



El taller clínico

Modalidad pedagógica intensiva y por procesos

- **Ricardo Molina Valencia. MD, Profesor Asociado Depto. Cirugía, Universidad Nacional de Colombia. Magister en Educación**

“Nada que en verdad merezca la pena de ser aprendido, puede, en rigor ser enseñado. Por muy grandes que sean los afanes del maestro siempre habrá una última precisión, una postrera claridad, una gota, la más sabrosa del jugo científico o artístico que no podrá transmitírnos, que habremos de conquistar con nuestro propio esfuerzo doloroso”
José Ortega y Gasset (1)

Permanentemente nos quejamos de la falta de interés de nuestros estudiantes por algunos de los temas, lo cual conlleva la escasa asimilación de los mismos, con detrimento de la calidad de la educación y por consiguiente de la calidad de la solución de problemas a la exigencia profesional más tarde; esta situación se hace particularmente grave cuando el estudiante “debe rotar” por una unidad clínica especializada durante una semana de cuatro días. De otra parte, también se ha puesto en evidencia que el estudiante se muestra incapaz de aprender por sí solo articulando los diferentes conocimientos adquiridos en forma previa a una nueva experiencia clínica, evidenciada básicamente en la solución de un nuevo problema. Estos elementos hacen parte de lo que aparece explícito en el programa de una asignatura y constituyen parte del llamado currículo explícito; éste está regulado en la práctica por la calidad del acto pedagógico y su contenido y tiene por objetivo instruir en el saber profesional específico al futuro médico (2, 3).

El otro hecho de fundamental importancia en educación médica es la inadecuada comunicación que se realiza al interior del grupo docente asistencial constituido por los docentes y los estudiantes; y entre este grupo y el paciente. Los problemas de comunicación son evidentes, entre otras cosas, en el maltrato que cotidianamente sufren los enfermos y en las malas relaciones con el personal paramédico y administrativo de nuestros hospitales. Los profesores no somos conscientes que el conjunto de estas relacio-

nes y la forma como nosotros las manejamos, son aprehendidas por el estudiante, las perpetuará cuando se convierta en profesional autónomo y las mantendrá si accede a la docencia. La aprehensión de estos elementos contribuye a formar la personalidad del futuro profesional y hacen parte del denominado currículo oculto (4), dado que no está explícito en los contenidos de un curso o de un programa y están esencialmente regulados por la práctica ética (5).

La práctica pedagógica tradicional se ha caracterizado por ser de orientación magistral, así se ha impuesto porque resulta más fácil y de hecho el maestro se siente más seguro, porque por naturaleza el hombre, por la seguridad que se ofrece, se acoge más fácilmente a los ya probados por tradición. La actitud de *Magister Dixit* está asociada a un estudiante pasivo dispuesto a aceptar la autoridad académica del maestro, porque también para el aprendiz resulta más cómoda la posición de alguien que piense por él, y en últimas le esté informando acerca de los “puntos claves que serán preguntados en el examen”. El estudiante no está preocupado por buscar por sí mismo la solución a problemas a los que más tarde se verá enfrentado, ni a hacer asimilación crítica de los elementos que encuentra en su entorno que le permitan apropiarlos y poner en práctica un proceso para aprender a aprender y llegar de esta manera a la reconstrucción crítica del conocimiento.

Todos los elementos anteriormente expuestos hacen parte del acto pedagógico mismo y se le denomina también práctica regulativa. El contenido del discurso pedagógico, también denominado discurso instruccional, tampoco está exento de problemas en la educación médica. La mayor parte de las veces, los profesores especialistas, particularmente los más jóvenes, estamos más preocupados por hacerle explícitos al estudiante sus limitaciones como “médico general” y cada vez más lo conducimos hacia el

horrendo ejercicio defensivo de la medicina, con lo que el futuro galeno ha asimilado más sus propias limitaciones técnicas y las del medio, que sus propias y creativas –bien razonadas y fundamentadas– propuestas de solución que como médico puede y debe estar en condiciones de dar a los problemas que le son consultados.

MARCO TEORICO

Fruto de la preocupación permanente por la problemática expresada, desde hace varios años, en la Unidad de Neurocirugía se trabajaron diversas modalidades didácticas con los estudiantes de pregrado de las carreras de medicina y enfermería, que buscaban mejorar la relación docente-asistencial, superar las deficiencias que impone la escasa permanencia del estudiante en su “rotación” y la pobre motivación que los temas propios de la neurocirugía despiertan en el médico, por considerarlos, a ultranza, muy especializados y porque esta modalidad terapéutica produce desencanto y poca credibilidad de beneficio real para el enfermo. A estos problemas, de estirpe pedagógica, se unía la necesidad de enmarcar la práctica docente asistencial en un contexto de alta calidad ética; que los elementos formativos del currículo oculto se hicieran evidentes para que el estudiante asimile comportamientos adecuados frente al ser humano que sufre dolor. Que asimile que tener en la memoria el flujo completo de una reacción bioquímica en cadena o evocar en la memoria clasificaciones o lista de procedimientos que en ocasiones utiliza el especialista, no pueden ser considerados como criterios para decir que “sabe medicina”; sin serle clara la necesidad de saber resolver con autonomía científica y ética problemas inmediatos y saber comunicarse con el enfermo y constituir equipo de trabajo con otras personas.

Para Basil Berstein (6) el dispositivo pedagógico se ordena alrededor de reglas jerárquicas, recontextualización, evaluación, identidad y ética, que de no ser adecuadamente ordenadas y reconocidas, llevan a contradicciones, divisiones y dilemas, tales que la práctica pedagógica no necesariamente reproduce el discurso pedagógico, y lo que el estudiante adquiere no necesariamente es lo que el maestro pretende transmitirle. Igualmente importante resulta para Berstein debilitar el marcado aislamiento que existe entre la educación y la producción de conocimiento, en otras palabras, entre la producción y la reproducción del saber. A la ruptura de este aislamiento la ha denominado el mismo autor “el debilitamiento de la clasificación” y consiste sencillamente en que la producción y la reproducción del conocimiento compartan principios generativos similares. Esto da origen a la concepción pedagógica por solución de problemas, como

procedimiento que le permite al estudiante y al profesor acceder a procesos de investigación clínica.

La teoría de la acción comunicativa (7, 8) y los postulados éticos que de ella pueden desprenderse, sirven como marco de referencia para superar la problemática planteada por los problemas de comunicación y ética del acto docente-asistencial cotidiano. Se busca con la acción comunicativa crítica relativizar los megalenguajes de los especialistas para romper los feudos que establecieron con sus conocimientos, superar el ámbito de violencia y desprecio por el saber artesanal que creó la modernización, obtener credibilidad subjetiva y enriquecer la racionalidad pedagógica en lo moral-práctico y en lo estético-expresivo. Todos los elementos mencionados han sido abandonados en la práctica pedagógica médica y reemplazados por la cosificación del mundo de la vida a través de la acromegalia de la razón instrumental (9).

Despertar la motivación del estudiante y lograr en corto tiempo, es decir intensificar los procesos, la aprehensión de contenidos básicos y esenciales es una tarea pedagógica ardua que se puede conseguir con el estímulo de la duda en el estudiante y ayudándole a entender procesos de construcción del conocimiento utilizando las herramientas previamente adquiridas. Se impone hoy en día la necesidad, cada vez más apremiante, de reconstrucción del conocimiento en forma autónoma. Para ello, las metodologías que permitan aprender a aprender, son de gran interés en la actualidad (10), como también lo han demostrado en medicina las que se centran en la solución de problemas que obligan a una intensa relación docente-discente y a la participación activa por parte del estudiante, mediada por el acceso directo al enfermo, la consulta bibliográfica y la elaboración de una guía de trabajo, que adecuadamente propuesta y elaborada, le permite ordenar y re-elaborar su conocimiento y sus actitudes.

EL TALLER CLINICO

Tomando como marco de referencia los problemas y las propuestas anteriormente enunciados, desde hace tres años se viene poniendo en práctica lo que se denomina Taller Clínico. La palabra taller se derivó del vocablo francés *Atelier* que a su vez se derivó del latín *Astellarium*, nombre dado por los latinos a los astilleros. El taller pedagógico es una reunión de trabajo donde los participantes, unidos en pequeños grupos, buscan aprendizajes prácticos que les permita formar, desarrollar, y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades, para operar el conocimiento, transformar el objeto del problema y cambiarse a sí mismo. (11).

En el esquema anexo se puede apreciar el proceso que sigue el desarrollo del taller clínico. Conviene resaltar algunos elementos, en particular los diferentes procesos que se realizan y que permiten por parte del estudiante y también del docente reelaborar permanentemente y en forma crítica no sólo el conocimiento mismo, sino las prácticas asistenciales, éticas y pedagógicas. De fundamental importancia es el trabajo del docente en la supervisión y orientación del trabajo directo de los estudiantes y que el trabajo con el paciente y en el aula de clase no se constituyan en espacios magisteriales que distorsionarían por completo los fines perseguidos.

La elaboración de la guía, como eje articulador del proceso de consulta y de los procesos de lectura y escritura, tan necesarios hoy en día, es tarea que debe articular todos los elementos mencionados en el planteamiento y solución del problema clínico en estudio. No es fácil y requiere de una constante revisión y reestructuración de acuerdo a las necesidades de

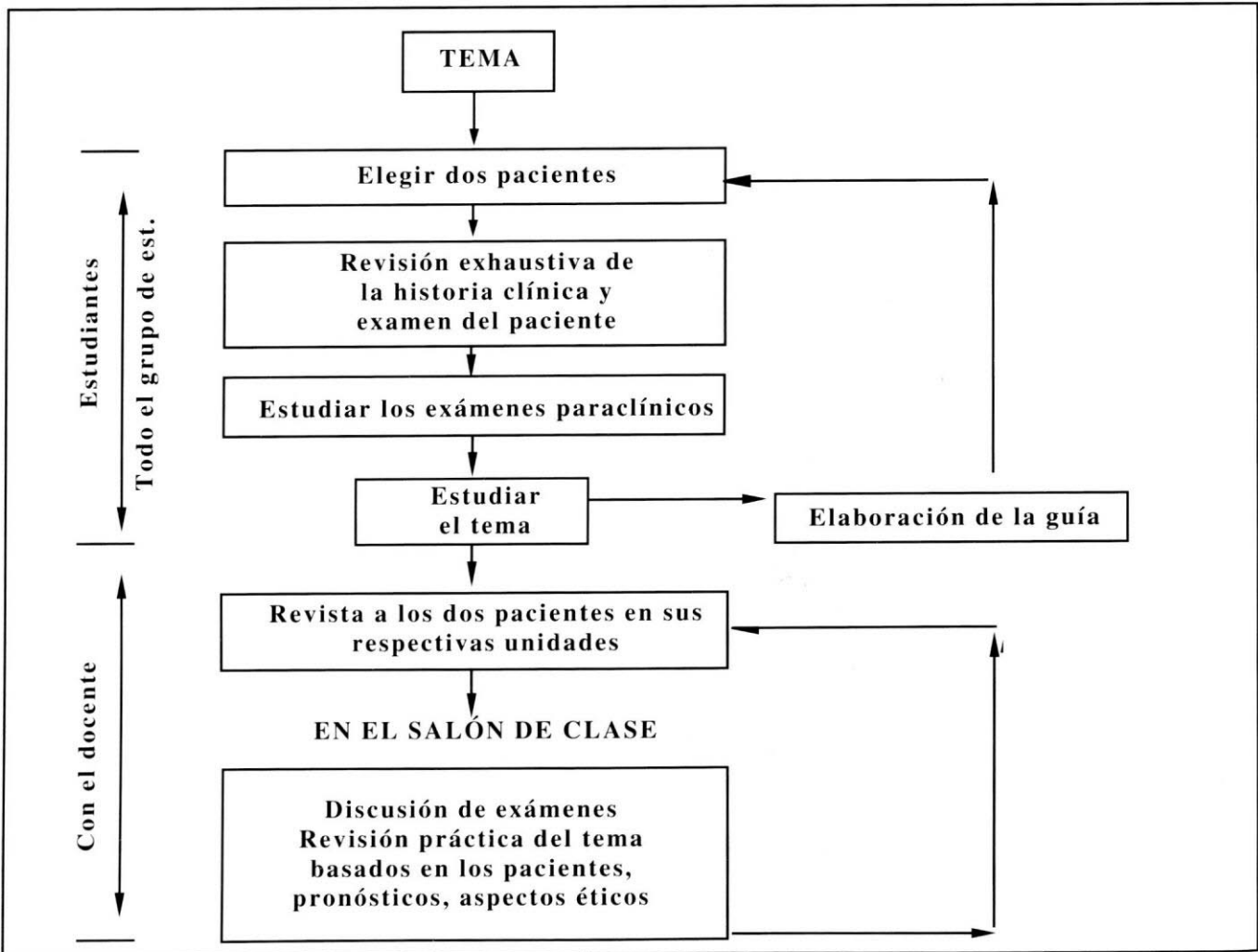
los grupos mismos y de las disponibilidades asistenciales y bibliográficas. Para esta labor, se ha hecho necesario delimitar lo fundamental del conocimiento neuroquirúrgico para el médico y que con la ayuda de fuentes bibliográficas adecuadas, en el poco tiempo del que dispone para el trabajo, en forma intensiva para interactuar con el enfermo, con el docente, con sus compañeros y el equipo de trabajo hospitalario.

CONCLUSIONES

Evidentemente que poder verificar la bondad pedagógica mediante la verificación de los cambios conseguidos en los estudiantes y los profesores y la calidad del acto docente-asistencial que mejore la calidad asistencial misma, trasciende a las pretensiones de esta presentación.

Permítaseme por lo pronto adelantar algunos de los logros hasta ahora obtenidos:

ESQUEMA PARA EL TALLER CLINICO



Hacer explícitos elementos formativos del currículo oculto, esenciales a la práctica médica de alta calidad ética: asistencia, benevolencia, beneficencia; al tiempo que se ha permitido un proceso universitario ético de mejor calidad.

Continuar en el docente un proceso de perfeccionamiento pedagógico y profesional y humano.

Acceder al estudiante con motivación al proceso de aprender a aprender que le permita autonomía intelectual hacia la búsqueda de solución de problemas con diligencia y pericia adecuadas.

Poner en práctica los procesos de tutoría, como práctica de suma importancia en actos pedagógicos intensivos.

Permitir la visión integral del enfermo y su contexto, relativizando y evitando la instrumentación innecesaria del acto médico.

Acceder a evaluación continua, formativa, del acto docente asistencial como elementos fundamentales en un proceso de mejoría de la calidad de la educación médica.

REFERENCIAS

1. Ortega y Gasset J. Misión de la Universidad. Madrid; Revista de Occidente. 1982; 87.
2. Taba H. Elaboración del Currículo. Buenos Aires: Troquel, 1974; 347-380.
3. Stenhouse L. Investigación y desarrollo del *currículum*. Madrid: Morata, 1987; 73-85.
4. Torres J. El *currículum* oculto. Madrid: Morata, 1991; 9-21.
5. Drane JF. Cómo ser un buen médico. Santafé de Bogotá: San Pablo: 1993; 15-26.
6. Berstein B. Sobre el discurso pedagógico. En la construcción social del discurso pedagógico. Bogotá: El Griot; 1990; 122-137.
7. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: II Taurus, 1988; 431-583.
8. Habermas J. Escritos sobre moralidad y eticidad. Barcelona: Paidós; 1991; 9-17-95.
9. Hoyos G. Comunicación y mundo de la vida. Ideas y valores: 71-72: 73-105. 1986.
10. Novak J, Gowin, B. Aprendiendo a aprender. Barcelona: Martínez Roca. 1984; 19-57.
11. Maya Betancourt A. Taller Educativo. Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello. Santafé de Bogotá: 1991.