982. Universidad de Extremadura. Badajoz, Secretariado de Publicaciones.

- Garzón, L. E. (2012). Estrategia metodológica para la gestión del trabajo independiente con apoyo en las TIC en la asignatura Física. Tesis para optar por el Título de Máster en Tecnologías en los Procesos Educativos, Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría, La Habana.
- Ginzburg, S., Brenner, J., Cassara, M., Kwiatkowski, T, et al. (2017). Contextualizing the relevance of basic sciences: small-group simulation with debrief for first- and second-year medical students in an integrated curriculum. *Adv Med Educ Pract*, 8, 79-84. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.2147%2FAMEP.S124851>
- Harden, R.M. & Gleeson, F.A. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ*, 13 (1), 41-54.
- Hyland, J. R., & Hawkins, M. C. High-fidelity human simulation in nursing education: A review of literatura and guide for implementation. *Teaching and Learning in Nursing*. 2015. 4(1), 14–21.
- Ilizástigui, F. (2010). El método clínico: muerte y resurrección. *MediSur*, 8, 52-62. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098010>
- Ilizástigui, F., Rodríguez, L. (2010). El método clínico. Revista en internet: *MediSur*, 82-11. Recuperado de: <http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098002>
- Isaza-Restrepo, A., Gómez, M., Cifuentes, G. & Argüello, A. (2018). The virtual patient as a learning tool: a mixed quantitative qualitative study. *BMC Med Educ*, 18, 297. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1395-8>
- Leontiev, A. (1983). *Actividad, conciencia y personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Lewis, K.L., Bohnert, C.A., Gammon, W.L., Hölzer, H., Lyman, L., Smith, C., et al. (2017). The association of standardized patient educators (ASPE) standards of best practice (SOBP). *Adv Simul*, 2 (1), 10.
- Litwin, E. (2018). *El Oficio de Enseñar. Condiciones y contextos*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 226.

- Luctkar-Flude, M., Wilson-Keates, B., Larocque, M. (2012). Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in an undergraduate nursing health assessment course. *Nurse Educ Today*, 2 (4), 448-52. doi: 10.1016/j.nedt.2012.04.011
- Lukas, R., Blood, A., Park, Y., Brorson, J. (2014). Assessment of neurological clinical management reasoning in medical students. *J Clin Neurosci*, 21(6) 919-922. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2013.09.006>
- Mayor, D. (2019). (2019). Dimensiones pedagógicas que configuran las prácticas de aprendizaje-servicio. *Pág. Educ*, 12(2). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.22235/pe.v12i2.1834>
- McGovern, M.M., Johnston, M., Brown, K., Zinberg, R., & Cohen, D. (2016). Use of standardized patients in, undergraduate medical genetics education. *Teach Learn Med Summer*, 18(3), 203-7. doi: 10.1207/s15328015tlm1803_3
- McIlvried, D.E., Prucka, S.K., Herbst, M., Barger, C., & Robin, N.H. (2018). The use of role-play to enhance medical student understanding of genetic counseling. *Genet Med*, 10(10), 739-44. doi: 10.1097/GIM.0b013e318187762e
- McLaughlin, S.A., Doezem, D., & Sklar, D.P. (2020). Human simulation in emergency medicine training: a model curriculum. *Academic Emergency Medicine*, 9, 1310-1318.
- Mitchell, P., Wyni, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Rohrbach, V., & Von Kohorn, I. (2012). National Academy of Sciences. Core principles & values of effective team—base health care. Discussion Paper Institute of Medicine, Washington DC. Recuperado de: www.iom.edu/tbc
- Morales, I., Borroto, R., y Fernández, B. (2005). Políticas y estrategia para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. *Rev Cubana Educ Med Sup*, 19(1), 46-52.

- Nestel, D., & Tierney, T. (2017). Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ*, 2(7) 3. doi: 10.1186/1472-6920-7-3
- OMS. (1993). Conferencia Mundial de Educación Médica. Recomendaciones. Edimburgo.
- O'Sullivan, M., Martin, J., & Murray, E. (2010). Student's perceptions of the relative advantages and disadvantages of community-based and hospital-based teaching: a qualitative study. *Medical Education*, 34, 648-655.
- Porrás-Hernández, J.D. (2016). Enseñanza y aprendizaje de la cirugía. *Inv Ed Med*, 16(5) 261---7. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.008>
- RAE. (2020). Diccionario de la lengua española. 23 edición actualizada.
- Rehmann, A., Mitman, R., & Reynolds, M. (2015). A handbook of flight simulation fidelity requirements for human factors research. Technical Report No. DOT/FAA/ CT-TN95/46. Wright-Patterson AFB, OH: Crew Systems Ergonomics Information Analysis Center.
- Robinson-Smith, G., Bradley, P.K., & Meakim, C. (2019). Evaluating the Use of Standardized Patients in Undergraduate Psychiatric Nursing Experiences. *Clin Simul Nurs*, 5(6), 203-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2019.07.001>
- Rosental, M., y Ludin, P. (1981). Diccionario Filosófico. Argentina: Ediciones Universales, p 338.
- Ruiz-Parra, A., Ángel-Muller, E., y Guevara, O. (2019). La simulación clínica y el aprendizaje virtual. *Tecnologías complementarias para la educación médica. Rev.Fac.Med*, 57, 67-79.
- Rutkow, IM. (2020). Historia de la cirugía. En: Townsend CM. (ed.). *Sabiston. Tratado de Cirugía*. 20^v ed. Madrid, Elsevier, 3-19.
- Salas, R.S., y Ardanza, P. (2005). La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. *Rev Cubana Educ Med Sup*, 9(1-2), 14-23.

- Sánchez, C. A. (2017). Docencia en cirugía general. Una propuesta para su perfeccionamiento. *Rev. Ciencias Médicas*, 11(3).
- Shaefer, J.J. (2014). Simulators and difficult airway management skills. *Pediatric Anaesthesia*, 14, 28-37.
- Silva, V. (2018). Elementos de la didáctica en la cirugía en pregrado: un estudio cualitativo. *Inv Ed Med*, 7(25), 53-60. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.005>
- Sotolongo, I., Pérez, C., y Delgado, I. (2016). La simulación: una alternativa a la enseñanza masiva. *MediSur*, 4(1), 49-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1800>
- Steinwachs, B. (2010). How to facilitate a debriefing. *Simulation & Gaming*. 23(2), 186-195. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1046878192232006>
- Sullivan, S., Bingman, E., O'Rourke, A., & Pugh, C. (2016). Piloting Virtual Surgical Patient Cases with 3rd-year medical students during the surgery rotation. *Am J Surg*, 211(4), 689-696. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.11.021>
- Tamames, S. (1997). Concepto e historia de la cirugía. En: Tamames Escobar S, Martínez Ramos C (eds.). *Cirugía. Fisiopatología General. Aspectos básicos. Manejo del paciente quirúrgico*. Madrid, Editorial Médica Panamericana, S.A., pp. 1-10.
- Theroux, R., & Pearce, C. (2006). Graduate students' experiences with standardized patients as adjuncts for teaching pelvic examinations. *J Am Acad Nurse Pract*, 18(9) 429-35. doi: 10.1111/j.1745-7599.2016.00158.x
- Torres, J. L. (2005). Propuesta de instrumentos para el diagnóstico del estado actual del desempeño pedagógico del profesor tutor de la ETP en la provincia Holguín. ISP. José de la Luz y Caballero- facultad Ciencias Técnicas, Departamento Industrial, (Proyecto), p. 17.

- Torroella, E., Presno, J. A., y Vidal Yebra, J. M. (1987). Cirugía. 2da. edición. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, pp. 10-19.
- Universidad de Cádiz. (2011). Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Manual de Casos Clínicos Simulados. Jerez de la Frontera, Cádiz. Recuperado de: http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Unidad_Innovacion/Actuaciones/ANEXOS_2011_2012/359759948_2211201213917.pdf
- Valdés-Suárez, O. (2014). La medicina interna y el método clínico: pasado, presente y futuro. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Recuperado de: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/41>
- Vidal, M., y Fernández, J. A. (2005). Medicina basada en la evidencia: Reflexiones sobre el tema. 19(1), 1. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100010&lng=es
- Villaverde, M. (1936). Medicina indígena y medicina española. Revista de Medicina y Cirugía de La Habana.
- Vogel, D., Meyer, M., & Harendza, S. (2018). Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. BMC Med Educ, 18, 157. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1260-9>
- Ypinazar, V.A., & Margolis, S.A. (2016). Clinical simulators: applications and implications for rural medical education. Rural and Remote Health, 6, 527. Recuperado de: <http://rrh.deakin.edu.au>
- Zilberstein, J. (2000). Reflexiones acerca de la necesidad de establecer principios didácticos para un proceso de enseñanza-aprendizaje desarrollador. Enseñanza y aprendizaje desarrollador. pp. 6-23.
- Zilberstein, J., Silvestre, M. (2002). Hacia una didáctica desarrolladora. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. p. 23.

ANEXOS

Anexo 1

Entrevista a profesores de la asignatura Cirugía General de la carrera de Medicina.

Compañero profesor(a), se está realizando una investigación para perfeccionar el proceso de formación de profesionales en la carrera de Medicina, por lo que se necesita de su colaboración y sinceridad en las respuestas que brinde. Se le propone total anonimato y utilizar los resultados solo con carácter científico.

Preguntas

1. ¿Qué papel juega el Método Clínico en el contexto de la asignatura Cirugía General de la carrera de Medicina para los estudiantes?
2. ¿Qué importancia usted le concede a la planificación de actividades docentes para el aprendizaje del Método Clínico en los futuros Médicos?
3. Mencione algunas de las debilidades y fortalezas que, a su juicio, presenta el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General en los estudiantes de la carrera de Medicina en el Hospital "Guillermo Luis" de Moa.

Anexo 2

Resultado de la encuesta a profesores.

Pregunta # 1: Consideran que el Método Clínico es una vía eficaz para el desarrollo de habilidades diagnósticas en la asignatura Cirugía General en los estudiantes al vincular la teoría con la práctica.

Pregunta # 2: Es importante planificar actividades docentes para el aprendizaje del Método Clínico ya que es uno de los medios más efectivos para el desarrollo de habilidades diagnósticas y estimula la autonomía del estudiante en su formación y para su vida práctica a partir de las aspiraciones y metas determinadas por la sociedad.

Pregunta # 3: La carrera de Medicina en el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General, en el Hospital "Guillermo Luis" de Moa presenta como debilidades:

- ✓ Los profesores tienen pocos conocimientos de Pedagogía.
- ✓ El profesor no cuenta con un sistema de trabajo que lo prepare y oriente hacia un modelo docente para desarrollar las tareas sistemáticas con los estudiantes relacionadas con el aprendizaje del Método Clínico durante las actividades de Educación en el Trabajo.
- ✓ Los profesores tienen cierto grado de dificultad para reconocer el valor que representa para el estudiante el dominar el Método Clínico.

A modo de conclusión con la aplicación de este instrumento se puede afirmar que:

Existen insuficiencias en la preparación de profesor para elaborar tareas docentes como una forma de orientar el aprendizaje del Método Clínico que propicien mejorar el aprendizaje de los estudiantes en la asignatura de Cirugía General, lo cual limita que una vez egresados alcancen las exigencias del modo de actuación del profesional. Es insuficiente la preparación metodológica de los profesores.

Anexo 3

Encuesta a los estudiantes de Medicina.

Compañero estudiante, se está realizando una investigación que contribuirá a perfeccionar el proceso de formación como futuro Médico, para lo cual se necesita su colaboración y sinceridad en las respuestas que brinde. Muchas Gracias.

Pregunta 1: Si tuviera que otorgar una evaluación a la orientación en lo con el Método Clínico por parte de su profesor qué evaluación otorgaría:

Bien: ____ Regular: ____ Mal: ____.

Pregunta 2: Marque con una x las causas que, a su juicio, considera que limitan el aprendizaje del Método Clínico en la asignatura Cirugía General.

Poco o ningún contacto con los pacientes quirúrgicos.

Los profesores no exigen por su realización.

No se cuenta con la bibliografía básica y complementaria suficiente para realizarlas.

No se tienen posibilidades de utilización de las Nuevas TIC.

Los profesores le orientan otras actividades y no cumplen las habilidades a vencer según el plan temático.

Los profesores la atención necesaria en los pases de visitas, cuerpo de guardia o consultas.

Anexo 4

Tabla #1

Orientación del Método Clínico según los estudiantes por los profesores

	Bien	Regular	Mal
Opinión del estudiante	16	18	6

Fuente: Encuesta

Anexo 5

Metodología seguida para desarrollar el taller de socialización.

Objetivo: Construir criterios fiables que desde un enfoque colectivo y sobre la base del análisis y la argumentación, aporten juicios valorativos de la pertinencia del método Paciente Simulado para favorecer el aprendizaje del Método Clínico, en la asignatura Cirugía General, en los estudiantes de la carrera de Medicina en el Hospital “Guillermo Luis” de Moa.

Lógica general:

Etapas previas al taller:

1. Se definen los participantes que brindarán su opinión crítica y construcción colectiva respecto a las tareas propuestas.
2. La selección de los especialistas participantes, desde una percepción global, se escogen aquellos que tienen afinidad y conocimientos profesionales sobre el tema a tratar en el taller.

Etapas de ejecución del taller:

1. Introducción del taller: se realiza una presentación del fundamento teórico, que sustenta las tareas empleando alrededor de treinta minutos.
2. Desarrollo del taller: se da apertura al debate, que es conducido por el investigador. Se auxilia de dos registradores que van documentando las intervenciones realizadas. En caso de algún planteamiento polémico, se somete al análisis colectivo, que el investigador estimula con el fin de lograr la suficiente argumentación alrededor del objeto de discusión. Agotado el debate, se da lectura al registro de la sesión de trabajo, para verificar la fidelidad entre el documento y los planteamientos que se realizaron.

Conclusión del taller: A modo de conclusión el investigador resume los aspectos en los que concuerda con el auditorio, que fueron suficientemente argumentados y que se aceptan como elementos para perfeccionar la propuesta.

Etapas posteriores al taller:

1. Después del taller el investigador realiza un minucioso estudio del registro correspondiente. Elabora una síntesis de los aspectos más destacados.
2. Perfecciona las tareas propuesta incorporando los elementos que aportó el taller.
3. Se elabora una síntesis de lo que aportó el taller.